

Sociálně zdravotní péče o seniory

Závěrečná zpráva ke kurzu Problémy české společnosti a veřejná politika

**Anna Burešová
Lucie Řezáčová
Zuzana Stehlíková**

3.ročník, Sociologie a sociální politika

**Karlova Univerzita Praha, Fakulta sociálních věd
2009**

Obsah

1. Úvod

1. Úvod k závěrečné práci
2. Téma péče o seniory

2. Péče o seniory jako veřejný problém

1. Proč?
2. Strom problémů

3. Identifikace problému

1. Státní péče o seniory jako výsledek historického vývoje
2. Demografický vývoj a jeho dopady
3. Nprovázanost potřeb, odpovídající formy péče a ekonomické efektivity a nerovnováha nabídky a poptávky
4. Finanční stránka péče
5. Oblast zákona
6. Nesjednocená zdravotní a sociální péče

4. Kontext problematiky péče o seniory

1. Cílová populace
2. Sociologicko-psychologický aspekt stáří
3. Moderní trendy v péči o seniory a financování sociálních služeb
4. Kvalita života jako hodnotové východisko
5. Koncept autonomie
6. Integrace zdravotní a sociální péče a komunitní plánování
7. Péče o seniory v politických dokumentech
8. Analýza aktérů

5. Základní rozdělení péče

1. Rodinná péče
2. Ústavní péče
3. Terénní péče

6. Závěrečné slovo

7. Seznam použitých zdrojů

I. Úvod

1.1. ÚVOD K PRÁCI

Problém, jímž jsme se rozhodly zabývat v rámci kurzu Problémy české společnosti a veřejné politiky, jsme formulovaly jako “ neodpovídající sociálně zdravotní péče o seniory “. Volba tohoto tématu je z velké části dána našimi zkušenostmi, v neposlední řadě ale i faktem, že tato problematika ještě není podle nás natolik veřejně diskutovaná, ačkoliv se domníváme, že se jedná o zřejmý veřejně-politický problém.

Hned v úvodu bychom chtěly upozornit, že jsme si vědomy značně širokého vymezení problému. Důvodem je naše přesvědčení, že dílčí problémy v rámci tohoto tématu jsou natolik provázané, že i kdybychom si vymezily oblast zájmu úžeji, stále bychom narážely na problémy, jež jsou vztáhnutelné jak k jednotlivým oblastem, tak k celému systému péče. Považujeme za užitečné načrtnout globálnější perspektivu, jež odkazuje k více problémům než pouze k jednomu útržku z provázaného spektra. S širším vymezením problému ovšem mohou nastat možné komplikace při zpracovávání tématu jako je zejména nepříliš velká konkrétnost při popisu problému. Úskalím širokého vymezení problému je i útržkovitost informací.

Přestože bychom rády podaly ucelený obraz o problematice v péči o seniory, není často ani v silách mnohých závěrečných vysokoškolských pracích tak učinit. Reálným cílem se nám jeví zejména vymezení problému, tzn. poukázat na hlavní problémové oblasti v sociálně zdravotní péči o seniory a kontext tématu. Tím se tedy pokusíme o identifikaci dílčích, lépe strukturovaných problémů a jejich konkrétních projevů. V rámci této práce usilujeme kromě samotného popisu problému též zdůraznit hodnotové pozadí a předložit i současné trendy v péči o seniory. Oba zmíněné cíle jsou podle nás nutným vstupem ke skutečně kvalitní analýze problému, jež ale není součástí této práce.

1.2. TÉMA PÉČE O SENIORY

Prodlužování života, demografické změny směřující ke stárnutí společnosti a dle našeho názoru nedostatečně fungující systém péče o seniory tvoří základnu, která vyvolává nutnost adekvátní péče o seniory. Stárnutí populace se v posledních desetiletích stalo fenoménem. Toto téma je obvykle spojováno s formulací negativních důsledků pro společnost jako jsou rostoucí náklady na zdravotní, sociální či důchodový systém. Zvyšující se podíl lidí v seniorském věku je ale třeba chápat také pozitivně. Prodlužování lidského života je totiž známkou úspěchu ve vývoji lidstva. Rozpor se objevuje ve chvíli, kdy na jedné straně existuje tlak na prodlužování lidského věku, na druhou stranu však stále není zcela vyřešen problém, jak se o velké množství lidí ve vyšším věku, často trpícími dlouhodobějšími chorobami, postarat. V České republice existuje relativně široké spektrum forem sociálně-zdravotní péče o seniory od rodinné až po institucionální, mnoho z nich však z různých důvodů nefunguje tak, jak by ideálně mělo. Populační vývoj médií i mnohými odborníky označovány za hrozbu však svým způsobem nejen vytváří, ale i pomáhá téma péče o staré lidi prezentovat jako problém na veřejném poli.

„K zajištění kvality života ve stáří a k využití zkušeností a potenciálu přibývajících počtu starších lidí je ... nezbytné přijmout opatření v řadě oblastí a zejména změnit negativní přístup ke stárnutí populace a ke starším lidem, který je často spojen se stereotypním až ageistickým pohledem na stáří a starší lidi, vzbuzuje obavy narušující mezigenerační soudržnost a vytváří podhoubí věkové diskriminace. Přehlíží přitom nejen potenciál starých lidí, ale také důsledky a možnosti vědeckého, technického a ekonomického rozvoje.“ [Ministerstvo práce a sociálních věcí 2008: 10]

2. Péče o seniory jako veřejný problém

2.1. PROČ ?

Téma sociálně zdravotní péče o seniory je z našeho pohledu veřejně politickým problémem především z těchto důvodů:

- Demografické prognózy ukazují navýšení počtu seniorů v horizontu příštích padesáti let, což nese důsledky především pro zdravotní, sociální a důchodový systém
- Je potřeba respektovat lidská práva všech občanů státu
- Strukturální změny rodiny a převzetí zodpovědnosti státem
- V horizontu času se dotýká nás všech

Kvalita života seniorů je veřejný zájem, jejímž cílem by podle nás mělo být důstojné stáří a umírání, k čemuž dopomáhá odpovídající zdravotní a sociální péče. V zásadě se dá neodpovídající (stejně jako odpovídající) péče shrnout ze tří hlavních aspektů- kvality, kvantity a formy. Cílem optimálně nastaveného systému péče o seniory by mělo být naplnění těchto tří ukazatelů ve formě a míře, jakou jedinec skutečně potřebuje (tzn. na jedné straně se všeho dostává a na druhé straně nic nepřebývá, čímž se ustavuje efektivní systém).

Péče o seniory odpovídá konceptu lidských práv a měla by se odehrávat v jistých standardech kvality, ke kterým se vyjadřuje kap. 4.4. Především by dle našeho názoru měla péče o seniory dopomáhat ke zdravotní a sociální integraci. Domníváme se, že péče o seniory by měla být individuální, humánní, ale i ekonomicky efektivní a měla by odpovídat na konkrétní potřeby jednotlivců, kteří se liší co do zdravotního stavu i sociálních a psychických potřeb. Péči o seniory jsme v kap. 5 rozdělily do třech hlavních kategorií vymezených zejména institucí, jež péči vykonávají- tj. rodinná, ústavní a terénní péče. U každé kategorie jsme se pokusily poukázat na její klady a zápory, vhodnost a limity využití.

Kvalitní péče by zároveň měla splňovat všeobecně schvalovaný požadavek, co nejdelšího setrvání člověka v jeho přirozeném prostředí, který je pozitivním psychosociálním i ekonomickým faktorem v péči. „Uspokojení životních potřeb seniorů se sníženou soběstačností v jejich domácím prostředí lze v současné době zabezpečit několikerým způsobem. Konečná volba je podmíněna především mírou zachovaných schopností dotyčného seniora, ale např. i rozsahem a charakterem nabízených sociálních služeb, možnostmi a preferencemi pečovatелů z řad rodinných příslušníků apod. V zásadě pak jde o rozhodnutí, zda využít služeb příslušné instituce, zabezpečit potřebnou péči rodinou nebo zkombinovat jmenované možnosti.“ [Veselá citována in Barvíková 2005: 62]

Hlavními indikátory problému jsou podle nás:

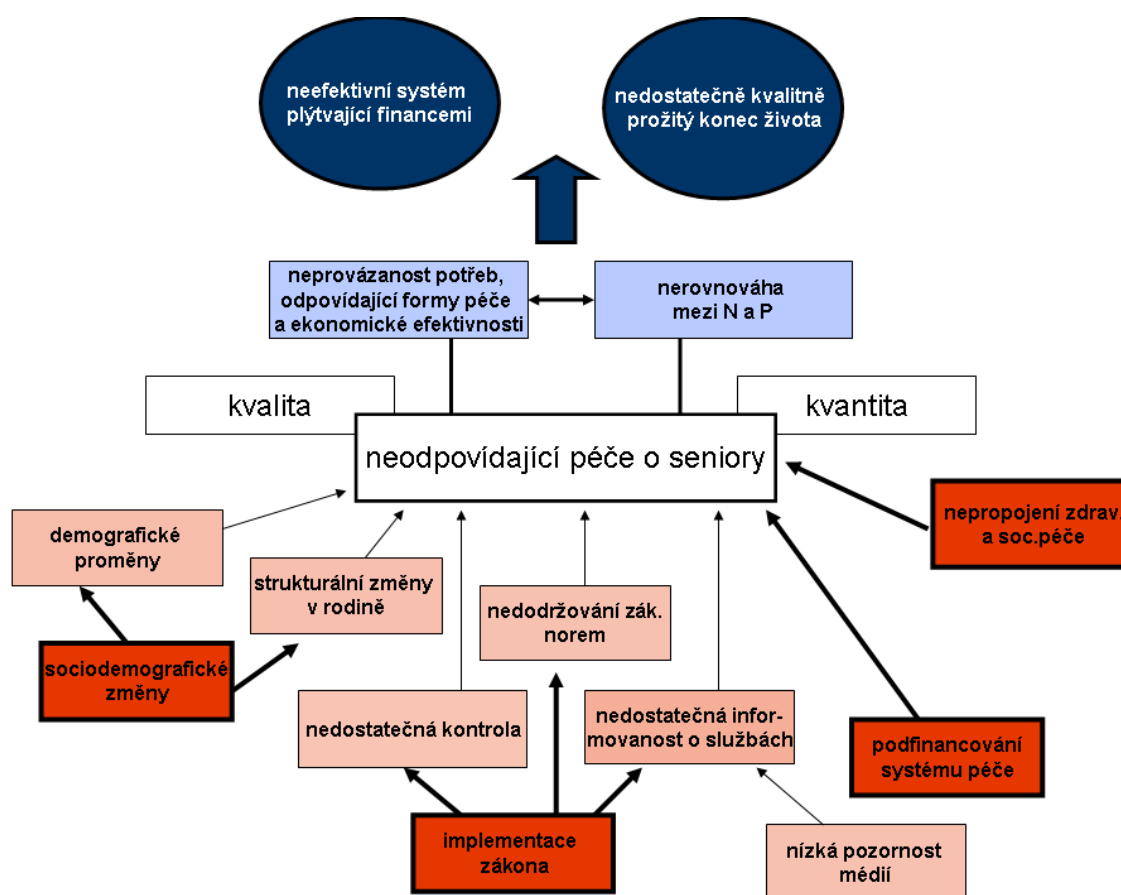
- Odchylka od normativního základu kvality života jako veřejného zájmu – seniorům se často nedostává takové péče, jakou jejich stav vyžaduje
- Neefektivní využívání služeb zdravotní a sociální péče (využívání péče, která nepomáhá k uspokojení potřeb nebo naopak zjednodušeně řečeno je z hlediska potřeb a možností „zbytečná“, což znamená finanční zátěž pro systém)

Cílem adekvátní sociálně zdravotní péče by mělo být:

- Zajistit lidem důstojné stáří a umírání a odpovídající zdravotní a sociální péči v této přirozené fázi života v rámci individuálního a humánního přístupu.

- Důraz by měl být kladen na to, aby formy péče co nejlépe odpovídaly individuálním potřebám jedince (zdravotní, sociální, psychické) zohledňující jeho ekonomické a materiální zdroje.
- Příjemce sociálně-zdravotní péče by měl využívat takovou formu, která je nejvhodnější z hlediska zdravotního stavu, sociálních a ekonomických podmínek nejen pro něj, ale ekonomicky co nejefektivnější pro stát s ohledem na klienta. Tzn. příjemce by neměl využívat péči, jenž je pro něj nedostačující nebo naopak jeho stav ještě nevyžaduje péči v tak rozsáhlé podobě.

2.2. STROM PROBLÉMU



Popis problému neodpovídající péče o seniory

Problém neodpovídající péče o seniory spatřujeme ve směrech kvality a kvantity, potažmo i formy, jenž ale s kvalitou péče i jejím množstvím bezprostředně souvisí. Jedná se dle nás zejména o fakt, že forma péče o klienta sociálního, popř. zdravotního systému nebývá často zcela vztažena k jeho potřebám. To souvisí zároveň s faktem, že se na jedné objevuje nedostatek určitých forem péče a na druhé straně existují služby, o které není z nejrůznějších důvodů zájem. V důsledku těchto dvou problémů to znamená, že je celý systém neefektivní a zbytečně finančně zatěžovaný, protože (zjednodušeně řečeno) např. jednotlivci nemůže být z různých důvodů poskytnuta pro něj nejvhodnější péče, protože ji paradoxně využívá někdo, kdo ji nakonec nepotřebuje. Kromě toho není pak ani splněno kritérium kvalitního prožití stáří.

V rámci naší práce jsme dospěly k hlavním problémovým oblastem, jež přímo i nepřímo ovlivňují systém péče, jež není adekvátní z hlediska kvality, ani kvantity. Důvodem, proč se stav sociálně zdravotní péče v současnosti jeví jako problémový jsou demografické změny v populaci - zejména zvyšující se podíl lidí důchodového věku. Systém péče o seniory též souvisí se strukturálními změnami v rodině. Oběma *sociodemografickými změnami* se budeme v dalších kapitolách ještě podrobněji zabývat.

Další aspekty problému vztahujeme k oblasti *zákona*. Jedná se např. o problém informovanosti veřejnosti - zejména seniorů a jejich rodin. Ta podle nás do značné míry ovlivňuje to, jakou formu péče si klient zvolí či nezvolí. Důsledkem může být i zkresení spočívající v tom, že uživatelé i poskytovatelé služeb zaměňují faktickou potřebu zdravotní péče za domnělou péči sociální, kterou si tudíž nechají od klientů hradit z jejich soukromých zdrojů.¹ Nedostatečná informovanost veřejnosti o sociálních službách i situaci v této oblasti není způsobena jen chybou v implementaci politiky, ale i neochotou médií se problematikou péče o seniory zabývat. Další problém spatřujeme v nedodržování norem a s tím související nízké míře kontroly ze strany státu. Může se jednat jak o hledisko kvantitativní (např. problémy v LDN, dále v textu), tak i kvalitativní, čímž máme na mysli především nedodržování standardů kvalit.

Jedním z největších problémů v oblasti péče obecně je *nízká finanční podpora* tohoto segmentu veřejné sféry. Je zdrojem jak nedostatečného množství některých poptávaných služeb péče, tak i nedostačující kvality. Chybějící finance mohou negativně ovlivnit i sociální politiku jednotlivých měst a obcí. Též může docházet k tomu, že nebudou při výběru a užívání jednotlivých forem péče brány v potaz současné trendy v sociálně zdravotní péči o seniory. Některé konkrétní projevy nedostatečného financování jsou zahrnuty v dalším textu.

K dalším příčinám neodpovídající péče řadíme *nedostatečné propojení systémů sociální a zdravotní péče*, jež jsou v kompetenci dvou ministerstev - Ministerstva práce a sociálních věcí (dále MSPV) a v kompetenci Ministerstva zdravotnictví (dále MZ). K otázce integrace obou typů péče i ke konkrétním projevům se vyjadřují další kapitoly.

3. Identifikace problému

Tato kapitola si klade za cíl seznámit blíže čtenáře s vybranými problémy a faktory (části stromu problémů) v oblasti sociálně zdravotní péče. Jednou z proměn, která uvozuje téma péče o seniory jako veřejný problém, jsou strukturální změny v rodině související s částečným převzetím odpovědnosti na stát. Kapitola se dále věnuje demografickému vývoji jako faktoru ovlivňujícím neadekvátnost péče. Dále se věnujeme finančním problémům, oblasti zákona a problému neintegrování zdravotního a sociálního systému péče. S dalšími problémy seznamují i jiné kapitoly v této zprávě (např. kap. 5. „Základní formy péče“ nebo kap. 6. „Moderní trendy v péči o seniory a financování sociálních služeb“)

¹ Podle výzkumu Veselý z roku 2003 „Sociální služby poskytované seniorům v domácnosti“ se prokázala nízká úroveň informovanosti, a to jak na straně poskytovatelů, tak i příjemců služeb a jejich rodin. V této studii vystupuje do popředí především neinformovanost o možnostech požadovat péči na účet veřejného zdravotního pojištění, tedy od zdravotnických zařízení nebo od sociálních zařízení, která mají oprávnění k poskytování některých druhů zdravotní péče, a tuto jim zdravotní pojišťovny uhrazují. Důsledkem této neinformovanosti je pak zkresení spočívající v tom, že uživatelé i poskytovatelé zaměňují faktickou potřebu zdravotní péče za domnělou péči sociální a tedy i zkresení představ o optimálních dimenzích sociálních služeb. [Veselá citována in Barvíková 2005: 62]

3.1. STÁTNÍ PÉČE O SENIORY JAKO VÝSLEDEK HISTORICKÉHO VÝVOJE

Péče o seniory byla v minulosti plně v kompetenci a zodpovědnosti rodin. Modernizace společnosti ale přinesla strukturální změny, které postihly rodinu i její vztah vůči státu. Rodiny se zmenšují, mluvíme zde o atomizaci rodiny, která se z původního širšího celku, představujícího trojgenerační soužití, zúžila na rodičovský pár a potomky. Zároveň větší mobilita vede k tomu, že spolu širší rodina nejen že nesdílí obydlí, ale často nežije ani ve stejném městě, či vesnici, což dále vede k nižší frekvenci styků a možnému ochlazení vztahů [Singly 1999]. Výpomoc je obtížněji realizovatelná a přestává být brána jako samozřejmost. To samozřejmě komplikuje stav, kdy se rodina byla schopna o seniory plně postarat. Roli pečovatelky obvykle plnily ženy, jejichž osobní a životní role ale také prošly velmi podstatnými změnami, především vstupem na trh práce, který oslabuje jejich časové možnosti, včetně těch starat se o seniory. Je proto třeba rozlišovat mezi neschopností a neochotou rodin starat se o starého člověka v rodině. Zodpovědnost za seniory tak začal přebírat stát, zavedlo se důchodové zaopatření ve stáří a nástroje péče o seniory. Rodiny nyní stojí v pozici, kdy si mohou vybrat, zda se o seniora postarají samy, nebo ho svěří státní sociální péči, popřípadě dojde ke kombinaci obojího. Péče o seniory je nutná z několika důvodů- odchodem z aktivního pracovního života se zhoršuje životní úroveň (kterou se částečně snaží udržet starobní důchody), senioři jsou ohroženi zejména nemocností a osamělostí (častá ztráta celoživotního partnera, potřeba jiných sociálních kontaktů), která může vést až k sociální exkluzi.

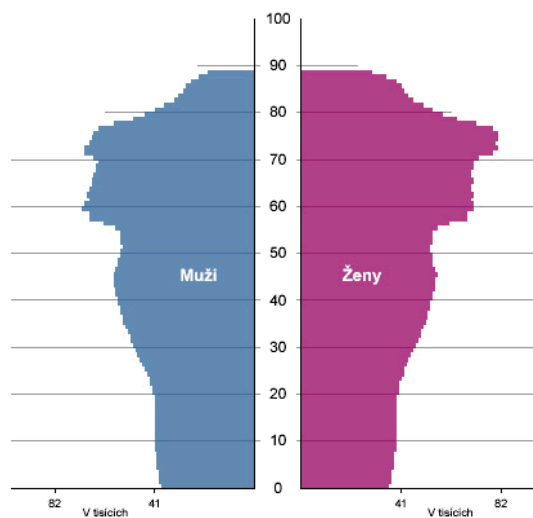
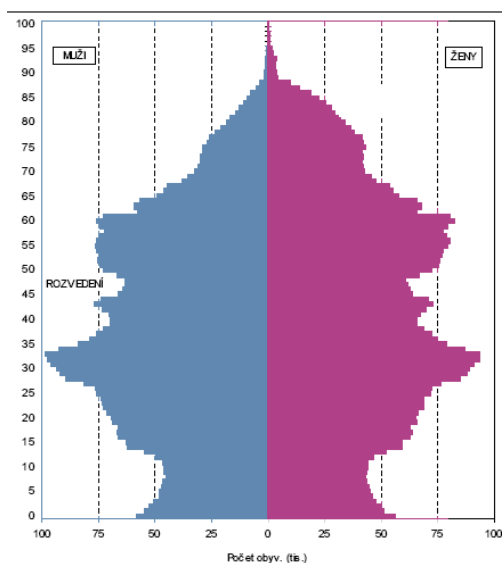
3.3. DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ A JEHO DOPADY

Především v souvislosti s ekonomickou efektivitou a potřebou adekvátní péče je na místě zmínit demografické prognózy pro Českou republiku, které ukazují na budoucí stárnutí společnosti.

Vyšší počet seniorů přinese tlak na co nejdlejší ekonomickou aktivitu, která samozřejmě souvisí s dobrým zdravotním stavem, tudíž zdravým životním stylem a kvalitní péčí lékařů. Přesto budou s vyšším počtem seniorů zřejmě stoupat náklady na péči o ně. Proto je nutné, aby se systém péče o seniory do budoucna zefektivnil, tj. aby seniorům byla poskytována péče v té míře, kterou skutečně potřebují. Podle Kučery dojde díky změnám v demografické struktuře, zvýšení vzdělanostní úrovně a výraznější příjmové diferenciaci k prohloubení heterogenity potřeb, zájmů a způsobu života ve stáří [Kučera citován in Sýkorová 2007: 42]. S tím tedy souvisí potřeba větší diverzifikace péče a využívání alternativních forem péče.

Demografický vývoj v současnosti téměř na celém světě charakterizuje pojem stárnutí populace. Kamila Svobodová ho v článku Stárnutí společnosti popisuje blíže- stárnutí probíhá jak v základně věkové pyramidy (snižováním počtu narozených), tak ve vrcholu věkové pyramidy (díky zlepšení lékařské péče a životní úrovně dochází k prodlužování střední délky života). Stárnutí populace lze tedy označit za demografický trend většiny vyspělého světa a to na pozadí dvou procesů: *snižující se porodnosti a snižující se úmrtnosti.*

Stromy života pro rok 2007 (reálné) a 2050 (dle demografické prognózy)



zdroj: Český statistický úřad, dostupné z:

<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2050>

<[http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/B900435617/\\$File/400708a1.pdf](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/B900435617/$File/400708a1.pdf)>

Demografické stárnutí znamená, že roste podíl osob nad 60 let oproti podílů osob do 15 let věku. V ČR je podle Svobodové tento trend patrný zejména od 90. let. Podle projekce Českého statistického úřadu (dále ČSÚ) se do roku 2050 zdvojnásobí podíl osob nad 65 let v populaci téměř na třetinu ze současných 14,6% a podíl osob nad 80 let, které nejvíce vyžadují sociální a zdravotní péči, se zvýší z 3,4% na necelých 10% (viz tabulka).

Věkové složení obyvatelstva ČR v roce 2007 (reálné, k 31.12.2007) a 2050 (střední varianta prognózování)

	2007		2050	
	v tis.	v %	v tis.	v %
celkem	10 381		9 438	
0-14	1 477	14,2	1 173	12,4
15-64	7 391	71,2	5 309	56,3
65+	1 513	14,6	2 956	31,3
80+	349	3,4	905	9,5

zdroj: Český statistický úřad, dostupné z:

<[http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/B900435617/\\$File/400708a1.pdf](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/B900435617/$File/400708a1.pdf)>

<[http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/FF004F34A7/\\$File/4020rr02.pdf](http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/FF004F34A7/$File/4020rr02.pdf)>

Z prognóz je patrné, že se počet seniorů bude zvyšovat, stejně tak zřejmě poroste index ekonomického zatížení, který představuje podíl osob do 15 a od 60 let v poměru ke zbývající populaci. Ačkoliv se počítá se zlepšováním zdravotního stavu a tudíž i ekonomické aktivity starých lidí, dá se předpokládat i to, že výdaje státu na zabezpečení ve stáří budou vzrůstat.

Přestože političtí představitelé dávají změnám v populačním vývoji charakter pohromy (spojováno s negativními důsledky na finanční, sociální, zdravotní systém), existuje tlak na to, aby se paradigma hrozby změnilo. Např. Keller uvádí, že tyto náklady jsou vzhledem k relativnímu bohatství státu zvládnutelné [Keller citován in Sýkorová 2007: 43]. Podle Sýkorové je třeba do budoucnosti jako s pozitivními faktory počítat s prevencí, odpovědnějším osobním přístupem a zlepšováním zdravotního stavu [Sýkorová 2007: 43].

3.4. NEPROVÁZANOST POTŘEB, ODPOVÍDAJÍCÍ FORMY PÉČE A EKONOMICKÉ EFEKTIVNOSTI A NEROVNOVÁHA NABÍDKY A POPTÁVKY

Tento problém považujeme za ústřední v celém systému péče o seniory. Ačkoliv se jedná o relativně široký a komplikovaný problém, rády bychom ho popsali jako přehled některých jeho konkrétních projevů. Uvádíme ho v souvislosti s plýtváním či naopak nevyužíváním některých forem péče a v souvislosti s kvalitou poskytovaných služeb. Příklady z praxe:

- V rámci zákona existuje tzv. sociální hospitalizace - jedná se o poskytování sociální péče ve zdravotnickém zařízení, která není plně hrazena z prostředků zdravotního pojištění. Nastává v případě, že jedinec nemá zajištěnou sociální péči od poskytovatele sociálních služeb (často kapacitní důvody ústavních sociálních zařízení), kterou ovšem potřebuje. Proto zdravotnické zařízení supluje funkci sociálních služeb. Problémem podle Meziresortní komise integrované péče je, že úhrada za poskytování soc. péče ve zdravotnickém zařízení je nedostatečná, a proto zdravotnická zařízení tuto soc. hospitalizaci neoprávněně vykazují jako pobyt z důvodu zdravotního (aby byl hrazen z pojištění) [Čermáková 2008: 195]. Tím dochází k neefektivnímu čerpání finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění. Např. z kontroly Všeobecné zdravotní pojišťovny na Českolipsku podle Pavla Ráčka, člena rady Libereckého kraje, vyplynulo, že „... léčebny na Českolipsku suplovaly sociální péči v regionu... V případě samostatných LDN tvořili až osmdesát procent pacienti z terénu, přijatí na základě žádosti rodiny či praktického lékaře.“ [Liberecký kraj 2004]
- K dalším službám, v nichž nedochází k provázanosti potřeb, formy péče a ke. efektivnosti jsou domy s pečovatelskou službou. Podle Hany Králíčkové, radní pro resort sociálních věcí Libereckého kraje, jsou v domech s pečovatelskou službou často lidé, kteří žádnou sociální službu neodebírají a řeší si jen bytovou otázku. [Liberecký kraj 2005] Podle Ireny Benešové, náměstkyně hejtmána Libereckého kraje pro sociální věci a problematiku menšin, „V mnoha obcích a městech vyrostly za státní dotace nákladně vybavené domy s pečovatelskou službou a na poslední celostátní konferenci pečovatelek zde v Liberci znělo ze všech stran, že jejich hlavním problémem je, že obyvatelé DPS jejich služby prakticky nevyužívají.“ [Liberecký kraj 2004]
- Benešová dále shrnuje celou problematiku péče. Ačkoliv se jedná o případ Liberecka z minulých let, není vyloučeno, že se tak podobně děje i dnes a v jiných krajích republiky. „Obyvatelé domovů s pečovatelskou službou jejich služby prakticky nevyužívají. Patří tam tedy? V domovech důchodců máme potom klienty, kterým by péče v DPS ještě léta stačila, ale protože místa nejsou, musí do DD. Přitom náklady na klienta v DPS jsou výrazně nižší. A potom ti, kteří čekají na místa v DD a jsou na lůžku v léčebně dlouhodobě nemocných, snižují prosperitu tohoto zařízení, protože za sociální lůžka platí pojišťovny jenom třetinu. ... efekt, který nám už léta neskutečně navyšuje náklady na péči o seniory. [Liberecký kraj 2004]
- V souvislosti s neuspokojenou poptávkou v oblasti sociálních služeb je potřeba zmínit problém dlouhých čekacích dob na místo v domovech pro seniory. ČSÚ uvádí k 31.12.2007 celkem 48 131 neuspokojených žadatelů o místo v domově pro seniory [ČSÚ 2007a]. Kapacita domovů byla ke stejnému datu 41 618 míst [ČSÚ 2007b].

3.5. FINANČNÍ STRÁNKA PÉČE

Otázka, jakými způsoby je financována péče o staré lidi bude zodpovězena v kap.4.3. „Moderní trendy...“. Tato kapitola má seznámit s konkrétními problémy, které souvisejí s nízkým financováním sociálního systému.

- Jedná se např. o nedostatečné financování sociálních služeb na lokální úrovni, jenž jako jeden z nejvýznamnějších problémů v oblasti soc. služeb v rámci jejich decentralizace uvedli odborníci z European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions [European Foundation for the Improvement of Living and Working conditions citováno in Lišková 2007: 36]
- Podle European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions je problémem i finanční nejistota nevládních neziskových organizací (dále NNO). Finance ze státního rozpočtu jsou poskytovány vždy na jeden rok, což vytváří pro NNO velkou nejistotu [European Foundation for the Improvement of Living and Working conditions citováno in Lišková 2007: 39]. Tomu nepomáhá ani fakt, že není ze zákona povinnost obcí nebo krajů se na chodu NNO podílet.
- Průměrná mzda v sociálních službách se navzdory náročnosti práce a celkovému přínosu pro společnost pohybuje na velmi nízké úrovni, pokud ho srovnáme s celkovou průměrnou mzdou, zjistíme, že zdaleka nedosahuje její výše. Průměrný plat v sociálních službách je 14 000 Kč, což je téměř o třetinu méně než obecný průměrný plat [Balážová 2008]. Tento fakt představuje problém především v souvislosti s hledáním dostatečně kvalitních a kvalifikovaných pracovních sil, protože přispívá k menšímu zájmu o uplatnění v této sféře.
- S otázkou financování do jisté míry souvisí i malý zájem obcí o podporu sociálně zdravotní péče. Jak uvádí již zmíněná organizace European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions v procesu decentralizace sociálních služeb existují negativní postoje lokálních pol. orgánů [European Foundation for the Improvement of Living and Working conditions citováno in Lišková 2007: 36]. Dále např. Veselá uvádí: „Ne ve všech obcích, především malých, je pečovatelská služba poskytována. V tomto směru se na dostupnosti sociálních služeb kromě jiného negativně projevilo i její odstátnění. Tím se díky nesolventnosti obcí dostalo poskytování pečovatelské služby do jakéhosi začarovaného kruhu. Velké obce, které pečovatelskou službu poskytují, nemají dostatek prostředků, aby mohly zajišťovat služby občanům v obcích mimo svoje hranice a malé obce nejsou ochotny, ale spíše se z důvodu nedostatku finančních prostředků nemohou podílet na nákladech při zajišťování pečovatelské služby [Veselá citována in Barvíková 2005: 65].“
- Opět předkládáme výpověď výše zmíněné Hany Králíčkové o pečovatelské službě v obcích: „Myslím, že je dobře diskutovat, jak má pečovatelská služba vypadat. Jsou města a obce, kde jsou poskytované sociální služby velmi kvalitní a kde jsou vynakládány nemalé finanční prostředky. Ukazuje se však, že někde naopak do sociálních služeb nechce zastupitelstvo vložit téměř nic a že se stále více spoléhá na domovy důchodců, které platí kraj.“ [Liberecký kraj 2004] Podobně Habart odkazuje na Český helsinský výbor při identifikování problému malého zájmu o seniorskou problematiku na komunitní úrovni [Habart 2006: 90].

3.6. OBLAST ZÁKONA

Zde uvádíme pouze problémy, které se vztahují k porušování standardů kvalit, což odkazuje k hlavnímu problému implementace zákona. Jsme si ale vědomy i jiných problémů souvisejících s oblastí zákona, k nimž podle nás patří špatná informovanost veřejnosti, o níž jsme se zmínily v popisu stromu problémů. Z dalších jsou to např. nedostatečná kontrola zacházení s příspěvkem na péči, ale určitě existují i jiné.

- Ne tolik jako dříve, ale ještě stále se setkáváme na vlastní kůži se zacházením, jenž zcela neodpovídá standardům kvality péče o staré lidi. Pavel Habart se dlouhodobě zabývá týráním seniorů (*elder abuse*). V práci Týránění a zanedbávání seniorů v zařízeních ústavní péče v České republice [2007] seznamuje s různými typy týránění seniorů, s kterými se osobně setkal v letech 1993-2003. Setkaly jsme se s nimi i my osobně, a to v léčebnách dlouhodobě nemocných. Např. se jedná o nerespektování lidské důstojnosti, čímž Habart myslí „tykání pacientům, jejich oslovování zdrobnělinami, vystavování obnažených pacientů či pacientů v nedostatečném oděvu pohledům třetích osob, jejich přemísťování po chodbách zařízení, nevhodné doteky, úchopy, neumožnění vykonání potřeby klientům s pomocí schopným chůze, nadužívání pomůcek proti inkontinenci, ponechávání na klozetové židli, nerespektování soukromí – vstup bez zaklepaní, přemísťování osobních věcí bez dovolení.“ [Habart 2007: 356]
Dále se jedná o zanedbávání seniorů ve smyslu výskytu proleženin, dehydratace a podvýživy obyvatel domova důchodců, nekvalitní stravy, nedostatečného krmení a napájení nepohyblivých pacientů. V některých případech bylo nesnadné rozlišit mezi aktivním a pasivním zanedbáváním. Autor této práce považuje za závažný problém časté abusivní postoje, které více souvisejí s *ageismem* a pohledem části společnosti na staré lidi, a spočívají v tom, že senioři nejsou bráni vážně, jsou podceňováni, připodobňováni k dětem apod. [Habart 2007: 356]
- Co se týče samotné péče v léčebnách dlouhodobě nemocných, není zde dostatečný individuální přístup k pacientům a pozornost k důstojnosti [Hospicové občanské sdružení Cesta domů citováno in Habart 2006: 74].

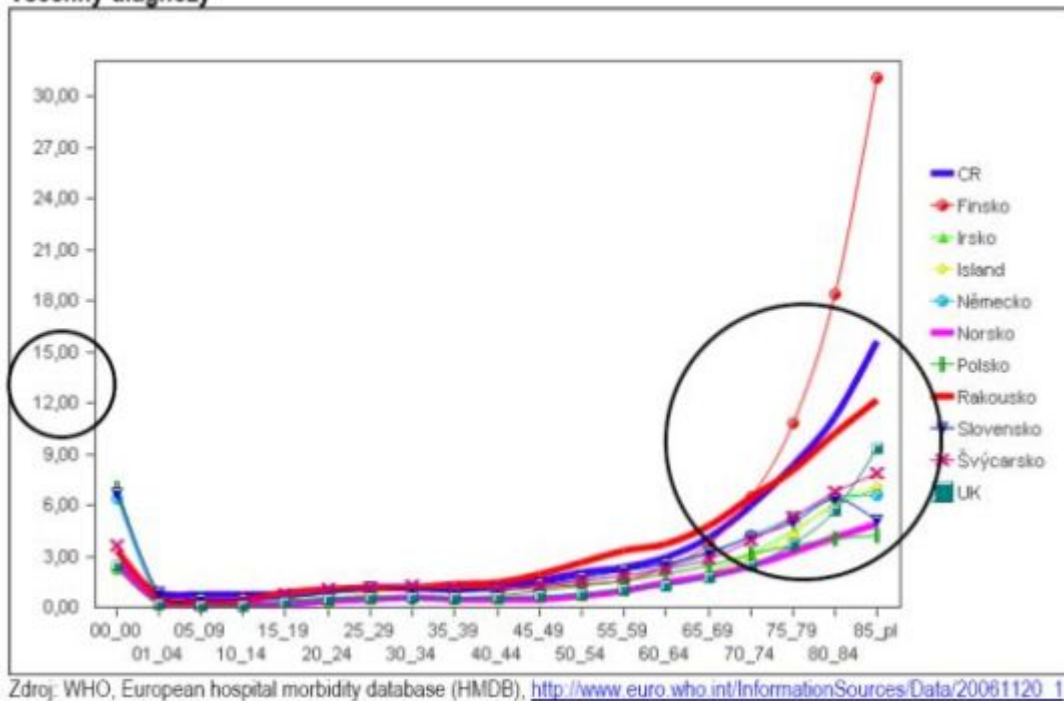
3.7. NESJEDNOCENÍ ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE

Podstatným problémem, na nějž jsme často v souvislosti s neefektivitou v péči o seniory narážely, je podle odborníků nedostatečné propojení zdravotního a sociálního systému. Některé jeho projevy jsou následující:

- Důsledkem neintegrování sociálně zdravotní péče např. je, „že ošetrovatelská zdravotní péče, poskytovaná pojištěncům zdravotního pojištění v ústavech sociální péče není hrazena zdravotními pojišťovnami, takže je z rozpočtů zařízení ústavní sociální péče [Čermáková 2008: 194].“ Tím vznikají zbytečně velké náklady takovým zařízením na poskytování tohoto druhu péče.
- Díky tomu, že systémy domácí, sociální a zdravotní péče o seniory nejsou vzájemně propojené se často stává, že na nemocničním lůžku končí lidé, kteří ho nepotřebují - mohli by být v domácím ošetření nebo na ošetrovacím lůžku v domově důchodců [Týden 2008]. To, že mnozí pacienti "nahrazují" sociální péči pobytem v nemocnici, dokládají i údaje, které shromáždily odborníci z tzv. Kulatého stolu. Podle časopisu Týden mezinárodní srovnání dokazují, že senioři v Česku končí v nemocnici častěji než v ostatních

evropských zemích. (České údaje v prvním grafu překonává Finsko, to ale uvádí dohromady lůžkovou péči ve zdravotnictví i v sociální péči.) [tamtéž]

Graf 62 Spotřeba ošetrovacích dnů na obyvatele a rok dle věku
Všechny diagnózy



- Ve zprávě Ošetrovatelská péče o seniory v britské praxi se hovoří o potřebě komplexní zdravotně sociální péče o staré lidi, ale dle ní „pojetí komplexní péče však u nás zatím v uspokojivé podobě neexistuje vzhledem k přetrvávajícím rozděleným kompetencím příslušných resortů“ [Vysoká škola zdravotnická 2008: 126]

4. Kontext problematiky péče o seniory

4.1. CÍLOVÁ POPULACE

Věnujeme-li se tématu, které bezprostředně souvisí se skupinou seniorů, je nezbytné vymezit, kdo vlastně senior je a koho se sociálně-zdravotní péče týká.

KDO JE SENIOR?

- Za seniory jsou obvykle považováni lidé 65+. V poslední době zejména díky zvyšujícímu se počtu nejstarších lidí se zvláště mluví o lidech staršího seniorského věku 80+ (často označováni za oldest-old), kteří představují skupinu lišící se z hlediska potřeb od mladších seniorů.
- Sociálním markerem stáří je obligatorně stanovený věk odchodu do důchodu [Sýkorová 2007: 47]. Z gerontologického hlediska jsou ale změny organismu jedince postupné. Stáří tedy není náhlé období.

- Z výzkumů vyplývá, že lidé určují hranici stáří kolem 75. roku věku [Kaufman citován in Sýkorová 2007: 48]. Chronologický věk není ale pro vnímání věkového statusu druhých individuí prvořadým kritériem a častěji je brán v úvahu jejich fyzický zdravotní stav [Vidovičová, Rabušic citováni in tamtéž]

KDO POTŘEBUJE PÉČI?

Odhaduje se, že 80 až 90 % osob starších 65 let je soběstačných s pomocí rodiny a nejbližšího okolí, 13 % potřebuje pomoc v domácnosti, 7 až 8 % potřebuje soustavnou domácí péči a asi 2 % soustavnou péči ústavní. Čili zhruba čtvrtina lidí ve věku nad 65 let vyžaduje nějakou formu pomoci. [Karlova Univerzita Praha, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie 2008a: 338]. Ve studii Rodinná péče o staré lidi se uvádí, že v české populaci potřebuje „pomoc ve většině každodenních aktivit asi 2 % lidí nad 65 let věku (tvoří 14 % populace) a k tomu asi 8 % osob nad 80 let (tvoří 3 % populace). V roce 2030 to bude asi 2 % z 23 % (65+) a k tomu cca 8 % z 6,5 % populace starších 80 let. Celkem to dnes představuje 0,76 % obyvatel, kteří potřebují každodenní péči, tj. cca 75 tisíc starých lidí. V roce 2030 to však bude představovat již 1,5 % všech obyvatel České republiky, kteří budou potřebovat trvalou průběžnou každodenní péči. Kromě toho ještě násobek tohoto čísla bude představovat starší osoby, které budou vyžadovat alespoň občasnou výpomoc.“ [Jeřábek 2005a: 9]

4.2. SOCIOLOGICKO- PSYCHOLOGICKÝ ASPEKT STÁŘÍ

Abychom mohli dále hovořit o stáří a jeho rizicích, je třeba si vymezit, co to stáří vlastně je a co z hlediska sociálního a psychologického znamená. Zde je třeba vzít v úvahu především přechod na moderní společnost, která vyvolala značné změny v statu stáří a jeho náplni.

V tradiční společnosti žily rodiny spolu, většina starých lidí dožívala v blízkosti svých příbuzných. Problém nastává s nástupem modernizace, vznikem tzv. nukleární rodiny, která nezahrnuje širší příbuzenstvo, zvyšuje se i vzdálenost obydlí třetí a druhé generace. Odpovědnost za ekonomicky neaktivní přebírá namísto rodiny stát [Singly 1999]

V tradičních společnostech staré osoby požívaly velké vážnosti, získávaly politická místa (stařešinové), jejich zkušenost a věkem nabitá moudrost byly oceňovány, stáří bylo v podstatě vrcholem života. Oproti tomu v moderní společnosti nastává ztráta autority v rodinném i společenském prostředí, v důchodu často zchudnutí, ztráta „smyslu života“ (do jisté míry odříznutí jak od ekonomického, tak i rodinného života. [Giddens 1999]

Demografické trendy ukazují stárnutí populace, lepší výživa a zdravotní péče znamená, že se řada lidí dožívá vyššího věku a to v lepší kondici než v minulosti. V budoucnu budou senioři zřejmě tvořit silnou zájmovou skupinu, zároveň se ale také zdají být snadno ovlivnitelnými voliči. Stáří se také nebere jako samozřejmost, snaha proti němu bojovat, nepřiznávat si ho (kosmetika, aktivita).

V tradiční společnosti se stáří posuzovalo dle změn schopností a vzhledu, moderní společnost vymezuje stáří arbitrárně bez akceptace individuálních odlišností věkem odchodu do důchodu, což má své dopady na sociální i psychickou stránku života- snížení statusu, omezení kontaktů. [Jandourek 2007]

Ageismus- diskriminace, předsudky na základě věku- např. pracovní neschopnost, senilita, atp. Tento problém se zdá být především aktuální v současné době protěžování mládí, spíše než zkušenosti se hodnotí flexibilita a výkon, které sebou nesou větší potenciál konzumu a jsou obecně spojovány spíše s mládím.

Z prací psychologů zmiňme alespoň Eriksona, který popisuje v každé etapě života protikladné tlaky, které tuto etapu určují. Pro stáří vyhradil pojem integrita versus zoufalství. Integritu dává do souvislosti s moudrostí, zoufalství naopak s blížícím se koncem života, určitou definitivou. Za problém považuje diskontinuitu rodinného života, která příslušníky dnešní starší generace oproti generacím minulým zasahuje podstatně více- tedy i prarodičovství se poněkud zužuje- pocit stagnace, absence zaujetí něčím [Erikson 1999].

4.3. KVALITA ŽIVOTA JAKO HODNOTOVÉ VÝCHODISKO

Kvalita života je obecný koncept, který odkazuje k lidským právům. V současné době se diskutuje o tom, že každá životní etapa má poněkud odlišné potřeby, jejichž naplněním můžeme život nazývat kvalitním. My se pokusíme vymezit kvalitu života v souvislosti se stářím, jakožto poslední životní etapou.

Kvalitě života a péči o seniory se poměrně detailně věnuje publikace Kvalita péče o seniory- Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR (2007), z které budeme v následující části čerpat. V předmluvě se zde hovoří o potřebě zvýšené pozornosti věnované zejména seniorům se sníženou soběstačností, jež je následkem chronického onemocnění, kteří z hlediska udržení kvality života potřebují dlouhodobou péči, poskytovanou zdravotnickými, sociálními a dalšími službami a také fakt, že kvalitě péče o seniory se nevěnuje dostatečná pozornost [Jabůrková, Mátl 2007: 7]

V sociální politice se pod kvalitou péče o seniory skrývají jednotlivé standardy kvality, jež musí provozovatelé plnit. Co se týče zdravotní péče, zlepšování kvality je jasně dáno, v oblasti sociálních služeb se odvíjí od zákona o sociálních službách, který ovšem kvalitu otevřeně nedefinuje. Nicméně z něj lze usoudit, že kvalitní služba umožňuje uživateli žít normální život, reaguje na jeho potřeby (individualismus) a chrání jeho práva a zájmy. Nástroje, které pomáhají naplňovat požadavky kvality jsou registrace provozovatelů, inspekce a kvalifikační předpoklady a požadavky na vzdělání pracovníků. Ohledně kvality péče jako pojmu obecně neexistuje konsenzus, lze ale jmenovat určité opakující se prvky, vycházející z principu kvality života seniorů obecně- spokojenost klienta, reakce na jeho potřeby, vysoká odborná úroveň péče, finanční dostupnost, bezpečí, celková dostupnost péče a kontinuita péče. Představa o kvalitě života a péče se odvíjí od hodnotové orientace a také vysvětlení vágních pojmů typu integrace, nebo participace [Jabůrková, Mátl 2007: 17-19].

Zdraví 21, koncept WHO považuje za jeden ze svých 21 cílů Zdravé stárnutí, které povede k tomu, že do roku 2020 budou lidé nad 65 let využívat svůj potenciál a účastnit se života společnosti. V souvislosti s kvalitou života zde zmiňují prvky seberealizace, důstojnosti, autonomie a participace. Senioři jsou podle WHO velmi heterogenní skupina s odlišnými nároky a jen malá část z nich je úplně nesoběstačná, což je kombinace zdravotního postižení, nároků prostředí a sociální situace. Dlouhodobou ústavní péči podle WHO ve vyspělých státech potřebuje pouze 5% osob nad 65 let, resp. 20% nad 80 [MPSV 2006].

4.4. KONCEPT AUTONOMIE JAKO MODERNÍ TREND V PÉČI O SENIORY

Stáří je etapou, kdy dochází k poklesu soběstačnosti člověka. Považujeme za důležité se v souvislosti se stářím o konceptu autonomie zmínit, protože právě v této fázi života je autonomie jako důležitá součást lidské osobnosti nejvíce ohrožena.

Stáří stejně jako předcházející přirozené fáze života je charakterizováno následujícími změnami: fyziologické, psychické a sociální [Sýkorová 2007: 12], jež se konkrétně projevují

jako ztrátou pracovní aktivity, poklesem sociálního statusu, zhoršujícím se zdravotním stavem, úmrtím partnera, řidnutím sociálních sítí apod.

Z gerontologického hlediska je autonomie seniorů chápána jako respekt vůči starším, byť nesoběstačným jedincům a jejich právu na rozhodování o léčbě, jejím způsobu a ukončení [Sýkorová 2007: 11]. Obecně ji lze vnímat jako zachování rozhodovacích kompetencí, soukromí. Za ekvivalent autonomie je považována někdy nezávislost či individuální svoboda [Sýkorová 2007: 73].

Seniory je autonomie vnímána jako: (dle Sýkorové 2007)

- soběstačnost fyzická: zajištění osobních potřeb, potřeb svých nejbližších a péče o domácnost
- limitou je zdraví [Sýkorová 2007: 116]
- soběstačnost finanční: schopnost se o sebe postarat, nezávislost na druhých, absence pocitu závazku, pocit svobody, svobodné rozhodování o finančních výdajích
- význam tím vyšší, čím vyšší závislost na druhých z hlediska fyzické nesoběstačnosti
- osobní kontrola snazší než ve sféře fyzické [Sýkorová 2007: 138]
- autonomie v užším smyslu samostatného rozhodování: znamená osvědčení vlastních kompetencí [Sýkorová 2007: 90]

Vliv stáří a stárnutí na míru autonomie ale není podle empirických zjištění konzistentní [Sýkorová 2007: 81]. Panuje ale shoda v tom, že osobní kontrola (financí, soc. interakcí) kompenzuje fyzický pokles ve stáří a přispívá k úspěšnému stárnutí [Sýkorová 2007: 81]. Problém je v tom, že sami senioři chápou autonomii ve smyslu samostatného rozhodování, kdežto pečovatelé ji redukují pouze na schopnost vykonávat aktivity osobní péče-resp. fyzické nezávislosti [Sýkorová 2007: 83]. Dle odborníků je potřeba chápat autonomii a závislost jako termíny relativní a ne vylučující se [Sýkorová 2007: 84].

4.5. MODERNÍ TRENDY V PÉČI O SENIORY A FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Jak už bylo zdůrazněno v předcházejících kapitolách, péče o staré lidi prošla jistým vývojem zjednodušeně popsáno od rodinné péče po její kombinaci s péčí státní. Péče o staré lidi prodělává vývoj i v posledních desetiletích zejména v souvislosti se stárnutím populace a větším důrazem na lidskou důstojnost. Objevuje se několik trendů, které jsou pro péči o seniory charakteristické, nejvíce zatím v zemích západní Evropy.

V mezinárodním akčním plánu pro problematiku stárnutí z r.1982 se píše, že komplexní péče o seniory by měla být založena na principech [Vysoká škola zdravotnická 2008: 124-125]: 1) demedicalizace s důrazem na kvalitu života, přirozenost prostředí a autonomii jedince; 2) deinstitucionalizace, kdy se stává prioritou péče v domácím prostředí a důraz je kladen na rozvoj terénních služeb; 3) desektorizace, tj. multidimenzionální přístup k potřebám seniorů, propojení zdravotních a sociálních služeb, rodinné a profesionální péče (blíže viz kap. 5 „Integrace zdravotní a sociální péče a komunitní plánování“); 4) deprofesionalizace, tzn. umožnění participovat na péči o staré lidi i neprofesionálům.

Lišková ve své práci uvádí [2007] změny v systému sociálních služeb pro seniory v posledních dvaceti letech, které vyjadřují další současné evropské trendy v péči o staré lidi. Jedná se o 5) decentralizaci pravomocí, 6) vyvážení alternativních služeb ke klasické ústavní péči, 7) zavádění standardů kvalit a 8) změny v systému financování těchto služeb.

O trendech a cílech v organizaci péče o seniory v rámci samotné ČR se píše ve již zmíněné zprávě česko-britského projektu „Mentor v ošetrovatelské péči o seniory ve Velké Británii a České republice“ realizovaného v letech 2006-2008, která uvádí: rozšiřování ambulantní péče, zkracování hospitalizace na nejkratší možnou optimální dobu a minimalizace dlouhodobé ústavní péče, princip komplexnosti a neoddělitelnosti zdravotní a sociální složky, přizpůsobení struktury zdravotnických zařízení, charakteru péče a spektra poskytovaných služeb starým lidem, rozvoj netradičních forem péče [Vysoká škola zdravotnická 2008: 123-124]

V dalším textu se pokusíme o to přiblížit vybrané trendy v péči o staré lidi a blíže se zaměříme na to, jak je v České republice oblast péče o seniory financována.

Decentralizaci se myslí delegování pravomocí v oblasti sociálních služeb na nižší správní celky - tj. na kraje a obce, čímž se docílí větší efektivity při poskytování služby [Lišková 2007: 35]. S tím souvisí současný rozvoj komunitní péče (blíže viz kap. 5 „Integrace zdravotní a sociální péče a komunitní plánování“). V tomto ohledu zdůrazňujeme nutnost propojení zdravotnického a sociálního systému, která odkazuje k trendu **desektorizace**. Obecně má decentralizace na zadavatele (obce, kraje), poskytovatele (NNO) i uživatele pozitivní vliv, ale může být doprovázena i řadou problémů. Např. Lišková [European Foundation for the Improvement of Living and Working conditions citováno in Lišková 2007: 36] uvádí problémy při decentralizaci týkající se postkomunistických zemí převzaté ze zprávy European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; jedná se o nedostatečné financování sociálních služeb na lokální úrovni, absence právní regulace nově vznikajících služeb, negativní postoje lokálních politických orgánů k poskytování sociálních služeb obecně, nedostatek sociálního kapitálu po 45 letech komunismu. Decentralizaci považujeme za pozitivní krok v poskytování služeb péče, ale domníváme se, že by měly vzniknout určité motivační prvky, které by posílily zájem obcí v plánování sociálně-zdravotní péče s důrazem na individuální přístup k seniorům.

Deinstitucionalizace je založena na humanizaci sociálních služeb a souvisí s rozvojem terénních služeb jako alternativní formy péče k té ústavní. Podstatou deinstitucionalizace je snaha o setrvání seniora co nejdéle v jeho přirozeném prostředí. Pokud se senior již nachází v péči sociálního či zdravotního zařízení, měla by být tu být snaha o individuální přístup ke starým lidem, respektování jejich soukromí a autonomie. Šelner [Šelner citován in Lišková 2007: 38] píše, že by se např. klasický velký domov důchodců měl opticky zmenšit např. vytvořením menších na sobě nezávislých oddělení. V práci Rodinná péče o staré lidi [Remr 2005: 74-75] se uvádí, že je decentralizovaná péče efektivnější než centralizovaná péče (např. domovy pro seniory) kromě případu již vybudované sítě zařízení; v opačném případě je spíše zájem právě o terénní služby typu domácí ošetrovatelské péče. Tento ekonomický důvod spočívá v tom, že péče „v domácím prostředí je oproti ústavní péči levnější, nevyžaduje investiční a provozní prostředky na zajištění lůžkových kapacit vysokého standardu ... [Lišková 2007: 39].“

Rozvoj alternativních služeb, tj. hlavně terénních forem péče souvisí s oběma trendy decentralizace i deinstitucionalizace. V rámci ČR hlavní roli kromě MPSV, krajů a obcí zde

hrají neziskové organizace, jejichž hlavním zdrojem financí jsou obvykle dotace ze státního rozpočtu nebo z rozpočtů obcí. Konkrétně se jedná o občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti, nadace a nadační fondy a též o církevní právnické osoby. Zvlášť se vymezují dobrovolníci. Působení neziskových organizací má jednoznačně pozitivní vliv v poskytování služeb nejen v sociální oblasti, v současnosti se ale v ČR mnoho z nich ocitá ve vážné krizi způsobené nedostatkem finančních prostředků. Terénním službám se samostatně věnuje kap. 5.3.

Standardizace kvalit poskytované péče patří k dalším pozitivním krokům v oblasti sociálně zdravotní péče o lidi seniorského věku. V roce 2002 MPSV přišlo se Standardy kvality sociálních služeb, jež slouží jako metodická příručka pro jejich poskytovatele. K jejich uzákonění došlo až přijetím zákona o sociálních službách, který začal platit od 1.1.2007. Habart uvádí, že jsou tyto národní standardy ale formulovány velmi obecně, a proto vzniká potřeba jejich konkretizace v rámci jednotlivých regionů [Habart 2006: 126-127] Týká se to např. oblasti potřeb seniorů, jenž by bylo třeba lépe definovat a klasifikovat [Habart 2006: 128]

Změny ve financování sociálních služeb se v České republice objevují v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách v roce 2007. Za finanční zdroje sociálních služeb považujeme úhradu uživatelů z vlastních příjmů, příspěvky zřizovatelů sociálních služeb, dotace s veřejných rozpočtů a různé další zdroje jako např. dary, vedlejší hospodářskou činnost [Lišková 2007: 42]. Nejnovějším finančním zdrojem se stal od ledna 2007 **příspěvek na péči**, který nahradil příspěvek při péči o osobu blízkou. Je přiznán osobě, o kterou má být pečováno, a to na základě posouzení závislosti na péči jiné fyzické osoby. Zákon rozlišuje čtyři stupně závislosti podle počtu úkonů, které není schopen jedinec samostatně zvládnout a pro přiznání příspěvku je potřeba se podrobit sociálnímu vyšetření a vyšetření zdravotního stavu. Jeho výše odpovídá stupňům závislosti a to v částkách 2, 4, 8 a 11 tis. Kč [zákon 108/2006 Sb. O sociálních službách].

Při posuzování péče o vlastní osobu a soběstačnosti se hodnotí schopnost zvládat těchto 35 úkonů: příprava stravy, podávání, porcování stravy, přijímání stravy, dodržování pitného režimu, mytí těla, koupání nebo sprchování, péče o ústa, vlasy, nehty, holení, výkon fyziologické potřeby včetně hygieny, vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh, sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě, stání, schopnost vydržet stát, přemísťování předmětů denní potřeby, chůze po rovině, chůze po schodech nahoru a dolů, výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení, oblékání, svlékání, obouvání, zouvání, orientace v přirozeném prostředí, provedení si jednoduchého ošetření, dodržování léčebného režimu, komunikace slovní, písemná, neverbální, orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí, nakládání s penězi nebo jinými cennostmi, obstarávání osobních záležitostí, uspořádání času, plánování života, zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku, obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování), vaření, ohřívání jednoduchého jídla, mytí nádobí, běžný úklid v domácnosti, péče o prádlo, přepírání drobného prádla, péče o lůžko, obsluha běžných domácích spotřebičů, manipulace s kohouty a vypínači, manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří, udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady, další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti [§9 zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách].

Za užitečnou je považována možnost zvolit si, jak příjemce příspěvek využije. Má možnost si koupit potřebnou sociální službu nebo příspěvek věnovat svému pečovateli třeba v rámci

rodiny. Je možné oba způsoby kombinovat. Prakticky ale není kontrola toho, jak je tento zdroj příjemci vynakládán, což považujeme za důležitý problém v této oblasti. Je známo, že velká část objemu poskytnutých příspěvků na péči se nevrací zpět do systému sociálních služeb. Tento fakt je dán ale i tím, že příspěvky jsou z části vynakládány rodinným příslušníkům jako pomoc v péči a nejsou proto zahrnuty ve statistikách.

Podle zprávy Českého helsinského výboru „příspěvky na péči nekončí v těch správných rukou a často dochází k jejich zneužívání [Kunstová, Stojanová 2007].“ K podezřívání seniorů ze zneužívání příspěvků na péči se vyjadřují někteří autoři. Haberlová na problém nahlíží jako na permanentní rodičovství. „Je přirozené, že rodiče poskytují dospělým dětem finanční a jinou pomoc“ [Haberlová citována in Sýkorová 2008: 137] Možný hovoří o demodernizace české rodiny, kdy za komunismu pokles ekonomické soběstačnosti rodiny posílil mezigenerační solidaritu [Možný 2006: 13]. Sýkorová to vidí jako snahu „legitimizovat finanční transfery náročností současných společenských podmínek pro mladší generace vzhledem k vysokým životním nákladům a nezaměstnanosti [Sýkorová 2008: 137].“

4.6. INTEGRACE ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE A KOMUNITNÍ PLÁNOVÁNÍ

V současnosti je stále více věnována pozornost propojení sociální a zdravotní péče a to zejména v souvislosti se zvyšováním počtu osob ve starším věku, kteří často potřebují oba typy péče najednou. Státy pak musí řešit zajištění kvalitní, dostupné a ekonomicky únosné péče o tyto osoby [Čermáková 2008: 175]. Uspěšně integrovanou zdravotní a sociální péči považujeme za hlavní podstatu kvalitní péče o seniory a tedy v rámci možnosti kvalitně prožitého stáří.

V ČR je řešena problematika integrace v rámci Meziresortní komise integrované péče (MKIP), která zajišťuje spolupráci Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí.

Pojem integrované sociálně zdravotní péče znamená podle Evropského centra pro sociální politiku a výzkum ve Vídni „koncept poskytování služeb péče jednou jednotkou jednající koordinovaně a usilující o finanční efektivitu, zvyšující kvalitu a stoupající spokojenost uživatelů a poskytovatelů péče.“ [Leichsenring, Alaszewski citováni in Čermáková 2008: 177]. Lze ho ztotožnit s pojmy komplexní či komunitní péče. Různé koncepty integrované péče v zemích EU popisuje Leichsenring v publikaci Integrated Care System.

V rámci integrované péče se setkáváme s komunitním přístupem či komunitním plánováním, v němž jsou brány v potaz individuální potřeby jedince a je poskytováno široké spektrum služeb a zohledňovány všechny dostupné zdroje [Meredith in Čermáková 2008: 181]. „Komunitní přístup upřednostňuje rovný přístup k poskytování služeb příjemcům, respekt k lidské nezávislosti a právu člověka podstupovat rizika, ohled na lidské soukromí, porozumění pro lidskou potřebu důstojnosti a individuality, možnost individuální volby služeb a jejich poskytování v rámci dostupných zdrojů, poskytování služeb způsobem, který pomáhá lidem dosáhnout jejich vlastní cíle v každodenním životě.“ [Meredith in Kopecká-Roupcová 2001: 34] Tímto způsobem je pak možno dosáhnout všeobecně přijímaných standardů žít co nejdéle v přirozeném prostředí, deinstitucionalizace péče, integrace jedince do společnosti a zachování autonomie.

Čermáková (2008) uvádí, s jakými pojmy se v rámci soc. a zdrav. služeb a jejich integrace setkáváme (převzato z konference Evropské sociální sítě 2003-2005). V těchto pojmech pak

Ize spatřovat současné trendy v poskytování služeb péče o staré občany: komunitní péče - péče v domácím prostředí - posuzování potřeb - individuální poskytování - služba integrovaná jako služba kvalitní a dostupná, individuální, komplexní a koordinovaná - liberalizace služeb - lokální odpovědnost - integrace zdravotně sociálních služeb - zajištění dostupné sítě služeb - garance kvality - jedinec jako priorita v procesu poskytování péče

Podle Ministerstva práce a sociálních věcí [MPSV 2005] je základem komunitního plánování sociálních služeb spolupráce zadavatelů (obcí, krajů) s uživateli (klienty) a poskytovateli (jednotlivými organizacemi) sociálních služeb při vytváření plánu, vyjednávání o budoucí podobě služeb a realizaci konkrétních kroků. Společným cílem je zajistit dostupnost kvalitních sociálních služeb. Při plánování sociálních služeb se vychází zejména z porovnání existující nabídky sociálních služeb se zjištěnými potřebami (potenciálních) uživatelů služeb. Výsledek provedeného srovnání slouží jako jeden z klíčových podkladů pro zformulování priorit v oblasti sociálních služeb.

4.7. PÉČE O SENIORY V POLITICKÝCH DOKUMENTECH

Aby péče o seniory odpovídala ve všech směrech soudobým požadavkům, je třeba jí dát i normativní rámec. Kvalitní stáří jako v současnosti hojně diskutované téma se v souvislosti se sociodemografickými změnami objevuje v mnoha nejen politických dokumentech národní i mezinárodní povahy. Jedná se jak o dokumenty závazné (zákony, mezinárodní úmluvy), tak i dokumenty nezávazné, jenom doporučující. Přehled vybraných dokumentů, jež souvisejí s péčí o seniory uvádíme v následujícím textu.

Za výchozí dokumenty považujeme ty, jenž se vztahují k lidským právům. V rámci ústavního pořádku České republiky k nim řadíme **Listinu základních práv s svobod** přijatou 16. prosince 1992, která mimo jiné obsahuje právo na zdraví, právo na ochranu lidské důstojnosti apod. K mezinárodním dokumentům, jež předcházely naší Listině patří např. **Všeobecná deklarace lidských práv**, která byla přijata OSN 10.12.1948, označila všechny lidské bytosti za svobodné a rovnoprávné bez ohledu na pohlaví, rasu, národnost a náboženství. Deklarace není právně závazná, nicméně inspirovala rozvoj různých součástí ústav různých států (zdroj: http://cs.wikipedia.org/wiki/Lidsk%C3%A1_listina). Na půdě Rady Evropy byla 4.11.1950 přijata **Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod**, jenž je považována za přední evropský dokument o lidských právech, jehož principy jsou soudně vymahatelné před Mezinárodním soudem pro lidská práva ve Štrasburku.

K dalším dokumentům řadíme dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky - **Zdraví pro všechny v 21. století**, který vychází z deklarace Světové zdravotnické organizace **Health 21** přijaté v roce 1998. Česká obdoba tohoto mezinárodního dokumentu v sobě obsahuje 21 cílů, k nimž patří např. cíl 5: „zdravé stárnutí“, který počítá s tím, že „do roku 2020 by měli mít lidé nad 65 let možnost plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti.“ [Ministerstvo zdravotnictví 2002: 25]. Cíl 16: „řízení v zájmu kvality péče“ vyjadřuje záměr „do roku 2010 zajistit, aby řízení resortu zdravotnictví od zdravotních programů až po individuální péči o pacienta na klinické úrovni bylo orientováno na výsledek [Ministerstvo zdravotnictví 2002: 95]“.

Minimální společné programové východisko pro tvůrce a realizátory sociální politiky českého státu v budoucím období představuje **Sociální doktrína** z r. 2001 sestavená odborníky z různých oblastí, která má sloužit k základní orientaci pro tvorbu sociální politiky. Blíže na webu: http://www.sds.cz/docs/prectete/e_kolekt/soc_dokt.htm.

V rámci Ministerstva práce a sociálních věcí (dále MPSV) vzniklo několik dokumentů, které se snaží reflektovat evropské trendy v sociálních službách. Dlouhodobým programovým dokumentem České republiky v oblasti sociálních služeb je **Bílá kniha v sociálních službách**, kterou zhotovilo pod vedením Zdeňka Škromacha MPSV v roce 2003 a definovalo v ní základní principy, které mají tvořit základ sociálních služeb a jsou podstatou komunitního plánování. Jedná se o nezávislost a autonomie pro uživatele služeb, začlenění a integrace, respektování individuálních potřeb, partnerství, kvalita, rovnost bez diskriminace a standardy národní, rozhodování v místě [Ministerstvo práce a sociálních věcí 2003: 6]. V souvislosti s komunitním plánováním existuje další dokument MPSV, který má charakter průvodce komunitním plánováním, s názvem **Komunitní plánování - věc veřejná**. Oba dokumenty jsou dostupné na webu.

V roce 2002 za Vladimíra Špidly vznikl metodický materiál pro poskytovatele sociálních služeb pod názvem **Standardy kvality sociálních služeb**, který obsahuje standardy procedurální, personální a provozní. Důležitým bodem v procesu zavádění těchto standardů je přijetí **zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách**, který vstoupil v platnost 1.1.2007. Václav Krása, předseda Národní rady zdravotně postižených ČR, o něm hovoří jako o průlomovém v tom smyslu, že „svěřuje kompetence občanům, aby rozhodovali sami za sebe a dává jim k tomu potřebné nástroje.“ [Hutař, Krása 2006: 1] Asi největší novinkou je zavedení příspěvku na péči, který je přiznáván podle míry závislosti jedince, dosahuje částky až 11 tis. Kč a umožňuje jeho příjemci svobodnou volbu v tom, zda si za něj koupí určitou sociální službu či zda ho poskytne jako úhradu za péči třeba rodinnému příslušníkovi. V tomto zákoně se objevuje nová kategorizace sociálních služeb: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Dále se zavedl právě systém registrace a inspekce poskytování sociálních služeb.

Na půdě MPSV vznikly také zatím dva **Národní programy přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007** a **na období let 2008 až 2012**. Vychází z "**Mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí**" (Vídeň 1982), "**Zásad OSN pro seniory**" (1991) a jsou v souladu se závěry II. světového shromáždění OSN o stárnutí v Madridu (8.-12.4. 2002) a přijatého "**Mezinárodního plánu stárnutí 2002**". Cílem programů je „podpořit solidaritu a soudržnost mezi generacemi a zájem o situaci, těžkosti a preference starších lidí v České republice, zvýšit subjektivní a objektivní bezpečí a ochránit práva zranitelných skupin starých lidí.“ [Ministerstvo práce a sociálních věcí 2008] Blíže k oběma programům na webu: <http://www.mpsv.cz/clanek.php?lg=1&id=1055>

Co se týče péče poskytované seniorům, vztahuje se k ní i pomoc v rámci Evropské unie. K ústředním dokumentům, které se vztahují zejména k problematice sociálního začleňování patří **Lisabonská strategie** z r. 2000, **Niceská smlouva** z r. 2001. Na základě evropské politiky v oblasti sociálního začleňování vznikl v rámci otevřené metody koordinace v ČR **Národní akční plán sociálního začleňování**. Podobně jako Evropská unie i pod hlavičkou Organizace spojených národů vznikají dokumenty související s péčí o staré lidi - jedná se např. o **Leónskou ministerskou deklaraci** z r. 2007.

Za užitečné v oblasti zdravotní péče o seniory považujeme zmínit projekt tzv. **Kulatého stolu** vyjadřujícího se k budoucnosti financování českého zdravotnictví. Jedná se tým odborníků, z jejichž aktivity nedávno (květen 2008) vzešla **Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR**, jenž obsahuje současné problémy zdravotnického systému, zahrnující i problémy péče o

seniory. Další informace na webu:
http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava+o+stavu_WEB.pdf

4.8. ANALÝZA AKTÉRŮ

V této práci použijeme rychlé analýzy aktérů s pomocí matice, ve které jsou zahrnuty tři důležité aspekty: zájem, moc a postoj jednotlivých aktérů, kteří ovlivňují či mohou ovlivňovat problematiku neodpovídající péče o seniory. Analýzu aktérů provádíme za účelem poskytnutí komplexnějšího pohledu na oblast péče o seniory, v níž se stejně jako v jiných oblastech veřejné sféry střetávají různé zájmy. Při ní byli vybráni čtyři hlavní aktéři. Jsme si vědomy i dalších zainteresovaných stran jako jsou např. mezinárodní organizace. O jejich činnosti píšeme v předcházející kap. „Péče o seniory v politických dokumentech“. V analýze není dále zahrnuta odborná a široká veřejnost. Širokou veřejnost můžeme ale částečně ztotožnit s rodinou, která je v analýze aktérů zastoupena. S postoji odborníků seznamují zase některé kapitoly a to hlavně v souvislosti s vybranými problémy.

Tab. Analýza aktérů

Aktéři	Zájem	Moc	Postoj
Senioři	Kvalita žití	Voličstvo, výběr služby (klient)	Nespokojenost
Pracovníci služeb	Finanč. ohodnocení	Prac. činnost, odbory	Zlepšit finance
Rodiny	Postarat se o seniora	Voličstvo, kontrola péče, účast ve výběru	Zlepšit kvalitu služeb
Poskytovatelé služeb	Zajistit kvalitu služeb – ekonomicky výhodně	Využití kvality a financí	

Senioři

Hlavním aktérem v této problematice jsou samozřejmě sami senioři, kterých péče týká bezprostředně. Jejich zájmem je prožít kvalitní zbytek života a to ve všech aspektech – zdravotních, sociálních, psychických.

Jejich moc se zakládá na tom, že je to silná skupina voličů. Této moci si ale pravděpodobně nejsou dostatečně vědomi, navíc nejsou jako celek organizováni a uvažují se také jako jedna z nejsnadněji ovlivnitelných voličských skupin. Dále jsou senioři klienty využívajícími soukromé zdravotně – sociální služby, a mohou tak svou moc prosazovat také skrze výběr zařízení, které považují vhodné pro svůj stav. Svým způsobem jsou tedy důležitým článkem v konkurenci mezi poskytovateli.

Svým postojem : nespokojeností/ spokojeností mohou ukázat, co chtějí zlepšit (tento aspekt se týká alespoň částečně samostatných jedinců).

Pracovníci služeb pro seniory

Jejich hlavním zájmem je zajímavá a dobře ohodnocená práce. Moc mohou prokazovat svou pracovní činností a zejména sdružováním do různých skupinami a odborů. Jejich postojem je zcela nepochybně zlepšit finanční ohodnocení za vykonávanou práci.

Rodiny seniorů

U členů rodiny záleží vždy na životních postojích a hodnotách. Obecně jejich zájmem je postarat se dobře o seniora, ať se jedná o péči v rodině či péči s pomocí nějaké služby či instituce.

I členové rodiny jsou skupinou voličů a tím mohou svou moc projevovat. Další možností je také ovlivňování péče pomocí důsledné kontroly v ústavech nebo pomocí různých úplatků a korupce (například při čekání na místo v ústavu). Rodina se také podílí a může ovlivňovat výběr formy péče, co se týče přímo vhodnosti typu, ale také finanční pomoci.

Jejich hlavním postojem je zlepšit kvalitu služeb pro „svého“ seniora. Ovšem zde právě také záleží na hodnotách : někteří mohou být rádi, že jejich starost o seniora odpadá při jeho přechodu do zařízení zdravotní nebo sociální péče.

Poskytovatelé služeb

Za zřizovatele sociálních služeb jsou považovány úřady státní správy a samosprávy (kraje a obce, MPSV, MZ), neziskové organizace včetně církví a jiné subjekty, které služby financují, případně i jmenují jejich vedoucí a kontrolují jejich činnost. [Matoušek in Horehled' 2008: 95]. Služby mohou poskytovat podle zákona „územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby a ministerstvo a jím zřízené organizační složky státu“ [Horehled' 2008: 95].

Zájmem při koncipování sociálních služeb v určité lokalitě je třeba vycházet z potřeb lidí, kteří v ní žijí. Podle Horehled'e by služby svou nabídkou a strukturou měly na tyto potřeby reagovat. Jejich zájmem tedy je zajistit kvalitní služby podle potřeb lidí a zároveň ekonomicky „vycházet s rozpočtem“.

Moc se pro poskytovatele služeb může projevovat v existenci konkurence na trhu, a proto ti, kteří jsou konkurenceschopní a dokážou nabídnout a využít kvalitu a použít vhodně finance jsou „mocní“.

Postoje bývají ovlivněny hodnotovou orientací a hodnoty těchto zainteresovaných stran nemusí být vždy stejné a odtud plyne, podle Horehledě, možný nesoulad mezi tím, co považují za žádoucí řídicí pracovníci a co ostatní .

5. Základní formy péče

V této kapitole se zabýváme základními formami péče, které jsme rozdělili na péči rodinnou, ústavní a terénní. Ačkoliv existuje možnost tyto formy péče kombinovat, pro jednodušší popis se věnujeme pouze jejich ideálním typům. Jedná se tedy o ideální model zahrnující základní formy péče, i když si uvědomujeme, že každé zařízení či osoba se od sebe značně liší, přestože jsou zahrnuty pod jedno jméno.

Vzhledem k tomu, že klademe důraz na provázanost potřeb a formy péče, u jednotlivých forem péče se snažíme ukázat, jaké výhody a nevýhody daná péče má a tím i částečně vymezit, pro koho se v ideálním případě hodí nejlépe.

Podle poznatků Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí je péče o české seniory nevyhovující. I když odborníci odhadli počet seniorů, kteří potřebují ústavní péči na 2 % , přesto v ČR převažuje ústavní péče. V okolních vyspělých státech je preferována péče o

seniory v jejich domácím prostředí. Podobnou situaci měl přivodit zákon o sociálních službách, který platí od ledna 2007.

PRINCIP SUBSIDIARITY V PÉČI O SENIORY (převzato z Barvíková 2005: 60) „Dnešní tendence je v evropských zemích taková, že v první řadě nese za péči zodpovědnost rodina. Pokud tuto nemůže převzít, pak přebírají (spolu)péči další složky [Šelner citován in Barvíková 2005: 60].“ Úkolem společnosti je udělat vše pro to, aby rodinní příslušníci neměli „objektivní“ důvod péči o svého blízkého odmítnout. „Rodina se o starého, zvláště pak nemocného člověka, může postarat jen do určité míry, za jistých možností a v jistém čase. Společnost se zcela musí postarat o ty, kteří nikoho nemají, a v dalších tzv. důvodných případech [Haškovcová citována in Barvíková 2005: 60].“ Jaké konkrétní formy má pomoc přicházející zvnějšku mít, to závisí na konkrétních potřebách částečně nebo zcela nesoběstačného starého člověka.

Při koncipování zdravotní i sociální péče o seniory je třeba myslet na velkou heterogenitu této populace. Z tohoto důvodu je nutný individualizovaný přístup k různým potřebám seniorů. Horehled' [2008] připomíná, že institucionální i neinstitucionální formy péče by měly vycházet z principů, které byly deklarovány na Vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří už v roce 1982, zjednodušeně pojmenovaná jako 4xD (blíže viz kap. 4.5. Moderní trendy v péči o seniory a financování sociálních služeb).

5.1. RODINNÁ PÉČE

Předností rodinné péče v ideální formě je jistě osobní vztah k seniorovi, který pomáhá ze všech forem zřejmě nejvíce naplnit jeho psychosociální potřeby, navíc se péče odehrává v místě, na něž je senior zvyklý, což opět napomáhá psychické pohodě. Rodinná péče odpovídá principu subsidiarity, je zajištěna seniorovi nejbližší institucí (rodinou). Možnou nevýhodou rodinné péče je její časová náročnost pro rodinu a nedostatečná zdravotnická způsobilost členů rodiny oproti profesionálním lékařům a sestřím, kteří vykonávají ústavní, popř. terénní péči. Ochota pečovat o seniora vyžaduje sociální soudržnost rodiny a rozdělení rolí, které vyžaduje i odřeknutí vlastních priorit ve prospěch rodiny jako celku. [Jeřábek 2005b: 7]. Kromě zdravotní a sociální poskytuje rodina i emocionální péči, jež v institucích chybí [Jeřábek 2005: 11, 13]. Hlavní nevýhodou státní péče o seniora se jeví neprovázanost zdravotní a sociální péče, které nejsou institucionálně sloučeny. [Jeřábek 2005: 12]. O seniory pečují zejména ženy, statistiky mluví o tom, že zhruba 20% seniorů nad 65 let získává pomoc rodiny. U seniorů vyžadujících dlouhodobou péči dokonce rodiny figurují odhadem v 70-80% případů, většinou se jedná o péči v rámci manželského páru (častěji manželky pečují o nemocné muže). [Jeřábek 2005: 13], popřípadě péči dětí o staré rodiče. Opečovávanými jsou většinou ženy (což zřejmě souvisí s jejich vyšší střední délkou života).

Výhodou rodinné péče je nesporně to, že je finančně a kvalitativně efektivnější [Bartoňová 2005: 29]. Celkově je rodinná péče považována za nejlepší formu, respektující integritu seniora, jeho psychický stav a kvalitu života. Podstatnou roli ovšem hraje i to, zda si ji senior přeje [Bartoňová 2005: 33-34].

Model rodinné péče může reálně úspěšně fungovat jen za předpokladu pestré nabídky nejrůznějších specializovaných i běžných služeb, spolupráce a vzájemné pomoci mezi institucemi a rodinou. [Barvíková 2005: 60]

5.2. TERÉNNÍ PÉČE

Terénní péče je způsobem, jak usnadňovat rodinám péči o svého starého člena. Autoři publikace Rodinná péče o staré lidi zastávají názor, „že současné pečující rodiny akutně potřebují pomoc (soukromých pečovatelských služeb), které by doplnily rodinné pečovatele/pečovatelky všude tam, kde na péči sami nestačí.“ [Karlova Univerzita Praha, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie 2008b: 139] Podle nás je kombinování rodinné péče a terénních, popř. krátkodobých pobytových služeb soukromé či veřejné sféry ekonomicky i sociálně schůdnou cestou, jak zajistit lidem kvalitně prožité stáří. Terénní sociální služby považujeme za nutnou součást péče o lidi seniorského věku, jejíž rozvoj může pomoci při řešení nedostatečných kapacit ústavní péče. Navíc ne vždy je umístění seniora do ústavního zařízení nejlepší volbou z hlediska jeho potřeb.

Podle výše zmíněné studie nabízí širší pohled na péči v rodině i ve společnosti Michael D. Fine ve své souhrnné monografii „A Caring Society? Care and Dilemmas of Human Service in the 21st Century“ [Karlova Univerzita Praha, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie 2008b: 139].

- Poukazuje na význam „smíšených (hybridních) forem péče“, při nichž je péče sdílena rodinou a formálními službami (placenými i neplacenými) a kde rodiny využívají „... příspěvky na péči, slevy na daních i přímé platby k úhradě soukromých pečovatelských služeb domácí péče.“ [Fine citován tamtéž].
- Zdůrazňuje celospolečenské formy odpovědnosti za péči o seniory ve společnosti 21. století. [Fine citován tamtéž]
- Považuje péči a pečování za právo člověka a za významnou ekonomickou činnost. „... péče by měla být dosažitelná a přístupná pro příští generace, je založen na koncepci péče, která je připravena k využití jako druh zboží a předmět spotřeby nabízený a poskytovaný mnoha firmami a společnostmi ...“ [Fine citován tamtéž]

Terénní služby, pokud se nekombinují např. s rodinnou péčí, mohou i samy o sobě zajišťovat dva ze tří stupňů rodinné péče z hlediska intenzity a naléhavosti potřeb:

- *podpůrná péče (subsidiary care)* - Jedná se o důležitou, avšak časově, fyzicky a psychicky méně náročnou péči. Sem patří finanční podpora, zajištění oprav v domácnosti, doprava k lékaři, obstarání úřadů apod. Tuto formu péče potřebuje prakticky každý starý člověk, kterého bychom z nějakého hlediska uvažovali jako ne zcela soběstačného. Tento druh a stupeň pomoci může rodina svým babičkám a dědečkům zajišťovat třeba jen občas, nepravidelně, podle potřeby nebo může být zajišťována koupí terénní služby. Tato péče nevyžaduje společné bydlení ani přemíru vynaloženého času. Další uvažované stupně péče již v sobě zahrnují jako předpoklad poskytování alespoň některých aktivit podpůrné péče. [Jeřábek 2005a: 12]
- *neosobní péče (impersonal care)* - Je druhým, vyšším stupněm rodinné pomoci. Sem bývají zařazovány činnosti související s péčí o domácnost, nejčastěji činnosti jako: uvařit, uklidit, vyprat. Tato pomoc, zvláště pokud je častá, nebo dokonce pravidelná, každodenní, je časově náročnější a zpravidla vyžaduje cykličnost, nedá se odkládat a je pro opečovávanou osobu obtížnější postradatelná. Zahrnuje složku materiální i složku emocionální. Jedná se však stále ještě o pomoc, kterou by mohl zajišťovat někdo jiný než člen rodiny, například právě pečovatelská služba donášku oběda, zjednaná osoba úklid, praní, žehlení nebo podobné domácí práce. [tamtéž]

Pomoc pečujícím rodinám (převzato z Jeřábek a kol. 2005: 16)

„Rodina pečující o svého starého člena většinou není odkázána jen na vlastní síly. Systémy sociální a zdravotní péče se však stát od státu liší. Skandinávské země mají již tradičně

rozvinutý systém komunitní péče, v německy mluvících zemích se často setkáváme s charitativními službami církví a náboženských organizací, v mnoha evropských zemích nabízejí nejrůznější formy pomoci neziskové organizace, někdy s příspěvkem státu nebo obce, jindy přímo placené klientem. V USA, ale i v dalších zemích, existuje relativně rozvinutý systém placené péče v rodinných podmínkách (home care). S výjimkou opravdu nákladných služeb soukromých pečovatelských firem se však v naprosté většině modelů podpůrných služeb jedná o aktivity zajišťující „vnější infrastrukturu a servis“ pečující rodině.“

Osobní péče o starého, nemohoucího člověka vyžadujícího celodenní ošetřování a ve velké většině případů zůstává údělem členů rodiny. V této situaci „osamocené pečující rodiny“ (uvozovky v originále) je jako velmi vítaná pomoc pocíťována a v některých zemích dosti často i nabízena tzv. „**respitní péče**“.

- občasná pomoc pečujícím osobám umožňující jim na několik hodin vzít si volno od pečovatelských povinností
- ve většině evropských zemích poskytují dobrovolníci organizovaní nejčastěji neziskovou nebo charitativní organizací
- důležitou, ale méně frekventovanou formou respitní péče, je možnost zajištění krátkodobé institucionální péče o starého člověka, která umožní pečující osobě krátkodobou „dovolenou na zotavenou“ z každodenních povinností

V publikaci Rodinná péče o staré lidi se uvádí [Barvíková 2005: 65], že velmi vhodným typem péče o občany, jejichž zdravotní stav limituje možnost jejich samostatného pobytu doma (zejména postižené demencí) po dobu, kdy je rodina v práci, dosud však nepotřebují intenzivnější formu péče a rodina má zájem se o ně starat mimo svou pracovní dobu a o víkendech, může být denní centrum. Avšak rozšíření využívání této formy pomoci pečující rodině limituje malý počet těchto zařízení, v některých případech nezajištění svozu seniorů a v ne poslední v řadě i finanční stránka věci (sociální situace některých seniorů a jejich pečovatelů; nesolventnost malých obcí). [Veselá citována in Barvíková 2005: 65]

Příklady problémů péče poskytované terénními službami (výzkum Veselé „Sociální služby poskytované seniorům v domácnostech“ z r. 2003, převzato Barvíková 2005: 64-65)

- Mezi nejvíce postrádané úkony patří celodenní dohledy, noční služby a další úkony potřebné pro zabezpečení péče především o nejméně soběstačné seniory. Možnost jejich poskytování je však zcela odvislá od dostatku finančních prostředků a s tím např. i souvisejícího dostatečného počtu pracovníků.
- „Ne ve všech obcích, především malých, je pečovatelská služba poskytována. V tomto směru se na dostupnosti sociálních služeb kromě jiného negativně projevilo i její odstátnění. Tím se díky nesolventnosti obcí dostalo poskytování pečovatelské služby do jakéhosi začarovaného kruhu. Velké obce, které pečovatelskou službu poskytují, nemají dostatek prostředků, aby mohly zajišťovat služby občanům v obcích mimo svoje hranice a malé obce nejsou ochotny, ale spíše se z důvodu nedostatku finančních prostředků nemohou podílet na nákladech při zajišťování pečovatelské služby.“
- problematika vyloučených seniorů z poskytování péče: „Mezi vyloučenými seniory nalezneme ty, kteří bydlí ve velké vzdálenosti od sídla pečovatelské služby, a z obcí, kde je malý počet žadatelů. Najdeme mezi nimi ale i seniory vyžadující zvýšenou péči, kteří bývají obvykle i žadateli o umístění do domovů důchodců a vedení v evidenci žadatelů přednostních a naléhavých. Jejich problém vyplývá z nedostupnosti náročných pečovatelských úkonů u pečovatelských služeb. Z těchto seniorů se v

případech, kdy rodiny nechtějí nebo nemohou z různých důvodů pečovat, rekrutují příjemci náhradních řešení - umístění na sociální lůžka, do LDN apod. Najdeme však mezi nimi i 37-80% těch, kteří by mohli sebe nebo pečovatelku nějakým způsobem ohrozit.“

Neústavní péče o seniory může být zajišťována (převzato z Barvíková 2005: 73-74)

- *laicky* - zejména o činnosti spojené s chodem domácnosti seniora (např. nakupování, úklid, vaření, praní), sociální podporu zabezpečující především kontakt s úřady a zahrnující administrativní aspekty spojené s existencí domácnosti jako samostatné jednotky; v neposlední řadě jde o oblasti, které zahrnují vlastní péči o seniora, tedy především zabezpečování dohledu či dozoru a vykonávání základní osobní péče.
 - nevyžaduje žádné specifické znalosti či dovednosti,
- *profesionálně* - výše uvedená péče může být vykonávána profesionálně v případech, kdy rodina nemůže tyto činnosti vykonávat vlastními silami
 - pouze profesionálně může být pak poskytována skutečná profesionální péče (*nursing*)s péčí profesionální = nursing
 - konkrétní forma poskytování odborné péče (zdravotnické i lékařské) může mít charakter docházky specializovaného pracovníka přímo do domácnosti nebo charakter soustavné péče o starého člověka.

Druhy terénní péče

Osobní asistence

- terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje [§ 39 zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách]
- komplexní forma péče řešící sociální handicap [Lišková 2007: 55]
- méně finančně náročná forma péče pro klienta, rodinu i stát [Lišková 2007: 55]
- nejistá služba, poskytovaná NNO

Pečovatelská služba

- Terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. [§ 40 zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách]
- Služba poskytuje v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb (bývalé domy s pečovatelskou službou) služby pečovatelské a ošetřovatelské. Jedná se např. o zajištění stravování či chodu domácnosti a pomoc při osobní hygieně.
- V současné době v rámci zákona již neexistují domovy s pečovatelskou službou. Ty se přeměnily na domy s byty zvláštního určení s pečovatelskou službou.

Home care

- Pojmu home care se často užívá k odlišení od nezdravotnické péče (zdroj: http://en.wikipedia.org/wiki/Home_care) a je tudíž zajišťována kvalifikovaným zdravotnickým personálem v přirozeném prostředí pacienta (resp. rodinou nebo známými)

- jedná-li se o zdravotní péči, hradí se z veřejného zdravotního pojištění, předepisuje ji ošetřující lékař (např. převazy, injekce)

Odlehčovací služby

- Terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. [§ 44 zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách]

5.3. ÚSTAVNÍ PÉČE

Zde předkládáme přehled forem péče s nimiž senior může přijít do styku. Nechceme tyto instituce vzájemně srovnávat, protože každý ústav má svou roli pro plnění určitých potřeb seniorů a každá má určité výhody a nevýhody dle stavu a potřeb seniora. U institucí se objevují jejich samostatné problémy. Dále popisujeme systémové problémy ústavní péče, které jsou vzájemně propojeny. Můžeme vymezit několik sfér problémů, které souvisí především s nedostatečnou informovaností, financováním a ageismem. Za závažné považujeme samotné vytržení seniora z jeho prostředí, kvůli čemu se většinou zhoršuje jeho zdravotní a psycho-sociální stav.

Přehled forem ústavní péče (převzato z Habart 2006)

Lůžková oddělení nemocnic

- Zde je poskytována péče, která je nad rámec nezbytně nutné péče (např. po operaci), je to péče následná
- Negativem této péče je její nákladnost, proto se od ní ustupuje
- Od roku 2005 vznikají *sociální zdravotní lůžka*, s vyšším příspěvkem ze strany pacienta (cca 350-450 Kč) - pro pacienty, kteří potřebují částečně sociální péči a ošetřovatelství. Tato lůžka nenahrazují LDN ani domovy důchodců, ale doplňují je.

Geriatrická oddělení nemocnic

- Vznikají v nemocnicích od roku 1990, slouží jako akutní oddělení pro nemocné nad 70 let se specifickým režimem, jsou zabezpečeny geriatricky vyškolenými pracovníky.
- Otázkou (a nedostatkem) této formy je, zda-li nedochází ke zhoršení stavu pacienta, pokud se ocitne mezi nesoběstačnými starými lidmi s různými zdravotními problémy.

Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN)

- „ Léčebny pro dlouhodobě nemocné jsou určeny pro poskytování specializované ústavní péče zaměřené především na ošetřovatelskou a rehabilitační péči o osoby trpící déletrvajících nemocí...“ [vyhláška MZ č. 121/1974 Sb., §16]
- LDN jsou financovány ze všeobecného zdravotního pojištění a mají rozmanitý statut : státní, nestátní zařízení, samostatná zařízení zřízená orgánem státní či místní správy, součást nemocnice, soukromé LDN.

Problémy LDN:

- Nedostatečné restriktivní financování –neodpovídá skutečným nákladům, proto dochází k odmítání nákladných pacientů
- Problém financování sociální péče, která je vykazována neoprávněně jako zdravotní, a tedy hrazená ze zdravotního pojištění

- Malá pozornost důstojnosti nemocných – osamělost, úzkost, používání kontroverzních klecových lůžek
- Trvalý nedostatek personálu v závislosti na počtu a náročnosti pacientů – chybí ošetřovatelé, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, chybí systematické zapojení dobrovolníků, kteří plní funkci animátorů a funkci občanské-veřejné kontroly (změna nastává v nestátních zařízeních)
- Existují velké rozdíly mezi samotnými léčebnami

Domovy pro seniory

- Jsou určeny pro staré lidi, kteří dosáhli věku pro přiznání starobního důchodu a jejich zdravotní stav nevyžaduje odborné ošetřování a léčení v zdravotnickém zařízení – tedy nevyžadují speciální lékařskou pomoc, ale zároveň se o sebe již nedokážou postarat
- Jde o zajištění ubytování a potřebných sociálních a zdravotních služeb, zvláště primární lékařská péče a rehabilitace (hrazená zdravotní péče zdravotní pojišťovnou), také o věcnou pomoc v případě potřeby – např. poskytnutí osobního vybavení (prádlo, šatstvo...)
- Zabezpečují i sociální a kulturní potřeby obyvatel
- Bývají členěny podle stupně závislosti pacientů – trvale ležící pacienti, kteří původně do domovů nepatří, ale převoz starých lidí do vhodnějšího typu zařízení není vhodný pro seniory (vytržení z prostředí, na které jsou zvyklí) a nemusí být ani schůdný z důvodů kapacitních

Problémy domovů pro seniory:

- Obyvateli se stávají i soběstační senioři kvůli různým důvodům: tíživá sociální situace, bytová krize v rodině, očekávání zhoršení zdravotního stavu – tím berou místo těm, kteří by to potřebovali více
- Těžké je pro seniory i změna „z patra na patro“, kdy se většinou dostává do pokoje-pro nesoběstačné, nemocničně vybaveného

Bývalé „domy s pečovatelskou službou“ (DPS) dnes „domy s byty zvláštního určení s pečovatelskou službou“

- Jde spíše o centralizaci služeb poskytovaných pečovatelskou službou, než přímo ústavní péče – jedná se hlavně o byty zvláštního určení, které jsou určeny pro těžce zdravotně postižené a staré občany. Touto centralizací služeb je dosahováno ekonomických úspor, rozsah a výši úhrad za jednotlivé výkony stanovuje vyhláška MPSV ČR č. 182/91 Sb.
- Je zde poskytována sociální péče občanům ve starobním nebo plném invalidním důchodu – ti, co nejsou schopni sami si obstarat nutné práce v domácnosti a nebo potřebují ošetření druhou osobou
- V praxi zde žijí senioři, kteří samostatné bydlení z části zvládají, ale stěhují se většinou kvůli stávajícímu bytu, který nevyhovuje, případně došlo ke generačním problémům nebo se senior cítí izolovaně
- Staří lidé jsou uživateli bytových jednotek v jednom objektu a k dispozici jsou některé služby sociální péče, ordinace lékaře i jiných specialistů a dalších služeb (kadeřník, smíšené zboží apod.)
- Tato forma bydlení se během posledních 10 let velmi rozvíjela

Zařízení komunitní péče

- Tento typ se nejvíce rozvíjí ve vyspělých zemích, v ČR již také začíná (např. Gerontologické centrum v Praze 8)
- Tato zařízení se snaží umožnit starým lidem zůstat v prostředí na něž jsou zvyklí a snaží se reagovat na měnící se životní situace
- Gerontologické centrum v Praze je tvořeno z části lůžkové pro krátkodobé umístění starých lidí, jejichž stav se zhoršil, dále zahrnuje služby pracovníků centra, kteří navštěvují minimálně 1x denně seniory v jejich bytech, existuje zde denní stacionář s kapacitou 20 míst pro staré lidi, o které se nemůže v průběhu dne postarat rodina

Geriatrický stacionář

- Můžeme jej také nazývat jako *denní centrum*, neboli „*domovinky*“, je formou poloinstitucionální péče, jejímž principem je pobyt v zařízení zdravotnického charakteru v rozsahu 6-12 hodin, může být denní, ale i například týdenní
- Zabezpečuje léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační výkony, které nevyžadují plnou hospitalizaci
- Financování této formy péče zatím nebylo dořešeno

Hospic

- Speciální zařízení paliativní péče a péče o umírající – není tedy nějak omezeno věkem
- Umožňuje prožít důstojný konec života pro nevléčitelně nemocné – léčba (snaha o odstranění) bolesti a úzkosti doprovázející umírání až do posledních okamžiků
- Nezaměřuje se pouze na fyzickou stránku člověka, ale také na sociální, duchovní a spirituální
- Nesoustřeďuje se pouze na pacienta, ale spolupracuje s celou rodinou, kdy probíhá i podpora rodin pro vyrovnání se s chorobou a zármutkem
- Existuje několik forem hospiců: kamenný hospic, domácí hospicová (ambulantní) péče, denní stacionář, oddělení paliativní péče v LDN, dětský hospic
- V ČR paliativní péče a hospicové hnutí pomalu nachází své místo : existence několika kamenných hospiců (ne ve všech krajích) a domácí ambulantní péče

Systémové problémy ústavní péče

V ústavní péči existuje mnoho problémů, které jsou i vzájemně propojeny. Jedním z nejpalčivějších problémů je zbytečná institucionalizace, kdy seniorům hrozí vytržení z prostředí, na které jsou zvyklí a z toho vyplývá postupně se zhoršující stav a strádání. Problémem je také chybějící provázanost nejrůznějších forem péče. Zdravotní stav se dříve nebo později horší, zmiňuje Matoušek [1999], proto nevyřešeným problémem DPS jsou dlouhodobá onemocnění seniorů, která budou vyžadovat plnou péči, což způsobuje jakoby přechod na režim podobný domovům pro seniory. „Naše instituce nejsou tak pružné, aby dokázaly svoje služby přizpůsobit měnícím se potřebám klienta, přestože změnu jeho potřeb není těžké předvídat.“ [Matoušek 1999: 85] A nastává proces přehazování seniora z jedné instituce do druhé a tím je stresován.

Následuje přehled dalších problémů, které uvádí Habart [2006: 90-91] a jež jsme ještě nezmiňovali. Vztahují se zejména k ústavní péči:

- Roztříštěnost a nízká informovanost seniorské problematiky
- Obecně rozšířené vnímání dekompenzovaného starého člověka jako nesoběstačného klienta paternalistické péče, zvláště ústavní. Člověk je vystaven nebezpečí institucionalizace, často se ztrátou autonomie.
- Nedostatečné přizpůsobení potřebám starších lidí na jednotlivých nemocničních odděleních.

- „V neujasněných poměrech jsou od seniorských klientů dlouhodobé ústavní péče a od jejich rodin často vyžadovány problematické finanční částky za přijetí či ošetřování, často maskované jako sponzorské dary.“ [Habart 2006: 91]
- Zvyšování poplatků nad únosnou mez během pobytu v ústavním zařízení.
- Problémem se ukazuje také neuspokojená potřeba realizace kvalitní doléčovací a rehabilitační péče.
- Právně není ošetřena ani problematika špatného a nevhodného zacházení s klienty, kdy může dojít až ke zneužívání a týrání seniorů – tzv. elder abuse. Problémem této problematiky jsou nedostatečná data a jejich sběr. Podle Habarta je fyzické týrání v ústavech poměrně vzácné, častější je dle něj týrání psychické a nerespektování důstojnosti obyvatel a zejména pasivní zanedbávání a hmotné zneužívání, drobné krádeže a ztráta osobních věcí seniora. Jen samotné chování : „Nesedejte! Stůjte! Kam dáváte ty nohy? Pane Bože! Teď je vytáhněte a jdeme nahoru“ [Hajná 2008: 99] může být pro seniory stresující a nedůstojné. Podle Hajné takové chování může být způsobeno i tím, že někteří zaměstnanci „dostanou na staré lidi alergii“. K týrání seniorů viz kap. 3.5. „Oblast zákona“.

Zpráva Českého helsinského výboru, dle Habarta [tamtéž] , upozorňuje celkově na to, aby se jednotlivá oddělení více přizpůsobovala potřebám starších lidí tak, jak je uvedeno v Evropské chartě pacientů seniorů. Problémů v ústavní péči se ukazuje mnoho, ale podle to neznamená , že se musí rezignovat na transformaci institucionálních zařízení a zvyšování kvality života v nich.

6. Závěrečné slovo

Naším záměrem bylo především porozumět oblasti péče o seniory, nastítnit, kde všude se v jejím rámci mohou vyskytnout problémy a nedostatky a také se pokusit odpovědět si na otázku, jak by se tyto problémy daly řešit. Za významnou část naší práce považujeme poukázání na hlavní problémové oblasti, zohlednění sociodemografických proměn ve společnosti a popis současných trendů v péči o staré lidi.

Na závěr jsme si dovolily převzít část textu z již zmiňované studie Sociální a kulturní soudržnost v diferencované společnosti, protože zcela vystihuje náš postoj k problematice péče o seniory. Autoři výzkumu tvrdí, že je „v současné době v péči o potřebné lidi (především o seniory a invalidy) nejdůležitější dělba práce mezi institucionální formu, pečovatelskou službu a péči poskytovanou rodinou, příbuznými a dalšími osobami“ [Karlova Univerzita Praha, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie 2008a: 340] Jaká má být nejvhodnější kombinace těchto forem péče, záleží na sociálních, zdravotních a ekonomických podmínkách. Zpráva také zdůrazňuje, aby se při hledání vhodné rovnováhy hledělo na data o vývoji jednotlivých forem péče [tamtéž.]

Podobně se ztotožňujeme s textem Sýkorové [Sýkorová 2007: 46], která uvádí, že: ‘Společnosti by tedy měly být na „sednutí“ populace připravené - a nejen ekonomicky. Především musejí respektovat psychosociální potřeby a životní podmínky seniorů, vyrovnat se s věkovou diskriminací a zabránit vytlačování starších lidí na okraj zájmu [Kučera citován tamtéž]. Též bývá zdůrazňována politika aktivního stárnutí, jejíž součástí je podpora autonomie jednotlivců a zajištění péče o nejstarší a nesoběstačné seniory jejím nutným doplňkem [Rabušic citován tamtéž].‘

7. Seznam použitých zdrojů

- Balážová, Jarmila. 2008. Služby pro zdravotně postižené v Evropě. [online]. [cit. 4. 1. 2009]. Dostupné z: <http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/_zprava/527300>.
- Bartoňová, Jitka. 2005. „Modely rodinné péče o starého člověka“. Pp. 28-41 in Hynek Jeřábek et al. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie.
- Barvíková, Jana. 2005. „Rodinná péče a profesionální péče.“ Pp. 58-70 in Hynek Jeřábek et al. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie.
- Český statistický úřad. 2007a. „Evidenční počet neuspokojených žadatelů o sociální služby v roce 2007 v ČR.“ [online]. [cit. 3.1.2009]. Dostupné z: <[http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/t/B80038E239/\\$File/32010901.pdf](http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/t/B80038E239/$File/32010901.pdf)>.
- Český statistický úřad. 2007b. „Kapacita a ekonomické ukazatele v zařízeních sociálních služeb v roce 2007.“ [online]. [cit. 3. 1. 2009]. Dostupné z: <[http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/t/B7003B75CA/\\$File/32010201.pdf](http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/t/B7003B75CA/$File/32010201.pdf)>.
- Čermáková, Kristýna. 2008. Teoretická východiska pro vytváření integrované péče - sociálně zdravotních služeb. Pp. 175-198 in Bohumila Čabanová, Petr Háva at al. *Spravedlnost a solidarita v oblasti sociálně zdravotnických služeb*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce.
- De Singly, F. 1999. *Sociologie současné rodiny*. Praha: Portál
- Ericsson, E. H. 1999. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Lidové noviny
- Giddens, A. 1999. *Sociologie*. Praha: Argo
- Habart, Pavel. 2007. Týrání a zanedbávání seniorů v zařízeních ústavní péče v České republice. [online]. [cit. 2. 1. 2009]. Dostupné z: <<http://www.cspv.cz/dokumenty/kongres2006/HP%2013/Pavel%20Habart.pdf>>
- Habart, Pavel. 2006. *Vybrané problémy a otázky institucionální péče o seniory v České republice*. Praha: Karlova univerzita, Fakulta sociálních věd.
- Hajná, M. 2008 : *Za dveřmi ústavních zařízení – soubor sociálních reportáží*. Brno: Masarykova Univerzita.
- Horehled', Petr. 2008. Analýza komplexní péče o seniory. Brno: Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta.
- Hutař, Jan, Václav Krása. 2006. *Co přináší zákon o sociálních službách pro uživatele, poskytovatele, orgány státní správy a samosprávy*. [online]. Praha: Národní rada zdravotně postižených ČR. [cit. 2. 1. 2009]. Dostupné z: <<http://www.nrzp.cz/userfiles/file/soc-zak-brozura.pdf>>.

Jabůrková, M., Ondřej Mátl. 2007. *Kvalita péče o seniory. Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. [online]. [cit. 27. 12. 2008]. Dostupné z <www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000206.pdf> .

Jandourek, J. 2007. *Sociologický slovník*. Praha: Portál.

Jeřábek, Hynek. 2005a. „Péče o staré lidi v rodině (východiska, klasifikace, kritické momenty.“ Pp. 9-19 in Hynek Jeřábek et al. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie.

Jeřábek, Hynek. 2005b. „Úvodem k mechanismům sociální soudržnosti.“ Pp. 7-8 in Hynek Jeřábek et al. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie.

Karlova Univerzita Praha, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie. 2008a. „Sociální a kulturní soudržnost v diferencované společnosti. Hlavní výsledky analytických a empirických prací.“ Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie.

Karlova Univerzita Praha, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie. 2008b. „Sociální a kulturní soudržnost v diferencované společnosti. Zadání, teoretická východiska, širší souvislosti.“ Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie.

Kopecká, Petra, Eva Roupcová. 2001. *Komunitní zdravotně sociální péče o seniory*. Kostelec nad Černými lesy: Institut pro zdravotní politiku a ekonomiku.

Kunstová, Helena, Jarmila Stojanová. 2007. „Práva seniorů.“ Český helsinský výbor. [online]. [citováno 3. 1. 2009]. Dostupné z: <<http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2008030407>>

Liberecký kraj. 2004. *O seniory by se měly starat obce*. číslo 10. [online]. [cit. 28. 12. 2008]. Dostupné z: <<http://www.mesicniklibereckykraj.cz/view.php?cisloclanku=2004100424>>.

Liberecký kraj. 2005. *Jak pečují o seniory? To ukáže průzkum*. číslo 6. [online]. [cit. 28. 12. 2008]. Dostupné z: <<http://www.mesicniklibereckykraj.cz/view.php?cisloclanku=2005060628>>

Lišková, Irena. 2007. *Transformace sociálních služeb pro seniory a její inspirace z Evropské unie*. Praha: Karlova univerzita, Fakulta sociálních věd.

Matoušek, O. 1999 : *Ústavní péče*. Praha: SLON.

Ministerstvo zdravotnictví. 2002. *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky - Zdraví 21*. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví. [cit. 2. 1. 2009]. Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/Verejne/Pages/19-zdravi-pro-vsechny-v-21-stoleti.html>>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2003. *Bílá kniha v sociálních službách*. [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit. 2. 1. 2009]. Dostupné z: <http://www.cekas.cz/php/pdf/Bila_kniha_unor_2003.pdf>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2005. „Základní informace o komunitním plánování sociálních služeb.“ [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit. 2.1.2009]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/858>>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2006. „Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století.“ [online]. [cit. 27. 12. 2008]. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/2871>>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2008. „Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012.“ [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit. 3.1.2009]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf>.

Možný, Ivo. 2006. *Rodina a společnost*. Praha : Sociologické nakladatelství.

Remr, Jiří. 2005. „Institucionální péče o seniory.“ Pp. 71-77 in Hynek Jeřábek et al. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie.

Sýkorová, Dana. 2007. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Svobodová, Kamila. „Stárnutí společnosti“. *Socioweb* [online]. [cit. 27.12.2008]. Dostupné z <<http://www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=250&lst=119>>.

Týden. 2008. *Odložení senioři pouštějí zdravotnictví žilou*. [online]. [cit. 2. 1. 2009]. Dostupné z: <http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/odlozeni-seniori-pousteji-zdravotnictvi-zilou_67141.html>.

Vysoká škola zdravotnická. 2008. *Ošetrovatelská péče o seniory v britské praxi*. [online] Praha: Vysoká škola zdravotnická. [cit. 1. 1. 2009]. Dostupné z: <http://www.vzsp5.cz/vzs/aktivity/eu/pdf/prirucka_osevovatelaska_pece_o_seniory_v_britske_praxi.pdf>

zákon 108/2006 Sb. O sociálních službách

<http://cs.wikipedia.org/wiki/>

<http://www.mpsv.cz>

<http://www.czso.cz>