

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Petra Polzerová

*Senioři a jejich další péče po ukončení
hospitalizace*

Bakalářská práce

vedoucí práce: Mgr. Pavlína Valouchová, Ph.D.

2015

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci, 25. 3. 2015

PODĚKOVÁNÍ

Mé poděkování patří všem, kteří mě po celou dobu psaní této práci podporovali. Především mé vedoucí práce Mgr. Pavlíně Valouchové, PhD. za její odborné vedení práce a cenné rady.

Dále bych ráda velmi poděkovala všem odborníkům na danou tematiku za jejich ochotu, čas a odborné názory, kterými přispěli k vytvoření této práce.

Obsah

Úvod	5
1. Senioři.....	7
1.1. Potřeby seniorů.....	9
1.1.1. Potřeba přiměřené stimulace a orientace	10
1.1.2. Potřeba citové jistoty a bezpečí	11
1.1.3. Potřeba seberealizace	11
1.1.4. Potřeba otevřené budoucnosti.....	12
2. Péče o seniory.....	14
2.1. Péče o seniory v historickém kontextu.....	15
2.2.1. Sociální péče	18
2.2.2. Příspěvek na péči	25
2.2.3. Zdravotní péče	26
3. Hospitalizace seniorů.....	28
4. Metodologie.....	30
4.1. Definice kvalitativního výzkumu	30
4.3. Expertní interview	31
4.4. Výsledky expertní analýzy	33
4.5. Shrnutí.....	43
Závěr	45
Seznam tabulek a grafů	47
Použitá literatura a zdroje	48
Seznam příloh	51

Úvod

Kráska a mládí je v současnosti vysoce ceněnou hodnotou a prioritou. Přesto jednou přijde čas, kdy už nebudeme krásní a mladí, ale staří a slabí – my a/nebo naši blízcí. Stárnutí a stáří se týká nás všech, pokud nezemřeme mladí, všichni zestárneme. A možná, že pak budeme potřebovat pomoc a péči. Stárnutí ale není jen individuální záležitostí, je to celospolečenský proces (Rabušic 2002). Stárnutí populace se řadí mezi největší problémy jednadvacátého století, a proto je třeba, aby se o tomto tématu hovořilo (Zavázalová et al., 2001: 16). Proto jsem se rozhodla této problematice věnovat i ve své bakalářské práci.

Při péči o starého člověka se obvykle prolíná zdravotní a sociální péče a je velmi důležitá spolupráce a návaznost těchto dvou oborů. Péče o seniory je širokým tématem, které ale není v České republice příliš diskutované. Největší pozornost je pak upírána především na zdravotní, resp. nemocniční péči o seniory. Péče o seniory mimo nemocniční zařízení je pak již diskutována méně. Přitom tato další péče je velmi důležitá. Během hospitalizace senioři zpravidla získávají kvalitní a indikovanou péči, senioři jsou pod dohledem mnoha odborníků, ale zajistit kvalitní, odbornou, bezpečnou a indikovanou péči mimo zdravotnické zařízení po ukončení hospitalizace může být velmi obtížné. Právě při zajištění další péče po propuštění seniora z nemocničního zařízení hraje sociální práci důležitou roli.

Důvody, proč jsem se rozhodla ve své diplomové práci ubírat právě tímto směrem, jsou vlastně dva. Prvním je to, že se často setkávám s lidmi, kteří se danou oblastí zabývají profesně a můžeme tak na toto téma diskutovat. Druhým důvodem je můj osobní zájem o danou cílovou skupinu. Vnímám toto téma jako velmi důležité. Uvědomuji si, že kvalita života seniorů není vysoká a přála bych si, aby se tato situace změnila. Napsání této bakalářské práce pak vnímám jako malý příspěvek k danému tématu, resp. diskusi. Cílem mojí bakalářské práce je pomocí výzkumného kvalitativního šetření zjistit názory expertů v oblasti seniorů a jejich další péče po ukončení hospitalizace ve zdravotnickém zařízení a dále zmapovat, jaké jsou názory jednotlivých expertů ve věci vyvíjení se této péče do budoucna. Pro naplnění cíle své práce jsem si proto zvolila metodu expertního interview. Pokusím se danou problematiku ilustrovat na příkladu dobré praxe propouštění seniorů a to konkrétně z OLÚ Paseka p. o.

Ve své bakalářské práci nejprve vymezím klíčové pojmy a to senior (kapitola č. 1), péče o seniory (kapitola č. 2) a posléze hospitalizace (kapitola č. 3).

1. Senioři

Ve své bakalářské práci se věnuji péči o seniory. Kdo to ale je ten senior, resp. senioři? Špatenková (2013: 24) uvádí, že termín senior je používán jako synonymum pro pojem starý člověk. Starý člověk je pak označení člověka ve stáří, tedy v poslední životní (vývojové) etapě. Stáří je obecné označení pozdních fází ontogeneze, v nichž se nápadněji projevuje souhrn involučních změn s postupným celkovým zhoršováním odolnosti organismu (Kalvach, Onderková, 2006: 7; Dvořáčková 2012: 9).

Čevela, Kalvach a Čeledová (2012: 19) poukazují na to, že ve stáří se projevují involuční změny funkční i morfologické. Tyto změny je možné identifikovat na rovině tělesné, psychické a sociální. Mezi sociální změny patří odchod do důchodu a s ním související proměny sociálních rolí a potřeb, životního cyklu a také ekonomického zajištění. Venglářová poukazuje na to, že každý člověk na tyto změny reaguje jiným způsobem, který je ovlivňován především osobností daného seniora, reakcemi okolí, v němž žije a také možnostmi získání případné pomoci (Venglářová 2007: 12). Kalvach, Zadák, Jiráček, Zavázalová, Sucharda a kol. (2004: 47 - 48) hovoří v této souvislosti o sociálním stáří a zmiňují i největší rizika, která seniory v důsledku sociálních změn ohrožují, například ztráta životního programu, ztráta společenské prestiže, osamělost, pokles životní úrovně, hrozba ztráty soběstačnosti, ale třeba také diskriminace.

Do kategorie tělesných změn můžeme spolu s Venglářovou (2007: 11) zařadit změny vzhledu, úbytek svalové hmoty, změny činnosti smyslů, změny trávicího systému, změny vylučování moči a také změny sexuální aktivity. Kalvach a Mikeš (in Kalvach, Zadák, Jiráček, Zavázalová, Sucharda a kol. 2004: 48) označují tyto změny jako biologické stáří. Tyto změny jsou podmíněny určitými biologickými ukazateli, jako jsou například krevní tlak, vitální kapacita plic, síla sevření pěsti, ostrost zraku a sluchu anebo rychlost reakce na vizuální a akustické podněty. Podle Pacovského (1990: 56) jsou jasným ukazatelem stárnutí změny pružnosti pokožky a reakce na akustické podněty různé výšky a intenzity. K psychickým změnám patří zhoršování paměti, obtížnější učení nových věcí, nedůvěřivost, snížená sebedůvěra, emoční labilita nebo změny vnímání (Venglářová 2007: 12). Všechny tyto změny se navzájem ovlivňují a souvisejí spolu. Projevy a důsledky těchto změn mohou zásadním způsobem ovlivňovat fungování, resp. funkční zdatnost seniorů a následně pak potřebu poskytování

specifické péče. Jurašková (in Holmerová, Jurašková, Müllerová, Vidovičová, Habrcetlová, Matoulek, Suchá a Šimůnková 2014: 45 - 46) v této souvislosti hovoří o několika skupinách seniorů. Tzv. elitní senioři žijí jako mladí dospělí a jejich životní styl se nikterak nepodobá životnímu stylu starého člověka. Pracují, sportují a plně se věnují svým koníčkům. Tzv. nezávislí senioři za normálních okolností obvykle nepotřebují žádnou sociální či zdravotní péči. Jejich kondice bývá ohrožena jen přechodně, například v důsledku operace nebo závažného onemocnění. Tzv. zdatní senioři nepotřebují žádnou geriatrickou péči, ale měli by již docházet na pravidelné preventivní prohlídky a být v tomto ohledu edukováni. Výše zmiňované skupiny seniorů ale nebudou předmětem mého zájmu. Ve své bakalářské práci se zaměřím zejména na tzv. křehké a závislé seniory. Křehcí senioři jsou senioři, u kterých hrozí zvýšené riziko pádů, zhoršené kognitivní funkce, mohou trpět psychickými problémy, nestabilním stavem při onemocněních a také například arytmiemi. Potřebují neustálý dohled, pomoc a péči. Bývají typickými uživateli zdravotnických či sociálních služeb. Závislí senioři jsou zpravidla zcela nesoběstační a závislí na pomoci druhých osob. Nezřídka využívají odlehčovací (realitní) služby, pobývají v léčebnách dlouhodobě nemocných nebo jsou hospitalizováni v dalších zdravotnických zařízeních (Holmerová, Jurašková, Müllerová, Vidovičová, Habrcetlová, Matoulek, Suchá, Šimůnková 2014: 45 - 46).

Zmiňované změny nastupují u různých lidí v různém věku. V současné době se za počátek stáří považuje věk 65 let a věková hranice 75 let určuje počátek vlastního stáří (Špatenková, 2013: 15). S datem narození koresponduje tzv. kalendářním stáří. Stáří je totiž časově velmi široké období, proto Kalvach (in Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda a kol. 2004: 47) nabízí následující členění stáří:

- 65 – 74 let: mladí senioři;
- 75 – 84 let: staří senioři;
- 85 a více let: velmi staří senioři.

Takové členění stáří má své odůvodnění. V různých věkových obdobích totiž dominují odlišná témata a problémy. U mladých seniorů je to problematika penzionování, volného času, aktivit, seberealizace. Staří senioři řeší problematiku adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělosti, velmi staří senioři pak problematiku soběstačnosti a zabezpečení (tamtéž). S ohledem na téma a cíl mé

bakalářské práce jsou to především tito senioři, kteří budou objektem mého zájmu. Budu-li ve své práci hovořit o seniorech a péči o seniory, budu mít na mysli právě tuto kategorii seniorů – křehké a zranitelné.

Geriatrická křehkost (*frailty*) se podle Kalvacha (2011: 360) řadí mezi nejčastější důvody omezení a potřeby služeb dlouhodobé péče ve stáří. Jedná se o podmíněný stav organismu, funkční degeneraci, která závisí na věku, a která má charakteristický souhrn projevů a příznaků. Je určitým produktem a vzorem tzv. „stařeckého chátrání“, které je přirozené. Geriatrická křehkost se vyznačuje celkovým snížením funkčního stavu jedince (zdatnosti, odolnosti, adaptability), zdravotními problémy, poklesem úrovně odolnosti jedince vůči zátěži, větší potřebou zdravotní péče, dále také souvisí s různými existenciálními a psychosociálními problémy a také postupně vede ke ztrátě soběstačnosti. V případě komplikací (např. pádů) často vede ke smrti, ale mnohdy i bez výskytu jakýchkoliv komplikací. K jednomu z hlavních projevů geriatrické křehkosti patří svalová slabost, dále také hubnutí, únava nebo apatie. Projevy se týkají mnoha systémů, proto mohou být například somatické, kognitivní, nutriční, sensorické či psychické (Topinková 2010: 9). Kalvach uvádí, že aby bylo možné říci, že se člověk nachází ve stavu geriatrické křehkosti, musí splňovat alespoň tři z těchto pěti základních znaků:

- nechtěný úbytek tělesné hmotnosti alespoň o 4,5 kg za posledních 12 měsíců,
- subjektivně vnímaná únava, vyčerpanost,
- svalová slabost, nízká síla stisku ruky,
- pomalá chůze,
- nízká úroveň pohybové aktivity (Kalvach 2011: 361).

1.1. Potřeby seniorů

Jakákoliv péče by měla respektovat a saturovat potřeby seniorů. Křehcí a zranitelní senioři jsou však při uspokojování svých potřeb odkázáni na pomoc druhých osob. Dvořáčková (2012: 38) s odkazem na Matouška (2008) upozorňuje, že pokud jsou potřeby neuspokojené, vede to k deprivaci a ke strádání. Také Brzáková Beksová (2013: 68) zdůrazňuje nezbytnost uspokojení specifických potřeb geriatrického klienta, které jsou determinovány jeho funkčním stavem, jeho onemocněním, vnějšími podmínkami a přesahují standartní potřeby a péči negeriatrického klienta.

Matoušek (2008) dělí lidské potřeby na několik okruhů. Prvním z nich je okruh vztahující se k tělesné pohodě, druhým je okruh vztahující se k psychické rovnováze a bezpečí, třetí souvisí se vztahy k blízkým lidem. Dále pak okruh vztahující se ke společenskému uplatnění a v neposlední řadě je to okruh spirituálních potřeb. Matoušek píše, že v souvislosti se sociální prací může potřeba znamenat něco, co cítí klient nebo formuluje odborník, organizace nebo stát (Matoušek 2008: 147 - 148).

V literatuře je možné nalézt různé typologie potřeb. V souladu s Vágnerovou (2000: 496) můžeme vymezit následující potřeby:

- Potřeba přiměřené stimulace a orientace
- Potřeba citové jistoty a bezpečí
- Potřeba seberealizace
- Potřeba otevřené budoucnosti.

1.1.1. Potřeba přiměřené stimulace a orientace

V případě křehkých a zranitelných seniorů je přirozené naplňování potřeb stimulace a orientace velmi komplikované. Přestože takoví senioři žijí ve svém přirozeném prostředí, ze svého bytu vycházejí jen minimálně. Mohou být dokonce upoutáni na lůžko. I v uspokojování potřeby přiměřené stimulace a orientace mohou být zpravidla zcela odkázáni na péči a pomoc jiných osob (Baštecký in Kalvach, Čeledová, Holmerová, Jirák, Zavázalová, Wija a kol. 2011: 49). Také v případě, že senior žije v instituci zdravotní či sociální péče, je jeho život, co se stimulace týče, často omezen. Život v instituci se vyznačuje určitou organizovaností, která bývá spojena s vynucováním, dodržováním určitých pravidel. S příchodem do zařízení se tak senior setkává nezřídka s naprosto odlišným způsobem života, než jaký vedl doposud. Zorientovat se v novém prostředí a v nových situacích může být pro křehké a zranitelné seniory velmi obtížné. Staří lidé jsou svým způsobem konzervativní a nemají rádi změny, hůře se učí novým věcem. Je důležité, aby byl starý člověk dobře informován o prostředí, ve kterém žije a také o tom, co se v tomto prostředí děje. Co se orientace týče, je většinou omezena pouze na instituci, ve které senior žije (Vágnerová 2000: 496 – 497).

1.1.2. Potřeba citové jistoty a bezpečí

Další důležitou potřebou je potřeba citové jistoty a bezpečí. Pro starého člověka představuje citovou jistotu obvykle vlastní domov a jeho soukromí. Pokud se však přestěhuje do některého typu ústavního zařízení, je více než jasné, že citovou jistotu vlastního domova ztrácí. To pro něho může být velmi frustrující a obtížné. Na danou situaci pak mohou senioři reagovat různými způsoby, např. touhou po kontaktu s příbuznými a utvrzováním se o jejich vzájemném vztahu (Baštecký in Kalvach, Čeledová, Holmerová, Jiráček, Zavázalová, Wija a kol. 2011: 51). Senioři také mohou mít tendenci na sebe upozorňovat a to třeba prostřednictvím klamných (zpravidla negativních) informací o jejich zdravotním stavu. Pokud senior nenachází dostatek citového uspokojení a jistoty ve vztazích se svými příbuznými, může hledat náhradní uspokojení ve vztahu s personálem instituce. Jedním z hlavních bodů v sociální práci se seniory je navázání kvalitního vztahu založeném na důvěře, pocitu bezpečí a jistoty. (Matoušek, Koláčková, Kodymová 2005: 164). Stává se, že se senior na určitého pracovníka upne až moc a od jejich vztahu si slibuje něco víc, než mu pracovník v rámci své profesionality může nabídnout. Tyto tendence jsou pochopitelné, ale pro pracovníka zpravidla neúnosné. Vztahy tohoto typu jsou velmi náročné a vyčerpávající. Význam potřeby bezpečí u seniorů je odlišný od významu potřeby bezpečí u mladých lidí. Senioři vyhledávají vazbu k někomu, kdo je schopen jim bezpečí zajistit. To je typické hlavně u lidí s omezenou soběstačností (Vágnerová 2000: 497).

1.1.3. Potřeba seberealizace

Senior svým odchodem do instituce zdravotní či sociální instituce nezřídka ztrácí motivaci k různým činnostem, které byly dříve součástí jeho každodenního života. Tím se myslí to, že v institucích pro seniory jsou obvyklé každodenní nezbytné věci, jako např. úklid, nákup či vaření, zajištěny a senior pro to nemusí nic dělat. Tyto činnosti jsou však pro seniory většinou smysluplné a to, že je vykonávají, jim dodává smysl života a motivaci k dalším aktivitám. Senioři žijící v instituci tak mohou postrádat možnost seberealizace, protože činnosti, které jim dodávaly smysl života, a věděli, proč je dělají, za ně dělá někdo jiný. To může způsobit, že jejich denní činnosti jsou naprosto odlišné od těch, které vykonávali, když dříve žili doma. V institucích, ale i v domácím prostředí může snadno docházet ke ztrátě schopností seniorů či k jejich rapidnímu snižování, protože senioři nemají prostor, příp. možnost určité aktivity vykonávat – dělá je za ně někdo jiný (Kalvach, Čeledová, Holmerová, Jiráček,

Zavázalová, Wija a kol. 2011: 98). Nezřídka ostatní – a to profesionální i rodinní pečující – poskytují pomoc a péči, i když to není nutné. Senioři tak přicházejí o možnost dané aktivity vykonávat samostatně či dokonce vůbec a uspokojení potřeby seberealizace je jim pak vlastně znemožněno. Starý člověk podle Vágnerové potřebuje mít kontrolu nad svým životem a také potřebuje o svém životě sám rozhodovat (Vágnerová 2000: 497 – 498). Takovéto „páchání dobra“ není v souladu s adekvátním uspokojováním potřeb seniorů. Naopak.

1.1.4. Potřeba otevřené budoucnosti

Mnoho seniorů vnímá pobyt v instituci zdravotní či sociální péče jako konečnou fázi svého života, po které přichází jen smrt. Opouštějí své životní role a určitý způsob života, kterým žili. Získávají roli novou – pacienta či klienta, resp. uživatele služby. Tyto role mají nižší sociální status. Starým lidem v takové situaci se pak nezřídka jejich budoucnost jeví jako neperspektivní a negativní. Reakcí na tuto skutečnost bývá smutek, apatie, deprese či ztráta smyslu života. Tito lidé mohou být smíření s danou situací, nikoliv však spokojení (Vágnerová 2000: 498 – 499).

Mlýnková (2011: 48) uvádí, že pro jednotlivé životní fáze v lidském životě jsou také typické odlišné potřeby. Liší se potřeby dětí předškolního věku, školáků, dospělých a samozřejmě také seniorů. U starších osob se zcela mění životní styl a tak je také přirozené, že se mění i požadavky a potřeby těchto lidí. Ve většině případů se potřeby seniorů týkají zdraví, jejich klidu, bezpečí a celkové spokojenosti. Dvořáčková (2012: 40) s odkazem na Maslowovu hierarchii potřeb uvádí, že jsou to převážně potřeby fyziologické a také psychosociální, do kterých řadíme potřeby bezpečí, jistoty, lásky a sounáležitosti. Mezi fyziologické potřeby můžeme zařadit například potřebu chutného jídla. Toto je jedna z potřeb, která se u seniorů vyskytuje velmi často. Mají v důsledku ubývajících chuťových pohárků pozměněnou chuť k jídlu a tak je zapotřebí, aby jejich bylo opravdu chutné. Dále se mezi fyziologické potřeby, které mají senioři, řadí zvýšená potřeba vylučování. Typickými obtížemi ve vyšším věku jsou zácpa a inkontinence (Mlýnková 2011: 49). Dále mají senioři zvýšenou potřebu spánku a celkového odpočinku a regenerace. Jejich spánek neprobíhá jen v noci, ale také přes den a to nejčastěji po obědě. To znamená, že spánek seniorů je polyfázický, tedy že probíhá ve více fázích. Mezi další velmi podstatné potřeby seniorů řadíme potřebu být v teple a pohodlí a také potřeby být bez bolesti (Topinková 2010: 164 – 168). I tyto potřeby jsou u seniorů velmi časté a důležité. Naopak jsou také potřeby, které nejsou u seniorů tak

výrazné. Je snížena například potřeba příjmu tekutin a také sexuální potřeby nebo potřeba péče o zevnějšek (Dvořáčková 2012: 49 - 52).

V životě seniora se objevuje několik druhů strachu a obav, ať už se jedná o strach ze ztráty životního partnera, o strach z onemocnění nebo o strach ze závislosti na druhých lidech. Z tohoto důvodu je pro ně velmi důležité naplnění potřeby jistoty a také potřeby bezpečí. Jako vyšší potřebu také označujeme potřebu komunikace. Tato potřeba je pro seniory velmi důležitá, protože se mnohdy stává, že seniory není dostatečně informován a potom z toho plynou pocity, jako je strach a nejistota. Tato situace nastává většinou v institucionální péči. Potřeba seberealizace je také jedna z potřeb, která se seniorů dotýká. Ačkoliv je již méně výrazná, tak jsou tu stále senioři, kteří pracují a žijí aktivním životem a naplňování této potřeby vyhledávají v podstatě denně. S tím také souvisejí tzv. intelektuální potřeby, které se dají naplnit prostřednictvím univerzit třetího věku (U3V) a samozřejmě i dalšími vzdělávacími programy a různými kurzy (Špatenková 2013: 47 - 53). Tyto prostředky mimo jiné pomáhají seniorům udržovat své mentální zdraví (Mlýnková 2011: 49; Klevetová 2008: 53).

Mlýnková (2011: 50 – 51) také poukazuje na to, že pro seniory jsou velmi významné také duchovní potřeby. Senioři velmi často hodnotí, spekulují a bádají nad svým životem. Časté je také pokládání otázky po smyslu jejich života (Ondrušová 2011). Velmi často potřebují oporu v někom, kdo je vyslechne a poskytne jim možnost a prostor pro nalezení odpovědí na jejich otázky. Uspokojit duchovní potřeby klientů v institucionální péči je velmi obtížné. V některých případech mají možnost navštívit kapli nebo si promluvit s duchovním, ale tato možnost tu není vždy. Do duchovních potřeb starých lidí můžeme zařadit potřebu sounáležitosti, ale také třeba potřeby důvěry. Senioři potřebují mít pocit, že mají někoho, na koho se mohou spolehnout a obrátit (Brzáková Beksová 2013: 47 - 49). V ústavních zařízeních může alespoň částečně tuto roli naplňovat personál.

2. Péče o seniory

Můžeme souhlasit s Jarošovou (2006: 41), že je ideální, když může senior zůstat ve svém přirozeném prostředí – tedy doma. Tento model je vyznačován péčí a podporou rodiny seniora, která mu poskytuje nejen péči o jeho osobu, ale také vhodné rodinné zázemí. Rodinné zázemí je pro staré lidi významné, velmi se na něj upínají a zajišťují jim jakousi garanci jistoty a pomoci. Ne vždy je to však možné. Je zde hodně aspektů, které ovlivňují to, zda se rodina dokáže a chce o svého seniora starat (Misconiová in Kalvach, Čeledová, Holmerová, Jiráček, Zavázalová, Wija a kol. 2011: 183 - 185). První z takových aspektů může být nevyhovující bydlení. Mnohdy rodinní příslušníci seniorů mají malý byt, kde je těžké udržet si alespoň určitou úroveň soukromí a bylo by to ještě těžší v případě, že by se senior přestěhoval ke svým rodinným příslušníkům a to jak pro rodinu tak také pro seniora samotného (Čevela, Kalvach, Čeledová 2012: 101 - 102). Dalším aspektem je zaměstnanost střední generace. Děti těchto křehkých seniorů jsou v dnešní době většinou zaměstnaní a bojí se riskovat, že by o zaměstnání přišli, proto je velmi těžké skloubit péči o seniora a vlastní práci. Rodiny seniorů mají také povinnosti vůči svým vlastním rodinám a s tím se pojí mnoho starostí a povinností, jako je péče o domácnost či o děti. Další překážkou, která může rodině bránit, aby se o svého seniora starala, je vzdálenost. Nežádá vidíme, že senior žije v jiném městě, v některých případech i v jiném státě, než jeho rodina a tak je velmi obtížné zajistit osobní péči. Všechny tyto překážky jsou svým způsobem opodstatněné, protože není možné, aby člověk v produktivním věku chodil do zaměstnání, zajišťoval svoji rodinu a zároveň pečoval o seniora (Mlýnková 2011: 63).

V dnešní společnosti se často setkáváme s negativními postoji a reakcemi na stáří a přesně z tohoto důvodu jsou velmi často senioři přemísťováni z domácí péče do institucionální péče (Špatenková 2013: 62; Kalvach, Čeledová, Holmerová, Jiráček, Zavázalová, Wija a kol. 2011). Jsou to nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, hospice, domovy pro seniory a další. Špatenková a Polzerová píší, že institucionalizace nežádá vede k prožitku osamělosti. Je však nutné zdůraznit, že v některých případech je to nejlepší možné řešení a to především pro seniora samotného. I přesto v laické veřejnosti dominuje názor, že ideálním modelem péče je model v domácím prostředí. Autorky uvádějí, že mnohé výzkumy prezentují názor, že většina seniorů si přeje dožít svůj život v kruhu svých blízkých a ve svém prostředí a poukazují na to, že lidé si tento model péče až příliš idealizují. Péče o starého člověka, který je jakoukoliv mírou

odkázán na pomoc druhých lidí, je nesmírně náročná a vyčerpávající. Rodina se hlavně musí chtít o svého příbuzného starat a také na takovou zátěž musí být připravena jak materiálně, finančně, fyzicky, časově i psychicky. Nejideálnějším řešením je samozřejmě kombinace institucionální a domácí péče (Špatenková, Polzerová in: Špatenková a kol. 2014: 65 – 67).

2.1. Péče o seniory v historickém kontextu

Historicky zajišťovala péči o seniory především jejich rodina (Tomeš 2010: 232). To znamená, že se péče o seniory odehrávala v rámci jejich rodiny (Malíková 2011: 29). Ne o všechny staré lidi se ale jejich rodina chtěla nebo mohla postarat – a do péče o seniory vstoupili i další aktéři. Haškovcová (2010: 182) konstatuje, že v historickém kontextu je péče o staré lidi charakterizována vývojovou triádou: charita – obec - stát. Péči, kterou zprostředkovávala a zajišťovala charita, byla dlouhodobě jedinou strategií v péči o staré lidi. V dnešní době se tato triáda kombinuje a do péče o seniory se zapojuje jak stát, tak obec a také charita. Přibližně od středověku se začala utvářet jakási organizovaná péče o staré nemocné lidi. V Čechách a na Moravě existovaly podle Haškovcové tři základní typy ústavní péče a to středověké špitály, klášterní nemocnice a nemocnice pro malomocné. Také v těchto zařízeních převažovala charitativní pomoc (Haškovcová 2010: 182 – 185).

Středověké špitály byly instituce, které se považovaly za útulky pro nemocné lidi, pocestné, tuláky, nezaměstnanou chudinu a další potřebné osoby. V těchto typech zařízení nacházeli pomoc také mladší občané, ale starých a nemocných lidí neustále přibývalo, takže jich později byla naprostá většina. Tyto špitály byly prvními institucemi, ve kterých staří lidé nacházeli dlouhodobý a také trvalý pobyt (srov. Kodymová in Matoušek a kol. 2007: 112). Druhým typem ústavní péče u nás byly klášterní nemocnice. Nevýhodou těchto zařízení bylo, že nefungovaly pro všechny, ale především pro řeholníky a jedince ze šlechtických rodin. Dalším negativem těchto zařízení bylo, že se akcentovaly především náboženské úkony, nikoli ošetřování nemocných, což značně ovlivňovalo úroveň těchto zařízení, která pak byla poměrně nízká. Třetím typem ústavní péče byly nemocnice pro malomocné a také pro osoby s různými infekčními chorobami. Úkolem tohoto zařízení bylo izolovat občany s nebezpečnou chorobou od ostatních lidí ve městě či obci. Pověst těchto institucí byla špatná, stejně jako úroveň poskytované péče, která záležela hlavně na štědrosti sponzorů (Haškovcová 2010: 185 - 188).

Staré a nemocné osoby byly v minulosti izolovány od společnosti a umístovány do ústavních zařízení. Péče o lidi v ústavech nebyla zdaleka taková, jaká by být měla. Autoři (Jarošová 2006; Šiklová in Matoušek a kol. 2007; Tomeš 2010) popisující situaci před rokem 1989 shodně poukazují na to, že se k seniorům přistupovalo skupinově a direktivně, nebyl zde ani náznak individuální péče, chybělo porozumění a empatie. Typickým zařízením, které se využívalo pro umístování seniorů, byly domovy důchodců. Pokud nastala situace, že senior byl již méně soběstačný, popřípadě byl již úplně nesoběstačný, byl odchod do domova důchodců v podstatě výlučným řešením. Tímto způsobem se však často řešila i složitá bytová situace a tak do domovů důchodců často odcházeli i lidé, kteří byli stále soběstační a schopní samostatného života. Seniori si zařízení, ve kterém dožili svůj život, nemohli vybrat a tak nezdědka docházelo k tomu, že byli v určitém zařízení nešťastní. Seniori nastupovali do zařízení, kde bylo zrovna volné místo a to i do zařízení, která neměla dobrou pověst. Byli umístováni na vícelůžkových pokojích, společné sociální zařízení bylo umístěno na chodbě. Požadavky na soukromí a individualitu nebyly reflektovány. Kvalitou poskytovaných služeb se v té době nikdo moc detailně nezabýval a úroveň služeb tomu odpovídala. Čekací doby na domovy důchodců byly dlouhé a tak se doba čekání vyplňovala hospitalizací v léčebnách pro dlouhodobě nemocné (LDN). V těchto institucích ale byla (resp. je) poskytována zdravotnická péče a seniori, kteří zde byli umístováni, nebyli zpravidla indikováni k tomuto typu péče. Malíková tvrdí, že mnozí z nich byli v těchto zařízeních zbytečně. Personál zde byl pak nezdědka zahlcen povinnostmi, protože v těchto zařízeních bylo mnoho pacientů. Sestry se potýkaly se syndromem vyhoření a také s pracovní deformací. Seniori byli nuceni se přizpůsobit režimu a chodu daného zařízení a nebyly brány žádné ohledy na jejich návyky, byli pouze pasivními příjemci služeb. Dehumanizace poskytované péče byla na denním pořádku jak v sociálních ústavech, tak i ve zdravotnických zařízeních a často také docházelo k porušování práv seniorů. Tento model péče fungoval prakticky až do roku 1989. Potom nastaly výrazné změny, které přinesly velký pokrok v oblasti sociálních služeb (Malíková 2011: 29 – 30).

Haškovcová poukazuje na to, že úroveň konkrétní společnosti je možné hodnotit podle různých kritérií a to ať už ekonomických, kulturních či mravních. Jedním z plnohodnotných kritérií při hodnocení dané společnosti je to, jak se tato společnost (stát) dokáže postarat o své staré, nemocné či duševně choré občany. Všichni tito lidé

spadají do skupiny obyvatel, která je závislá na pomoci druhých. Bez této pomoci by tyto lidé mohli spíše živořit než vést plnohodnotný a důstojný život (Haškovcová 2010: 182 – 183).

2.2. Péče o seniory v současnosti

Rheinwaldová (1999: 10) píše, že dříve byli senioři vnímáni ve společnosti jako vážené osoby, byla jim dávána najevo úcta a respekt. Mladí, zdraví a produktivní lidé brali jako samozřejmost se o staré a nemocné občany postarat. Toto vnímání se ale dnes změnilo – potenciální pečující poukazují a to, že mají hodně práce a málo času a peněz. Dnešní rodiny jsou separované, nebydlí společně se seniory. Představa společného bydlení se seniorem je mnohdy nemyslitelná. Institucionální péče o seniory tak není vždy jejich vlastní volbou, ale spíše nutností. Bylo by potřeba, aby bylo k dispozici dostatek zařízení, která seniorům nabídnou kvalitní a profesionální péči. V každém zařízení by se mělo o seniora pečovat takovým způsobem, aby byl klidný, spokojený a aby mu byla prokazována jeho lidská důstojnost a hodnota. Taková zařízení by se měla přiklánět k holistickému a humanistickému modelu péče o člověka. Musíme si uvědomit, že člověk má biologickou, fyziologickou, sociální a psychologickou složku a je potřeba k němu podle těchto oblastí přistupovat. Zařízení, ve kterém se ke klientům přistupuje tímto způsobem, se nazývá holistickým zařízením a takové zařízení je vhodné pro klidné a plnohodnotné prožití stáří (Rheinwaldová 1999: 10 – 12).

Špatenková (2013) tvrdí, že cílem jakékoliv péče o seniory by měla být všestranná, erudovaná a lidsky kultivovaná péče, která usiluje o zvýšení, příp. udržení kvality života seniorů. Obadalová (2001) zdůrazňuje, že novodobá péče o seniory by měla vycházet z následujících principů:

- demedicinace
- deinstitucionalizace
- desektorializace
- deprofesionalizace.

Princip demedicinace je principem, který se zaměřuje na kvalitu života seniora, dále také na přirozenost jeho prostředí a v neposlední řadě také na jeho funkční samostatnost a nezávislost. Do tohoto principu také spadá zlepšení a také zlidšťování dosavadní ústavní péče. Dalším principem je princip deinstitucionalizace v rámci

kterého se jedná o omezení institucionální péče. Prioritou je zajištění seniora v jeho domácím prostředí. Také sem spadá podpora rozvoje terénních zdravotních a sociálních služeb a podpora zapojování seniora do společností. Třetím principem, kterým by se péče o seniora měla řídit je princip desektorializace. Tento princip klade důraz na vícerozměrnost a multidisciplinaritu potřeb a služeb, dále také na vzájemné doplňování poskytovaných služeb, s tím také souvisí propojenost zdravotních a sociálních služeb a rodinné a profesionální péče. Posledním významným principem je princip deprofesionalizace, který vyzdvihuje důležitost rodiny a přirozeného sociálního prostředí, ve kterém se senior pohybuje. Do této roviny řadíme rodinu, přátele, sousedskou výpomoc, seniorské svépomoci nebo také dobrovolníky (Žižkovský in Kalvach, Zadák, Jiráček, Zavázalová, Sucharda a kol., 2004: 505; Špatenková 2013: 62 – 63; Obadalová 2001: 13 - 15).

Péče o seniory se může realizovat doma, tedy v přirozeném, domácím prostředí seniora, případně jeho pečovateli, např. dospělého dítěte seniora apod. Péče v domácím prostředí je obvykle považována za optimální. Při péči o seniora v domácím prostředí mohou být využívány nejrůznější terénní zdravotní či sociální služby. Ne vždy je však možné seniorovi domácí péči poskytnout a zabezpečit. V takovém případě nastupuje institucionální péče. Špatenková, Polzerová (2014: 65 – 69) jsou toho názoru, že institucionální péče může přirozené domácí prostředí plně nahradit jen velmi obtížně, vždy zůstane jakousi „náhražkou“ původního domova. To však neznamená, že by se v zařízeních sociální péče mělo rezignovat na běžné projevy života a každodenní činnosti. Současné trendy v péči o seniory naopak diktují snahu co nejvíce život v zařízeních pro seniory jejich původnímu životnímu stylu připodobnit, a tak utlumit nesnadnou adaptaci na nové prostředí. Kvalitní zdravotní a ošetřovatelská péče by měla být doprovázena péčí psychosociální, samozřejmostí by mělo být udržování co největšího soukromí klienta, respektování jeho důstojnosti, autonomie a životního rytmu. Rozšířený model „nemocniční péče“ by tak měl být nahrazen modelem aktivního a důstojného stáří.

2.2.1. Sociální péče

Senioři, kteří se ocitnou v situaci, se kterou si sami nedokáží poradit a potřebují pomoc a podporu jiných osob, mohou využívat sociálních služeb. Sociální služby vyhledávají senioři, když se zásadně něco v jejich životě změní a oni již nedokáží fungovat, tak jako dosud, čili bez problémů, respektive jejich rodinní pečující, kteří

z nejrůznějších důvodů už péči o seniora nezvládají. Konkrétně se může jednat o zásadní zhoršení funkčního stavu seniora, v důsledku věku či zdravotních problémů. Toto omezení většinou způsobuje snížení soběstačnosti a samostatnosti a vede k závislosti seniora na druhých osobách. Sociální služby jsou zde od toho, aby pomohli takovému člověku alespoň částečně pokračovat v jeho dosavadním způsobu života a zabránit případnému vyloučení ze společnosti (Holmerová, Jurašková, Müllerová, Vidovičová, Habrcetlová, Matoulek, Suchá, Šimůnková 2014: 180).

Sociální služby umožňují zajištění pomoci při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoci při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, poskytnutí informací, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a také pomoc při prosazování práv a zájmů. Cílem sociálních služeb je podporovat rozvoj nebo alespoň zachovat stávající soběstačnost uživatele dále také podporovat jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu a v neposlední řadě snížení sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem života uživatelů.¹

Sociální služby jsou vymezeny zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Tyto služby se poskytují lidem, jejichž zdravotní stav již nevyžaduje péči v režimu zdravotnictví, ale také nedovoluje, aby žili bez pomoci druhé osoby. Tyto služby mohou být pobytové, terénní nebo ambulantní. (Zákon č. 108/2006 Sb.).

U nás v České republice spadají sociální služby do státního systému sociálního zabezpečení. Jsou legislativně zařazené do tzv. sociální pomoci. Součástí sociální pomoci jsou kromě sociálních služeb také finanční a věcné dávky. Tyto dávky slouží k poskytnutí pomoci lidem, kteří se nachází ve stavu hmotné nouze. Sociální služby jsou poskytovány jak veřejnými tak i soukromými institucemi. Avšak i soukromé instituce podléhají kontrole, kterou zajišťuje stát a garantuje tak lidem jejich transparentnost (Matoušek a kol. 2007: 11). Sociální služby jsou rozděleny na několik kategorií a to na sociální poradenství, na služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální poradenství se dělí na základní a odborné. Základní sociální poradenství poskytuje nezbytné informace k vyřešení určité situace a odborné sociální poradenství se soustřeďuje na poskytování informací jednotlivým okruhům osob. Služby sociální péče by se daly vysvětlit jako služby, které se snaží o zajištění soběstačnosti člověka a jeho zapojení do společenského života. A služby sociální

¹ MPSV (2015): Sociální služby [on-line] Dostupné 18. 3. 2015 z: <http://www.mpsv.cz/cs/18661>

prevence se snaží zabránit sociálnímu vyloučení jednotlivých osob. Jednotlivé sociální služby mohou být poskytovány ve třech jednotlivých formách. První formou jsou pobytové sociální služby. Při této formě je klientovi poskytováno ubytování a v zařízení žije. Naopak při ambulantní formě poskytování sociálních služeb klient dochází do zařízení v pravidelných termínech. Pokud je sociální služba poskytována terénní formou, tak dochází pracovník osobně za klientem do jeho přirozeného prostředí. Pro bezproblémové poskytování sociálních služeb jsou zřízena mnohá zařízení, která se jednotlivě zaměřují na danou sociální službu a na určitý okruh osob, kterým je tato služba poskytována (Matoušek a kol. 2007: 43 – 44).

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách definuje čtrnáct druhů služeb sociální péče, které se mohou navzájem prolínat. Moje práce se zaměřuje na seniory, a proto se budu věnovat pouze zařízením, která jsou pro tuto cílovou skupinu vhodná, konkrétně:

- Osobní asistence
- Pečovatelská služba
- Tísňová péče
- Průvodcovské a předčitatelské služby
- Odlehčovací služby
- Centra denních služeb
- Denní stacionáře
- Týdenní stacionáře
- Domovy pro seniory
- Domovy se zvláštním režimem
- Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče
- Sociálně aktivizační služby.

První službou ve výčtu sociálních služeb pro seniory je služba osobní asistence. Tato služba je určena pro lidi, kteří potřebují doprovod a asistenci při činnostech v běžném životě. Jedná se o činnosti vykonávané v domácnosti, ale také ve společnosti.

V domácnosti se může jednat o činnosti jako je péče o samotnou osobu, pomoc s hygienou, pomoc s vařením a podáním jídla nebo také péče o domácnost a nákupy. Ve společnosti jsou to potom činnosti, jako je doprovod k lékaři, doprovod na úřady, procházka či doprovod za kulturou (Holmerová, Jurašková, Müllerová, Vidovičová, Habrcetlová, Matoulek, Suchá, Šimůnková 2014: 182 - 183; Čevela, Kalvach, Čeledová 2012: 157 – 158).

Nejčastěji využívají senioři pečovatelskou službu. Ta může být poskytována jako 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. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb.). Mezi základní činnosti při poskytování pečovatelské služby patří:

a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu:

- pomoc a podpora při podávání jídla a pití
- pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek
- pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru

b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

- pomoc při úkonech osobní hygieny
- pomoc při základní péče o vlasy a nehty
- pomoc při použití WC

c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:

- zajištění stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování
- dovoz nebo donáška jídla
- pomoc při přípravě jídla a pití
- příprava a podávání jídla a pití

d) pomoc při zajištění chodu domácnosti:

- běžný úklid a údržba domácnosti
- údržba domácích spotřebičů
- pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti, například sezónního úklidu, úklidu po malování
- donáška vody
- topení v kamnech včetně donášky a přípravy topiva, údržba topných zařízení
- běžné nákupy a pochůzky
- velký nákup, například týdenní nákup, nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti
- praní a žehlení ložního prádla, popřípadě jeho drobné opravy
- praní a žehlení osobního prádla, popřípadě jeho drobné opravy

e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

- doprovázení k lékaři a zpět
- na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět apod. (Zákon č. 108/2006 Sb.; Špatenková 2013: 64 – 65).

Pečovatelská služba může do značné míry zajistit, aby senioři zůstali doma, tedy ve svém přirozeném prostředí.

Další službou pro seniory je tísňová péče. Tato služba je určena pro seniory, kteří žijí sami a jejich blízké osoby se nachází příliš daleko. Tísňová péče umožňuje jak rodině seniora tak jemu samotnému mít jistotu, že má možnost si zavolat pomoc v případě nějaké nečekané situace (pád, zhoršení zdravotního stavu). Stiskem jednoho tlačítka vyšle senior signál na dispečink, kde se nacházejí operátoři, kteří monitorují vysílající signály. Mají prostředky na to, aby se seniorem ihned spojili, zjistili jeho situaci a zajistili mu okamžitou pomoc. Tato služba je hrazena měsíčně a to ve výši

400,- Kč (Holmerová, Jurašková, Müllerová, Vidovičová, Habrcetlová, Matoulek, Suchá, Šimůnková 2014: 183 – 184).

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou poskytovány ambulantně nebo terénně. Tyto služby jsou určeny pro osoby, které mají sníženou soběstačnost a to v důsledku věku či chronického onemocnění. Schopnosti těchto osob jsou sníženy v oblasti orientace nebo komunikace (Čevela, Kalvach, Čeledová 2012: 157).

Dalšími službami, které mohou senioři využívat, jsou odlehčovací služby, které jsou poskytovány ambulantně nebo pobytově. Tyto služby senior využije v případě, že o něj pečuje osoba blízká v domácnosti, která potřebuje na určitou dobu nezbytný odpočinek. Seniorům je zde poskytována pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí a zajištění stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů a také různé terapeutické a aktivizační činnosti.²

Jinou službu představuje centrum denních služeb, které poskytuje ambulantní služby a to i seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc druhé osoby. Mezi činnostmi, které centra denních služeb poskytují, patří například pomoc při osobní hygieně, poskytování stravy, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím nebo také zprostředkování různých výchovných, vzdělávacích či aktivizačních činností (Zákon č. 108/2006 Sb.). Příkladem takového zařízení je Centrum denních služeb pro seniory v Olomouci.³

Mezi další zařízení, která jsou vhodná pro seniory, patří denní stacionáře. Do těchto zařízení dochází klienti jen na určitou část dne a jsou jim poskytovány ambulantní služby. Fungování těchto zařízení velmi pomáhá pečujícím osobám, např. pečujícím o seniory s demencí a to z toho důvodu, aby se pečující nemuseli vzdávat svého zaměstnání a také svého osobního života. Obdobným zařízením k denním stacionářům jsou týdenní stacionáře. Do těchto zařízení se klienti umísťují na pět dní, tedy na jeden pracovní týden a víkend tráví klient doma s rodinou. Být pečující osobou je opravdu velmi náročné a proto je důležité, aby i tyto osoby měli možnost odpočinku a načerpání nových sil a přesně toto jim tato zařízení umožňují (Zákon č. 108/2006 Sb.).

² MPSV (2015): Sociální služby [on-line] Dostupné 18. 3. 2015 z: <http://www.mpsv.cz/cs/18661>

³ Sociální služby pro seniory Olomouc, p. o. [on-line] Dostupné 18. 3. 2015 z: <http://www.sluzbyproseniory.cz/rubriky/poskytujeme/centrum-dennich-sluzeb/>

Pokud už senior nemůže zůstat doma bez celodenní péče, je vhodnou alternativou domov pro seniory. Tato zařízení se pro seniory vlastně stává jejich novým domovem a místem, kde tráví svůj čas a kde je jim poskytována potřebná péče. Jedná se o pobytová zařízení, které poskytují klientům ubytování, stravu, pomoc v péči o vlastní osobu, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti a také zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Pokud má senior specifické problémy, může být umístěn v domově pro seniory se zvláštním režimem. Ten poskytuje pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo osobám, které jsou závislé na návykových látkách, osobám se stařeckou, Alzheimerovou a ostatními typy demencí mající sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Základní činnosti domova pro seniory a domova se zvláštním režimem jsou totožné. Jejich skladba je následující:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Často využívanými službami jsou sociální služby, které jsou poskytovány ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. Tyto služby jsou pobytovými sociálními službami a využívají je osoby, které již nepotřebují zdravotní péči, ale jejich stav není natolik dobrý, aby mohli odejít do domácí péče a být bez pomoci druhých osob. V průběhu poskytování sociálních služeb zdravotnickým zařízením ústavní péče se seniorům vyřizuje poskytování jiné sociální služby, která zajistí další péči o něj (Čevela, Kalvach, Čeledová 2012: 158).

Další službou vhodnou pro seniory jsou sociálně aktivizační služby. Pracovníci této služby pomáhají seniorům v každodenních životních situacích a snaží se tím předejít sociálnímu vyloučení (Malíková 2011: 47).

Pokud se senior rozhodne využívat některou z uvedených služeb, tak s poskytovatelem dané služby uzavírá tzv. smlouvu o poskytnutí sociální služby. V této smlouvě je definován rozsah služby, také úhrada poskytované služby a také frekvence, ve které je tato služba poskytována. K úhradě finančních prostředků za poskytování služby slouží seniorům tzv. příspěvek na péči (Špatenková 2013: 65). Příspěvek na péči umožňuje seniorům „nákup“ této služby a umožňuje jim tak zvýšit, respektive udržet si kvalitu života ve stáří i v případě zdravotních omezení.

2.2.2. Příspěvek na péči

Mluvíme-li o příspěvku na péči, máme na mysli částku, která je stanovena zákonem a seniorům je poskytována z důvodu nepříznivého zdravotního stavu, jehož důsledkem je závislost na pomoci jiné fyzické osoby. Je důležité také zmínit, že částka tohoto příspěvku náleží jen a pouze seniorovi, nikoliv pečující osobě, jak si spousta lidí myslí. V praxi se potom rodinní příslušníci a známí domáhají toho, aby jim byla částka vyplacena, a nemohou pochopit, že jim nenáleží. Výše vyplacené částky se liší. Příspěvek na péči má dvě základní kategorie, první z nich je vymezena pro děti od jednoho roku do osmnáctého roku a druhá kategorie je pro osoby starší osmnácti let. V rámci těchto dvou kategorií se rozlišují čtyři stupně závislosti. Prvním stupněm závislosti je lehká závislost, druhým středně těžká závislost, potom následuje těžká závislost a posledním stupněm je úplná závislost. Dle těchto stupňů závislosti se odvíjí výše příspěvku (Malíková 2011: 43).

Příspěvek na péči je žadatelům vyplácen měsíčně a výše v rámci dvou výše uvedených kategorií je následující:

Pro osoby do 18 let věku:

- 3000 Kč, jde-li o stupeň I
- 6000 Kč, jde-li o stupeň II
- 9000 Kč, jde-li o stupeň III
- 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV

Pro osoby nad 18 let věku:

- 800 Kč, jde-li o stupeň I
- 4000 Kč, jde-li o stupeň II
- 8000 Kč, jde-li o stupeň III
- 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Příslušný orgán rozhoduje o přiznání určitého stupně příspěvku na péči a to na základě několika oblastí, které u seniora hodnotí. Mezi tyto oblasti patří mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání dále také tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Člověk, který podává žádost o příspěvek na péči, je povinen všechny tyto informace zjistit a doplnit je do žádosti, poté se zahájí řízení, ve kterém se rozhodne, do kterého stupně závislosti senior spadá (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Pokud je příspěvek seniorovi přiznán tak si z něj hradí poskytované sociální služby a to přímo poskytovateli, tedy samotnému zařízení anebo jej využívá na úhradu jiných služeb. V případě, že senior hradí poskytovanou sociální službu přímo poskytovateli tak ten se podrobuje kontrole, zda je příspěvek na péči využíván opravdu v souladu s účely, na které byl vyplacen. Příspěvek na péči může výrazně vylepšit situaci seniora a také poskytuje více možností pečujícím osobám. Je důležité, že senioři jsou k získání tohoto příspěvku pozitivně motivováni a zda to byl krok správným směrem, ukáže čas a praxe (Matoušek a kol. 2007: 41 – 42).

2.2.3. Zdravotní péče

V případě, že je zdravotní stav seniora nepříznivý, může mu být i v domácím prostředí poskytována zdravotní péče. Tuto tzv. základní zdravotní péči poskytuje seniorům jejich praktický lékař. V případě potřeby indikuje praktický lékař domácí ošetrovatelskou péči, která je hrazena z prostředků zdravotního pojištění. Tuto péči mohou zajišťovat státní, městské, charitativní či soukromé agentury. Podmínkou je, aby byl stav seniora stabilizovaný a aby s agenturou poskytující tuto péči spolupracovala například rodina nebo jiná osoba, která seniorovi poskytuje laickou pomoc. Do kompetencí ošetrovatelských agentur spadá ošetřování chronických ran, aplikace inzulínu, poskytování fyzioterapie a poradenství o kompenzačních pomůckách, včetně jejich zapůjčení. (Zavázalová, Zikmundová, Zaremba in Kalvach, Zadák, Jirák,

Zavázalová, Sucharda a kol. 2004: 467 - 471). Agentury zdravotní péče podporují seniory i se zdravotními problémy, aby mohli setrvat ve svém přirozeném prostředí, tedy doma. Někdy jsou ale zdravotní problémy seniorů natolik velké, že poskytování péče v domácím prostředí je nedostatečné a je nezbytná jejich hospitalizace.

Podle typu a charakteru zdravotních problémů seniora to mohou být lůžka akutní, následné péče nebo dlouhodobé péče (zákon 372/2011 Sb.) Kalvach, Bureš, Koval, Krajčík, Přehnal (in Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda a kol. 2004: 473 - 476) tvrdí, že asi 1/3 seniorů nevyžaduje při hospitalizaci více než standardní zdravotní péči. Druhá třetina je do nemocnic přijímána pro ztrátu soběstačnosti a pro nezabezpečení v domácím prostředí. Cílem těchto pacientů by mělo být zajištění péče ošetrovatelsko-sociální, která může být účelněji poskytována v zařízeních sociální péče, za určitých podmínek dokonce i v domácím prostředí. Poslední třetina hospitalizovaných seniorů, tzv. praví geriatričtí pacienti, jsou natolik křehcí, multimorbidní či klinicky atypičtí, že profitují ze specifického geriatrického režimu a z geriatrických znalostí ošetrujícího personálu. Péči odpovídající těmto specifickým požadavkům poskytují např.

- Geriatrická nemocniční oddělení
- Léčebny dlouhodobě nemocných
- Jednotky ošetrovatelské péče
- Odborné léčebné ústavy
- Gerontopsychiatrická oddělení
- a další (Špatenková 2013: 63; Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda a kol. 2004: 473 – 476).

3. Hospitalizace seniorů

Nemoci ve stáří mají specifický průběh, který si nezřídka vyžaduje hospitalizaci. Kalvach, Bureš, Koval, Krajčík, Přehnal (in Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda a kol. 2004: 476 - 477) píší, že zhruba 2/3 hospitalizovaných seniorů jsou přijímáni do nemocnice pro ztrátu soběstačnosti a pro nezabezpečení potřeb v domácím prostředí. Jejich hospitalizace už obvykle nemůže přinést zlepšení jejich stavu ani prognózy a slouží spíše k zajištění ošetrovatelsko – sociální péče. Jejich hospitalizace může být ukončena překladem do zařízení následné péče nebo dlouhodobé péče respektive do zařízení sociální péče poskytující ošetrovatelské služby. Zmiňovaní autoři upozorňují, že tzv. křehcí geriatrickí pacienti ovšem mohou ze specifického geriatrického ošetrovatelství velmi profitovat. Zdravotní obtíže jsou totiž u křehkých geriatrických pacientů zpravidla závažné a tato závažnost s přibývajícím věkem narůstá. Tyto nemoci se stávají větším stresorem pro seniora, přibývá komplikací, které doprovází průběh nemoci, zhoršuje se prognóza, prodlužuje se ošetrovací doba a také je větší pravděpodobnost trvalé ztráty soběstačnosti seniora. Tyto nemoci mají také většinou atypický průběh. To znamená, že určité projevy nemoci jsou oslabeny či úplně chybí (Topinková 2010: 8 -9). Nemoci u starého člověka se nezřídka kombinují a navzájem se ovlivňují, což samozřejmě velmi komplikuje jejich diagnostiku a léčbu. Nemocný starý člověk také obvykle vyžaduje určitý specifický ošetrovatelský režim, který dbá na prevenci imobility, sarkopenie a dekonvice, malnutrice, dehydratace a rezignace (Čevela, Kalvach, Čeledová 2012: 119 – 120).

Nemocí, které mohou být důvodem pro hospitalizaci seniorů, je celá řada. Je na místě zmínit, jak jsou vlastně nemoci stáří definovány. Čevela a kol. píší: „*Za nemoci stáří lze označit choroby, jejichž výskyt je funkcí věku, které se v mladším věku vyskytují oproti stáří vzácně, nebo které jsou ve stáří velmi časté a závažné.*“ (Čevela, Kalvach, Čeledová 2012: 120; Topinková 2010: 9). Mezi velmi časté a zároveň také vážné onemocnění seniorů řadíme záněty dýchacích cest, záněty močových cest, virózy, chřipku, zlomeniny horní části kosti stehenní, nádorová onemocnění, žaludeční vřed, bolesti zad při degenerativních změnách páteře, chronickou obstrukční plicní nemoc, zvýšený krevní tlak, obezitu, deprese a tromboembolickou nemoc. Dále to mohou být také ateroskleróza, cévní mozkové příhody, diabetes mellitus 2. typu, osteoartróza, osteoporóza, degenerace sítnice, šedý zákal nebo Alzheimerova nemoc. Mezi velmi časté se řadí také zdravotní problémy, které jsou způsobeny vedlejšími účinky léků,

které senioři užívají (Jurašková in Holmerová, Jurašková, Müllerová, Vidovičová, Habrcetlová, Matoulek, Suchá, Šimůnková 2014: 50 -51). Křehcí senioři se díky jejich nestabilnímu zdravotnímu stavu považují za ohroženou a rizikovou skupinu. Je totiž velmi snadné udělat chybu v diagnostice jejich stavu či špatně zvolit léčbu. Seniors je třeba hodnotit komplexně a také věnovat pozornost jejich prioritám. Za značné pochybení se považuje situace, kdy lékař nerozpozná léčitelné příčiny v důsledku tzv. velkých geriatrických syndromů. Dá se tedy říci, že jedno onemocnění „maskuje“ příznaky dalšího. Mezi geriatrické syndromy patří imobilita, instabilita, inkontinence, intelektové poruchy jako je delirium či demence. Tyto syndromy nejsou pro seniora bezprostředně smrtelně nebezpečné, ale významně ovlivňují kvalitu jeho života a také samostatnost (tamtéž 46 – 49). Přítomnost těchto syndromů způsobuje, že je senior čím dál tím více závislý na péči druhých osob, ať už se jedná o rodinu, přátele, sousedy či odborníky. Právě v důsledku geriatrických syndromů není obvykle domácí péče možná a tak je senior většinou přijatý k hospitalizaci (Kalvach, Zadák, Jiráček, Zavázalová, Holmerová, Weber a kol. 2008).

Polymorbidita seniorů, geriatrické syndromy a snížená funkčnost seniorů jsou důvodem, proč se senioři obvykle nemohou anebo mohou jen obtížně po ukončení hospitalizace navrátit k životu ve svém přirozeném prostředí bez zajištění další pomoci a péče (Topinková 2010: 8).

4. Metodologie

Tato část mé bakalářské práce se bude zaměřovat na metodologii výzkumu, která popíše definice a použité výzkumné metody, specifikuje výzkumné cíle a také popíše prostředky k jejich dosažení.

4.1. Definice kvalitativního výzkumu

Ve své bakalářské práci jsem se rozhodla použít kvalitativní šetření, které jak píše Handl (2008) používá hloubkové studium individuálních případů, rozdílné formy rozhovorů a také kvalitativní pozorování. Výzkumník vyhledává a následně se snaží analyzovat veškeré informace, které mohou pomoci k objasnění výzkumných otázek. S kvalitativním výzkumem je spojeno několik přístupů, jako je případová studie, etnografický výzkum, zakotvené teorie a fenomenologický výzkum. Pro mé šetření v této bakalářské práci jsem se rozhodla pro tzv. expertní interview.

4.2. Cíl výzkumu, výzkumná metoda, harmonogram šetření

Hlavním cílem této práce je prostřednictvím výzkumného kvalitativního šetření zjistit názory a pohledy odborné veřejnosti v oblasti seniorů a jejich další péče po ukončení hospitalizace ve zdravotnickém zařízení a dále zmapovat, jak nahlíží na vývoj této péče do budoucna. K naplnění cíle výzkumu využiji metod studia dokumentů a expertního interview. Mezi studium dokumentů patří výroční zprávy zdravotnického zařízení a také knihy odchodů pacientů z tohoto zařízení.

Příklad dobré praxe je demonstrován na konkrétním zdravotnickém zařízení, kterým je Odborný léčebný ústav Paseka, p. o. V tomto zařízení jsem provedla studium daných dokumentů, kterými byly interní materiály. Musilová a Musil (2001) píší, že studium dokumentů má velký poznávací význam při zkoumání sociální reality. Tím, že studujeme dané materiály, tak si zajišťujeme jeden z hlavních objektivních zdrojů informací. Expertní interview je jednou ze speciálních forem interview a představuje nedílnou součást praktické části mé bakalářské práce. V rámci expertního interview jsem zvolila techniku polostandardizovaného rozhovoru. K tomuto rozhovoru bývá podle Musilové (2002: 17) připraven daný seznam otázek, který by se neměl měnit. Tazatel redukuje pořadí otázek, formulaci otázek a požadovaný rozsah odpovědí až v průběhu rozhovoru.

Během října 2014 byli identifikováni experti pro expertní interview. V listopadu 2014 jsem vytipované experty kontaktovala a požádala je o spoluúčast v mém šetření.

V průběhu měsíce listopadu a prosince jsem se s experty kontaktovala a rozhovory realizovala.

4.3. Expertní interview

Co se děje se seniory po ukončení jejich hospitalizace, kdo jim poskytuje péči anebo jaké jsou možnosti péče o ně a jak by se tato péče měla dále vyvíjet? To jsou témata, která jsem chtěla diskutovat s předními odborníky v oblasti péče o seniory. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla empirickou část své diplomové práce zpracovat formou expertního interview (Špatenková, Olecká, Ivanová, 2010).

Oslovila jsem pět vybraných expertů na danou problematiku z České republiky. Jsou to opravdové kapacity ve svém oboru, které se zabývají gerontologií, péčí o seniory a jsou také autory řady publikací související s tímto tématem. Rozhovory byly realizovány v Praze, ve Šternberku a v Olomouci. Byly nahrávány na diktafon, následně byly přepsány, kategorizovány (kategorie představovaly původně stanovené otázky) a analyzovány kvalitativně na základě zakotvené teorie. Rozhovory s oslovenými experty probíhaly koncem roku 2014 a to prostřednictvím elektronické komunikace, telefonické komunikace a osobních rozhovorů. Bližší specifikace expertů je uvedena v tabulce č. 1. Participujícími experty byli:

- Prim. MUDr. Zdenka Polzerová MBA (expert č. 1)
- PhDr. et. Mgr. Naděžda Špatenková, Ph. D. (expert č. 2)
- Prim. MUDr. Ivana Doleželová (expert č. 3)
- Prim. MUDr. Helena Pomahačová (expert č. 4)
- Doc. Prim. MUDr. Iva Holmerová, Ph. D. (expert č. 5)

JMÉNO EXPERTA	DŮVOD PRO ZAŘAZENÍ DO STUDIE	ZPŮSOB KONTAKTU	ČAS A MÍSTO ROZHOVORU
Zdenka Polzerová	Lékařka se zaměřením na geriatrii, tuberkulózu a respirační nemoci. Ředitelka Odborného léčebného ústavu Paseka, p. o. a Odborného léčebného ústavu neurologicko-geriatrického Moravský Beroun, p. o.	Osobní kontakt	Šternberk 15. 12. 2014
Naděžda Špatenková	Ředitelka Univerzity třetího věku při Univerzitě Palackého v Olomouci. Vědecko-výzkumný pracovník v oblasti sociální gerontologie. Gerontopsycholožka. Spoluautorka několika publikací o seniorech a péči o ně.	Osobní kontakt	Šternberk 15. 12. 2014
Ivana Doleželová	Primářka geriatrického oddělení a léčebny pro dlouhodobě nemocné Thomayerovy nemocnice v Praze.	Osobní kontakt	Praha 20. 11. 2014
Helena Pomahačová	Ředitelka geriatrického a rehabilitačního centra Kladno, s. r. o. Členka České geriatrické a gerontologické společnosti a komise výběrového řízení pro následnou a dlouhodobou péči na Ministerstvu zdravotnictví a také členka revizní komise českých a moravských nemocnic.	E- mail	Šternberk 12. 11. 2014
Iva Holmerová	Spoluzakladatelka a ředitelka Gerontologického centra v Praze, spoluzakladatelka České alzheimerovské společnosti, předsedkyně Gerontologické a geriatrické společnosti. Autorka několika významných projektů v oblasti gerontologie a několika odborných publikací v zahraniční i v ČR.	E-mail	Šternberk 12. 11. 2014

Tab. č. 1: Vybraní experti pro expertní interview (zdroj: vlastní)

1.	Jaký je podle Vás hlavní bod současné diskuse reflektující péči o seniory po ukončení jejich hospitalizace?
2.	Co postrádáte v péči o seniory v současné době?
3.	Co Vy osobně spatřujete v tématu péče o seniory po ukončení jejich hospitalizace ve zdravotnickém zařízení za rozporuplné, problematické či nedořešené? V čem spatřujete největší problém?
4.	Jak by se podle Vás měl tento problém řešit?
5.	Jak byste si Vy osobně představoval/a optimální model péče o seniory propuštěné ze zdravotního zařízení?
6.	Jak by se podle Vás měly vyvíjet možnosti v péči o seniory do budoucna?

Tab. č. 2: Seznam okruhů pro expertní interview (zdroj: modifikace dle Špatenková, Olecká, Ivanová, 2010)

4.4. Výsledky expertní analýzy

V první otázce expertní analýzy, která zní: *„Jaký je podle vás hlavní bod současné diskuse o péči o seniory po ukončení jejich hospitalizace?“* jsem se snažila zmapovat, co je v tomto tématu dle odborníků považováno za zásadní. Dva experti (expert č. 2 a expert č. 5) se shodují na tom, že diskuse na toto téma není prakticky vedena. Expert č. 2 uvádí: *„Já si především myslím, že žádná diskuse o péči o seniory po ukončení jejich hospitalizace neprobíhá.“* Další expert (expert č. 5) říká: *„Obávám se, že diskuse není prakticky vedena. Tedy řádně vedena, tak jak je to obvyklé v zemích západní Evropy.“* Další dva experti se v této otázce shodují na tom, že klíčovým bodem v této tématice je propuštění klienta z hospitalizace. Myslím, že tvrzení experta č. 1 je nanejvýš ilustrativní: *„Jako hlavní bod v péči o seniory je bod samotného propuštění. Hlavně kam s pacientem. Myslím si, že nic jiného nikoho nezajímá.“* Dle tohoto tvrzení vyplývá, že je to jeden z nejpodstatnějších bodů, který experti na danou problematiku vnímají. Expert č. 2 odpovídá následovně: *„Hlavní otázka té diskuse v péči o seniory po ukončení hospitalizace zní: Kam s ním?“* Někteří senioři nemohou být propuštěni do domácí péče, protože jejich zdravotní stav neumožňuje to, aby se o sebe doma starali. Terénní sociální služby jsou mnohdy nedostačující, senioři potřebují častější a intenzivnější péči než jen párkrát za den. A to terénní sociální služby nejsou schopny pokrýt. Dalším z velkých problémů jsou velmi dlouhé čekací doby na domovy pro seniory. Míst je málo, jsou dlouhé pořadníky, do kterých jsou senioři zařazeni a jejich pořadí v nich závisí na počtu bodů, které jim zařízení udělí po zhodnocení jejich životní situace, finanční situace a také dle stupně přiznaného příspěvku na péči. Domovy pro

seniory přednostně přijímají osoby s nejvyšším přiznaným stupněm příspěvku na péči a to z důvodu, že tito lidé nejvíce potřebují odbornou pomoc a jsou zcela závislí na pomoci druhé osoby. Toto ovšem celkově ztěžuje situaci mnoha lidem, kterým byl udělen nízký stupeň příspěvku na péči anebo je jejich žádost teprve v řízení.

Jako další z důležitých bodů k první otázce, ve kterém se experti shodli, je návaznost zdravotní a sociální péče. Expert č. 2 říká: *„Nikdo neuvažuje o tom, že by zde měla být návaznost zdravotně-sociální péče. Pro zdravotníky končí péče o seniory propuštěním z jejich hospitalizace, nezajímá je, co je, jak je, ani kdo se o toho seniora dál stará a to si myslím, že není úplně dobře.“* Expert č. 1 k tomuto dodává: *„Je to zařízení od zařízení. Jsou zařízení v České republice, které dotahují i tuto otázku. Zajímají se o to, jak bude postaráno o seniory po propuštění z nemocnice už během jejich hospitalizace, jednájí s rodinami a se sociálními službami, které také zajišťují. Bohužel tato praxe se neodráží v celé republice, ale podle těchto zařízení by se měli řídit všechna zařízení následné péče nebo všechna ta, která propouštějí seniory.“* Jak je vidno, tak pro odborníky v této oblasti je velmi důležitá kooperace mezi zdravotnickou a sociální oblastí. Jsou to oblasti, které se navzájem velmi překrývají a úzce souvisejí. Proto je tolik důležité, aby se tyto systémy doplňovaly, komunikovaly mezi sebou a pomáhaly si. Nefunkčnost a vzájemná nespolupráce těchto dvou oblastí má velmi neblahé dopady na seniory a také na jejich rodiny. V zájmu jak zdravotnické tak sociální oblasti by měla být naprostá psychická i fyzická pohoda klienta a té bude dosaženo jen při naprosté sladěnosti těchto dvou složek.

Druhá otázka expertní analýzy se snaží o to, aby se experti vyjádřili a zamysleli se nad tím, co jim v péči o seniory chybí. Tato otázka zní: *„Co v současné době v péči o seniory postrádáte?“* V odpovědích na tuto otázku se opět vykristalizovaly dva shodné názory. Tyto názory se týkají edukace a informovanosti veřejnosti o stáří, potřebách ve stáří a řešení problémů ve stáří. Velmi mne zaujal názor, který vyslovil expert č. 2: *„V péči o seniory postrádám něco, co bych označila jako „preseniorskou“, „proseniorskou“ a vlastní seniorskou edukaci o péči a gerontologické problematice nebo o problémech seniorů jako takových. Protože nikdo z laické veřejnosti není informován o tom, co to znamená být starý, křehký a zranitelný.“* Myslím, že toto by mohlo být řešení daného problému. Jestliže laická veřejnost není informovaná a vzdělaná v této problematice, tak jí musíme umožnit se v této oblasti dovzdělat a informovat se. Realizací tohoto nápadu by mohly být určité osvětové akce, kurzy,

odborné publikace, sezení, debaty, semináře či přednášky. Také by mohlo být efektivní zařadit tuto edukaci například do tradičního školského vzdělání. Je nutné vychovat si generaci, která bude připravená jak na vlastní stáří, tak i na stáří svých blízkých a bude připravena reagovat a řešit dané problémy. Další z expertů (expert č. 1) se k této otázce vyjadřuje následovně: *„Já postrádám v současné době v péči o seniory hlavně informovanost věkové generace dětí seniorů. Této generaci je v dnešní době kolem 50 let a neví, co se seniorem dělat, neví, kam se obrátit, neví, kde žádat o pomoc, neví, co pro to udělat, neví, co vyřídit, prostě - neví nic.“* Řekla bych, že tento problém úzce souvisí s předchozím názorem experta č. 2. Pokud bychom umožnili mladším generacím se v tomto ohledu vzdělávat, tak by se tato generace nedostala do situace, že jejich příbuzný zestárne, začnou se objevovat první vážné problémy a oni nebudou vědět co dělat a kam jít. Tato příprava by byla zajištěna včas a dostatečně dopředu. Většina lidí řeší svou neinformovanost, až když problém nastane a to je pozdě. Když problém nastane, tak se má řešit a ne se teprve začít zajímat, jaké jsou možnosti řešení. Další z oslovených expertů (expert č. 3) se vyjádřil, že nejvíce postrádá spoluúčast seniora a jeho rodiny na péči. Odpověď na druhou otázku expertní analýzy byla následující: *„No - spoluúčast pacienta a jeho rodiny na péči. To teda úplně nejvíc. Protože všichni v systému jsou nějakým způsobem angažováni, kontrolováni a sankcionováni, akorát klient ne. Ten jediný všechno bere a nic nedává. Na nic se nepřipravuje, rodina nemá žádné povinnosti a všechno musí vyřídit a zařídit zdravotnictví nebo sociální systém.“* Z tohoto by se dal udělat závěr, že klienti by si měli uvědomit, že mají také určitou odpovědnost a povinnost a že ne vše je automatické a že by se také oni měli podílet na systému péče. Měla by fungovat propojenost mezi klientem, pojišťovnou a poskytovatelem péče. Tato linka ve skutečnosti funguje jen mezi pojišťovnou a poskytovatelem péče. Expert č. 3 dokonce zmiňuje příklad z praxe: *„My tady už měsíc bojujeme s jednou pacientkou, která má generalizovaný tumor a která prostě odmítá překlady do hospice a to z toho důvodu, že se toto zařízení platí. Ze stejného důvodu nechce ani do jiného zařízení. Ona s tímto překladem musí ze zákona souhlasit, a jak já tento souhlas získám? Paní je myslící, nají se, napije se, posadí se, na bolesti má morfin a ten se jí může podat kdekoliv jinde a nic jiného s ní neděláme, neléčíme ji, nic. Ale všude je to za peníze, takže ona bude tady, protože tady je to zadarmo.“* Lidé si jen málo uvědomují svoji odpovědnost za vlastní život a za vlastní stáří a věci s ním spojené a také si neuvědomují to, že péče o ně něco stojí a že by se na této péči měli finančně podílet. Přesně na tuto skutečnost chtěl expert č. 3 poukázat.

Obdobně uvažuje i experta č. 2: „*Já osobně postrádám apel na sebestarání seniorů nebo jakoby téma: jak zvýšit kompetenci seniorů postarat se sám o sebe a zůstat déle v domácím prostředí nebo se vrátit do domácího prostředí*“. Dnešní senioři nebyli vedeni k tomu, aby se starali sami o sebe. Vždycky to byl stát, který se staral. Byli na to zvyklí a je velmi těžké změnit jejich způsob uvažování a chování. Pro nás je teď podstatné vést k tomuto další generace, aby už byli zvyklí a připraveni na to, že mají primární odpovědnost sami za sebe, že se musejí činit oni sami, myslet do budoucna a připravit se na své vlastní stáří. Tyto další generace by měly být vedeny k tomu, že se musejí postarat nejprve sami o sebe, potom přichází na řadu jejich rodina, která by se o ně měla postarat a teprve potom přichází na řadu stát. Expert č. 4 k této otázce uvádí, že nejvíce postrádá dostatečné sociální služby a především jejich sjednání na větší část dne a víkendy, dále také postrádá ochotu praktických lékařů k návštěvní službě a v neposlední řadě více peněz na domácí péči. Myslím, že je všeobecně známo, že do této oblasti teče celkově malé množství finančních prostředků.

Cílem třetí otázky expertní analýzy bylo zjistit, co experti hodnotí negativně. Otázka zní: „*Co vy osobně spatřujete v tématu péče o seniory po propuštění ze zdravotní péče za rozporuplné, problematické či nedořešené? V čem spatřujete největší problém?*“ Odpověď experta č. 3 se shoduje s reakcí jiného experta na otázku č. 1. Expert č. 3 znovu poukazuje na špatnou návaznost systému. Kritizuje nenávaznost jednotlivých typů služeb a nekomunikující systém. Jak se lidově říká „každý si hraje na své písečku“. Všichni pečují o jednoho člověka, ale vůbec spolu o tom nemluví, nepředávají si potřebné informace, názory či rady. Expert č. 3 také poukazuje na zdvojené funkce sociálních pracovníků. Jedná se o pracovníky v zařízeních a o pracovníky v terénu. I u těchto pracovníků je potřeba, aby mezi sebou komunikovali. Kompetence sociálních pracovníků v zařízení končí s propuštěním klienta a tam začínají kompetence terénních sociálních pracovníků. Bylo by ovšem potřeba větší komunikace mezi těmito dvěma skupinami. „*Já osobně spatřuji největší problém v tom, že jsou příliš akcentovány kompetence člověka rozhodovat sám o sobě, i když jsou jeho schopnosti sníženy v důsledku kognitivní poruchy, nicméně tento člověk není zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům a rozhodnutím.*“ říká expert č. 2. Myslím, že všichni dobře známe intenzivní a zdlouhavé naléhání seniora na lékaře, aby jej co nejrychleji propustil domů, že toho musí tolik zařídit a obstarat. Pokud senior není schopen objektivně zhodnotit svůj stav a uvědomit si a přiznat si co zvládne a co už

pravděpodobně ne, tak by bylo asi na místě, aby toto rozhodnutí za něj vykonal někdo, kdo je schopen tuto věc objektivně učinit. V případě, že si senior vydobyde propuštění domů, tak zdravotnické zařízení ho musí propustit, nemůže ho tam držet násilím, ale už se nikdo nezajímá o to, jestli je schopen se o sebe postarat a jestli má vůbec kam odejít. Dalším kritizovaným bodem byla nedostatečná síť pečovatelských služeb a také jejich nedostupnost. Tento expert (expert č. 1) také zdůrazňuje, že služby jsou velmi špatně honorované a že by bylo potřeba přepracovat sazebník výkonů, aby byla tato péče zaplacená a aby do této péče plynulo více peněz. A také se zde znovu objevuje názor, že je potřeba zlepšit spolupráci s praktickými lékaři, kteří mnohdy odmítají lékařské návštěvy u seniorů doma. Expert č. 2 také zdůrazňuje nedostupnost a zajištění péče v určitých regionech republiky: *„Tady bych zdůraznila regiony, kam dojíždí lékař jednou za týden na dvě hodiny. Takové regiony jsou – Javornicko nebo třeba Jesenicko. Toto je situace, kterou si lidé ve velkém městě nedovedou vůbec představit.“* Expert č. 4 zmiňuje jako velký problém nefunkčnost rodin, protože rodiny vždy vystupovali v péči o seniory jako hlavní pečovatelé. To, jaké jsou vztahy v rodině, ovlivňuje, zda jsou ostatní členové rodiny ochotni se o svého seniora postarat. Myslím, že investování do dobrých rodinných vztahů je základem pro kvalitní život ve stáří. Dále experti č. 1, 2, 3 a také 5 hovoří o věci, která tu již byla zmíněna a to o nenavazujících sociálních službách. Jako další velký problém, vidí expert č. 4 rovněž nepřipravenost většiny lidí na život ve stáří. Toto je opravdu věc, na které se odborníci shodují, a myslím, že by měla být hlavní předmětem zájmu nás všech. Expert č. 5 dále také zmiňuje jako problematiku oblasti nespolečnosti rezortů a to jak Ministerstva zdravotnictví tak také Ministerstva práce a sociálních věcí a také dalších. A v neposlední řadě zmiňuje také přílišnou administrativní zátěž pracovníků jak ve zdravotnické péči, tak i v péči sociální. Počet kontaktů s listy papíru již pomalu převyšuje počet kontaktů s klienty, ale to je špatně. Všechno se točí kolem klienta a jeho potřeb, takže jediné komunikací s ním se nám podaří pro něho zajistit vhodné podmínky a co nejvíce mu ulehčit jeho životní situaci.

Otázkou č. 4 jsem se snažila, aby experti reagovali na své názory v předešlé otázce a sdělili mi, jaké by bylo řešení těchto problémových okruhů. Otázka zní: *„Jak by se podle Vás měl tento problém řešit?“* Většina expertů se shodla na tom, že toto je celý komplex problémů, který by se měl řešit koncepčně a také na úrovni státu a ministerstev. Expert č. 3 říká: *„Tam je prostě moc těch bodů, které řešíme v tom*

systemu. *A není tu ochota to přijmout a vůbec o tom diskutovat. To je prostě celý komplex problémů, který se dá řešit tak, jak se to řeší v zahraničí, ale u nás k tomu není žádná vůle.*“ Expert č. 5 na tuto otázku odpovídá: *„Mělo by se to řešit koncepčně. Já nemám jednoznačný návod, jak to udělat. Mohou být uspokojivá různá řešení, ale měla by každopádně vycházet z vědeckých podkladů a veřejné i politické diskuse.*“ Zde je zřejmé, že problém není jeden, dva nebo tři, ale že problémů je několik napříč celým systémem, který tu funguje a všechno na sebe navazuje. Proto je potřeba, jak říkají odborníci, řešit tyto věci systémově. Další z oslovených expertů na tyto úvahy navazuje a říká: *„Já si myslím, že by se to mělo řešit systémově a to na úrovni spolupráce Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí.*“ Tento názor jenom podporuje a doplňuje názory ostatních, protože pokud by se mělo něco měnit, tak to nebudou malé změny na místní úrovni, ale budou to změny, které ovlivňuje a může je zrealizovat stát a vláda. Expert č. 2 navrhuje přehodnocení systému sociálních služeb pro seniory a také přehodnocení úrovně příspěvku na péči a také rozdělení tohoto příspěvku na mzdu pro pečovatele a ten zbytek: *„Pořád se řeší, že senioři si za přiznaný příspěvek na péči nenakupují služby, pro které je tento příspěvek vyhrazen a peníze mizí v jiných investicích.*“ Toto by možná bylo řešením. Expert č. 2 k tomu říká: *„Taková pečující rodina, která se stará o svého seniora nemá jistotu návratu do zaměstnání a nemá existenční jistotu. Takže po dobu, co se starají o seniora, by byli jakoby zaměstnanci státu na tzv. „seniorské dovolené“ a měli by pokryté ekonomické nejistoty.*“ Část příspěvku na péči, která by byla vyhrazena na mzdu pro pečovatele, by náležela osobě, která o seniora pečuje a za zbytek by se nakupovaly jiné služby a materiální věci pro seniora. Expert č. 4 zmiňuje jako jedno z možných řešení osvětu. Tento bod byl již zmíněn u jiné otázky, takže jak je vidno, tak se oslovení experti v mnoha názorech shodují. *„Je potřeba donutit další generace, aby si uvědomili svoji odpovědnost za své vlastní životy a ve vyšším středním věku investovali také do sebe a nejen do dětí a vnoučat,*“ říká expert č. 4. Ještě bych zde zmínila věc, o které hovoří expert č. 1 a to špatné financování následné a dlouhodobé péče. K této věci říká: *„Celý systém je o financích a vzhledem k tomu, že do následné a dlouhodobé péče teče minimum peněz, které jsou konzumovány ve zdravotnictví tak je opravdu věcí vlády, aby v tomto koláči zvýšila těch necelých 9% ve prospěch této oblasti.*“

Otázka č. 5 expertního interview se pokoušela zmapovat představy expertů ohledně optimálního modelu péče o seniory po propuštění ze zdravotnického zařízení.

Je jasné, že nastavit optimální model péče je nesmírně těžký úkol a je k němu potřeba kooperace hodně složek v celém systému. Expert č. 3 vidí základ optimálního modelu ve spoluúčasti klienta a diagnostikování indikované péče: *„Základem je to, co jsem říkala již na začátku, musí zde být spoluúčast klienta a musí být nějakým způsobem diagnostikovaná potřeba péče. A pokud nemáme diagnostikovanou potřebu a všechno musí dostat všichni bez ohledu na indikace a bez ohledu na to, jestli jim to prospěje, tak to je vyhazování peněz oknem.“* Expert č. 3 poukazuje na to, že *„hodně lidí argumentuje tím, že má podle zákona nárok na maximální péči, ale jakou péči? Na jakoukoliv péči? Nikoliv. Jen na tu indikovanou péči, tu, která ho může někam posunout nebo udržet v určitém funkčním stavu.“* Expert č. 2 mluví o tom, že v některých případech je institucionalizovaná péče lepší než domácí péče. Protože domácí péče v podání některých rodinných příslušníků je *„opravdu na hraně“*. Pokud nastane taková situace, tak je potom pro seniora lepší žít v nějakém menším domově pro seniory. *„Teďka je obecně trend, že nejideálnější, nejúžasnější a nejlepší forma péče o seniory je v domácím prostředí a rodinný model péče. Já osobně se přiznávám, že nejsem úplně jednoznačným zastáncem tohoto modelu a myslím si, že institucionální péče o seniory může být někdy mnohem lepší, pokud je samozřejmě nastavena tak, aby respektovala potřeby seniora.“* (expert č. 2) Je pravdou, že péče v některých zařízeních může být mnohdy mnohem lepší než domácí péče, kterou rodinní příslušníci nezvládají a zanedbávají. V domovech pro seniory, kde je respektováno soukromí klientů a kde je zajištěná celodenní přítomnost odborného personálu, je forma péče na kvalitní úrovni. Seniori zde mají možnost trávit čas se svými vrstevníky, jsou mezi lidmi a ne sami zavření v bytě a také mohou využívat aktivizační programy, které domovy nabízejí. Důležitou podmínkou využívání domovů pro seniory a jejich služeb je finanční participace klienta. Jsou to odborné služby, zboží, které si klient kupuje a ty něco stojí. Toto ovšem neznamená to, že všechna domácí péče je odsouzena. Pokud mají rodinní příslušníci prostor, čas a jsou ochotni se o svého seniora starat v domácím prostředí, tak je to jediné dobře, ale tato péče musí mít určitou úroveň a splňovat několik podmínek. Expert č. 5 hovoří o tzv. *„enablingu“*, což je umožnění, aby se seniorům v maximální možné míře navrátil či kompenzoval původní funkční stav. Je důležité, aby se pracovalo na tom, aby stav klienta byl co nejvíce funkční a aby soběstačnost seniorů vydržela co nejdéle. Jak je již patrné tak identifikace optimálního modelu opatrovnictví nekompetentních seniorů v ČR se ukázala jako bod, ve kterém se experti ve svých názorech nejvíce rozcházejí. Každý z nich preferuje jiný model:

- Expert 1: spoluúčast pacienta
- Expert 2: institucionální péče – menší domovy pro seniory anglického typu
- Expert 3: domovy pro seniory s individuálním přístupem ke klientům
- Expert 4: návrat seniora do domácího prostředí, předání seniora do péče jeho praktického lékaře a zajištění pravidelných lékařských návštěv u nich doma
- Expert 5: navrácení a kompenzace původního funkčního stavu

Šestá otázka expertní analýzy se snaží zjistit, jak by se podle našich expertů měly vyvíjet možnosti v péči o seniory do budoucna. Je důležité, zvláště u lidí, kteří se touto problematikou profesionálně zabývají, aby měly představu o tom, jak by se péče o seniory měla vyvíjet. Expert č. 1 v tomto kontextu mluví o tom, že by se měla změnit možnost vyřízení příspěvku na péči. Nyní nám zákon umožňuje žádost o příspěvek na péči podat až po ukončení hospitalizace a proces vyřízení této dávky je zdoluhavý, což následně komplikuje případné přijetí seniora do domova pro seniory. Expert č. 1 poukazuje na to, že by se tento postup měl přehodnotit a umožnit vyřizovat příspěvek na péči alespoň během sociální hospitalizace: *„Já bych řekla, že základem je umožnění vyřizování příspěvku na péči již v době hospitalizace a to alespoň na dlouhodobém lůžku.“* Expert č. 2 mluví o věci, která již byla zmíněna a která je dle mého názoru velmi důležitá. Poukazuje na nutnost vzdělání lidí o tom, že každý je odpovědný za svůj život a že by se každý z nás měl zajímat o tom, jak bude vypadat jeho život ve stáří a z čeho si bude platit potřebné služby. *„Já možná přemýšlím hodně do budoucna, ale já si myslím, že především lidé by měli být edukováni v tom, že by se o sebe měli postarat a měli by se dostatečně připravit na své stáří ať už alokací zdrojů, informovaností, výměnou bytu, prodejem velkého rodinného domu či investováním do dobrých rodinných vztahů.“* (expert č. 2) Podstatným bodem je investice do dobrých rodinných vztahů, protože od tohoto se odvíjí většina problémů, které senioři řeší. Rodina je velmi často podstatnou spojkou mezi seniorem a systémem, mnohdy ovlivňuje rozhodnutí seniora a také je často velmi silnou psychickou oporou.

Další výzvy směrem do budoucna můžeme v souladu s našimi experty formulovat následovně (expert 1, 2, 3, 4, 5):

- Podpora soukromého sektoru
- Edukace široké veřejnosti

- Změna vyřizování příspěvku na péči
- Podpora komunitní péče
- Podpora různorodosti sociálních služeb
- Podpora samostatnosti seniorů
- Poskytování akutní péče bez věkové diskriminace
- Lepší koordinace sociálních služeb

Experti					
Kategorie a subkategorie	1	2	3	4	5
1. Diskuze a její hlavní bod	Žádná diskuze neprobíhá	Žádná diskuse neprobíhá	Propuštění pacienta, „kam s ním?“	Dostatek míst v DPS, růst počtu seniorů	Diskuse není prakticky vedena
2. Chybějící téma	Informovanost veřejnosti	Apel na sebestarší seniorů	Spoluúčast pacienta a jeho rodiny	Dostatečné sociální služby, ochotu praktických lékařů k návštěvní službě, větší finanční podpora domácí péče	Podpora péče o seniory, nespolupráce resortů (MPSV, MZ), roztržité a nekoncepční služby
3. Problém	Nedostatečná síť pečovatelských služeb a jejich nedostupnost a nízká finanční podpora	Rozhodování člověka se sníženými schopnostmi	Nenávaznost systému	Nefunkční rodiny, nenavazující sociální služby, nepřipravenost lidí na život ve stáří	Administrativní zátěž pracovníků, špatně ohodnocený personál, netransparentnost služeb, častá šikana ze stran inspekcí sociálních služeb
4. Řešení	Systémové řešení – vytvoření kritérií, zvýšení finanční podpory následné a dlouhodobé péče	Přehodnocení úrovně příspěvku na péči a to jeho rozdělení na mzdu pro pečovatele a zbytek na nákup ostatních materiálních věcí	Komplexní řešení	Zaměřit se na propojení služeb, osvěta, investování ve vyšším středním věku i sám do sebe	Koncepční řešení – řešení musí vycházet z vědeckých předpokladů a veřejné i politické diskuse
5. Optimální model	Řešení sociální situace klienta, zajištění všech služeb, které potřebuje	Menší domovy pro seniory anglického typu	Spoluúčast pacienta a diagnostika potřebnosti podpory	Možnost domácí péče a rehabilitace	„enabling“ – umožnění, aby se v maximální možné míře navrátil či kompenzoval původní funkční stav
6. Plán do budoucna	Změna procesu vyřizování příspěvku na péči a to umožněním vyřízení příspěvku na péči již v průběhu hospitalizace	Obecná osvěta, edukace veřejnosti	Podpora soukromého sektoru	Nabídka sociálních služeb by měla být různorodá, dostatečné terénní služby	Lepší koordinace služeb

Tab. č. 3 Kategorie identifikující problémové oblasti v péči o seniory na základě rozhovorů s experty

4.5. Shrnutí

Hlavním cílem empirické části mé bakalářské práce bylo prostřednictvím výzkumného šetření formou expertního interview zjistit názory a pohled odborné veřejnosti na dané téma v České republice. Dále bylo cílem vytvořit závěr a zanalyzovat situaci. Na expertním interview se podíleli odborníci, kteří se daným tématem zabývají a denně se s ním setkávají ve své praxi. Jejich odpovědi a názory na předem připravené otázky mi poskytly reálný obraz o stavu této situace na našem území. Z mého výzkumu vzešlo, že situace není nejlepší, že diskuse na dané téma neprobíhá ani v laické ani v té odborné veřejnosti a také, že čelíme problému propojení sociální a zdravotní oblasti.

V průběhu psaní této práce jsem zjistila, že častým názorem v odborné literatuře je, že ideálním modelem péče o seniora je model domácí péče. Experti, které jsem intervenovala, poukazují na to, že ne vždy je domácí model tím nejlepším řešením. Je to z toho důvodu, že se již ve své praxi setkali s případy, kdy domácí péče byla pro seniora spíše utrpením než klidným dožitím stáří ve svém domácím prostředí. Mnozí rodinní příslušníci si neuvědomují, co péče o křehkého a zranitelného seniora obnáší a potom dochází k různému upírání práv seniora či dokonce k týrání. I přesto se ale expert č. 4 domnívá, že by měl být model domácí péče zachován. S tímto názorem se také shoduje Vočka a Köttnerová (2004: 2), kteří tvrdí, že je důležité zachovávat model domácí péče a to z toho důvodu, že postupný demografický vývoj neumožní poskytnout ústavní sociální služby všem seniorům, kteří budou službu potřebovat. Jednoduše řečeno nebude dostatečná kapacita sociálních služeb. Proto je důležité učit lidi, že by jim nemělo být jedno, co s jejich seniorem bude a jak o něj bude postaráno. Ideální vizí do budoucna je kombinace domácí péče a terénních služeb. Důvodů proč se rodinní příslušníci vyhýbají osobní péči o svého seniora, je několik. Vočka a Köttnerová (2004: 4) rozlišují tři skupiny rodinných příslušníků. První skupinou jsou lidé, kteří nemají o péči vůbec žádný zájem a jediné co je zajímá, která instituce by mohla tuto povinnost převzít za ně. Přesvědčit tuto skupinu lidí o opaku by byl tzv. běh na dlouho trať a jejich důvody k tomuto rozhodnutí mohou být různé. Druhou skupinou lidí, jsou lidé, kteří pečovat nemohou. Do této skupiny se řadí samotní senioři. A třetí skupinou jsou lidé, kteří by pečovat možná i chtěli, ale nevědí jak. Nebyly jim poskytnuty dostatečné informace k tomu, aby si troufli na to, starat se o svého seniora osobně doma. A to je velká škoda, když už se takoví lidé najdou, tak by jim měly být poskytnuty všechny možné informace k tomu, aby se o seniora dokázali postarat anebo by alespoň měli

vědět, kde takové informace najít. Myslím, že to jestli je rodina ochotná se o svého seniora postarat také nejvíc ovlivňuje další jeho péči po ukončení hospitalizace. Je rozdíl, jestli bude senior doma a budou se o něj starat příbuzní v kombinaci třeba s pečovatelskou službou anebo jestli tento senior bude žít v ústavním zařízení. To je jedna z nejvýznamnějších věcí, která ovlivňuje další péči seniorů po ukončení jejich hospitalizace.

Závěr

Jak již bylo v textu uvedeno, tak senioři jsou neustále se rozrůstající skupinou obyvatel a proto vidím smysl v zabývání se tímto tématem. To byla také jedna z motivací, která mne vedla k napsání práce na téma, které by mělo být vnímáno jako velmi důležité. Tímto tématem je další péče o seniory po ukončení jejich hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Co se s nimi děje, kdo se o ně zajímá a stará, kdo jim zajišťuje péči nebo která zařízení péči o seniory vlastně nabízí a jaká je propojenost a kooperace zdravotně sociální péče? To jsou všechno věci, které si zaslouží pozornost a zájem.

Má bakalářská práce je rozčleněna do pěti kapitol, kdy se první čtyři kapitoly zabývají teoretickou částí a kapitola pátá částí empirickou. V první části teoretické části mé práce se zabývám seniory celkově a to zejména jejich potřebami a také péčí o ně, ať už se jedná o péči zdravotní nebo sociální. Dále ve své práci uvádím příklad dobré praxi z konkrétního zdravotnického zařízení a to Odborného léčebného ústavu Paseka, p. o. Tato část mé práce obsahuje informace o daném zařízení, dále se zabývá statistikami propuštěných pacientů a také prací sociálních pracovníků v tomto zařízení. V empirické části práce se věnuji výzkumnému šetření, které bylo zrealizováno formou expertního interview. Zde byla snaha zjistit názory odborníků v rámci naší republiky na další péči o seniory po propuštění ze zdravotnického zařízení. Cílem mé bakalářské práce bylo pomocí výzkumného kvalitativního šetření zjistit názory expertů v oblasti seniorů a jejich další péče po ukončení hospitalizace ve zdravotnickém zařízení a dále zmapovat, jaké jsou názory jednotlivých expertů ve věci vyvíjení se této péče do budoucna. Pro své respondenty jsem měla nachystaný seznam šesti otázek, na které jsem očekávala odpovědi. Rozhovory se svými respondenty jsem nahrávala na diktafon a poté jsem je přepsala do písemné formy. Pro formu expertního interview jsem se rozhodla proto, že si myslím, že je dobré znát pohled lidí, kteří se s danou problematikou denně setkávají, jsou uznávanými odborníky, se seniory osobně pracují, mají zkušenosti s prací s touto skupinou a tak pro ně není problém zhodnotit situaci, které v dnešní době, v rámci tohoto tématu, čelíme.

Z výsledků výzkumného šetření vzešly tři hlavní body, ve kterých se většina tázaných expertů shodla. První z těchto bodů je fakt, že diskuse na téma péče o seniory po ukončení hospitalizace prakticky neprobíhá. Bohužel tomu tak je jak na úrovni odborné veřejnosti, tak i na úrovni laické veřejnosti. Experti hodnotí tuto skutečnost samozřejmě velmi negativně, protože jsou všichni toho názoru, že by se tato věc měla

řešit a měla by jí být věnována pozornost. Jako druhý významný bod, který vzešel z názorů tázaných expertů, je velmi nízká nebo v podstatě nulová informovanost veřejnosti. Touto informovaností veřejnosti se myslí jednotlivé možnosti péče, různé výhody, také dávky, na které může seniory dosáhnout, ale samozřejmě se také jedná o konkrétní povinnosti, které má jak senior, tak i jeho rodina. Experti se shodují, že osvěta vůči veřejnosti je opravdu mizerná a že by nebylo od věci to změnit. Jako třetí hlavní bod, který vyplývá z výsledků výzkumu, je nespolupráce zdravotní a sociální sféry. Experti se domnívají, že v tomto směru měla být sociální a zdravotní péče více propojená a měla by na sebe navazovat mnohem více než je tomu dosud. V důsledku nekomunikace, nespolupráce a nenávaznosti těchto dvou složek následně dochází ke snižování kvality služeb a jejich roztržitosti. Na základě těchto zjištění je tedy zřejmé, že v oblasti další péče o staré občany po ukončení hospitalizace je ještě hodně věcí, které by měly projít jistými změnami. Moje práce může posloužit jako přehled názorů uznávaných odborníků v této oblasti a zároveň také jako seznam bodů, na které by se měla upínat v budoucnosti pozornost ať už odborníků či široké laické veřejnosti.

Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1: Vybraní experti pro expertní interview (zdroj: vlastní)

Tabulka č. 2: Seznam okruhů pro expertní interview (zdroj: vlastní)

Tabulka č. 3: Kategorie identifikující problémové oblasti v péči o seniory na základě rozhovorů s experty (zdroj: vlastní)

Tabulka č. 4: Propuštění pacientů (zdroj: Interní materiály OLÚ Paseka)

Tabulka č. 5: Propuštění pacientů (zdroj: Interní materiály OLÚ Paseka)

Tabulka č. 6: Umístění geriatrických pacientů (zdroj: interní materiály)

Použitá literatura a zdroje

- Brzáková Beksová, K. (2013). *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Praha: Karolinum.
- Čevela, R., Kalvach, Z., Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody, aplikace*. Praha: Portál, s.r.o.
- Holmerová, I., Jurašková, B., Müllerová, D., Vidovičová, L., Habrcetlová, L., Matoušek, M., ..., Šimůnková, M. (2014). *Průvodce vyšším věkem*. Praha: Mladá fronta a.s.
- Jarošová, D. (2006). *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Holmerová, I., Weber, P. a kol. (2008). *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Kalvach, Z., Čeledová, L., Holmerová, I., Jiráček, R., Zavázalová, H., Wija, P. a kol. (2011). *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Kalvach, Z., Onderková, A. (2006). *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén.
- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Sucharda, P. a kol. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Klvetová, D. (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových zařízeních*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Matoušek, O. (2007a). *Sociální služby*. Praha: Portál, s.r.o.
- Matoušek, O. a kol. (2007b). *Základy sociální práce*. Praha: Portál, s.r.o.

- Matoušek, O., Koláčková, J., Kodymová, P. (2005). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, s. r. o.
- Mlýnková, J. (2011). *Péče o staré občany*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Musilová, M., Musil, J. (2001). *Asistentská praxe. Cvičebnice a metodické vademékum*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Obadalová, M. (2001). Senioři, bydlení a služby v zemích EU. *Sociální politika*, 27 (11), s. 13 – 15.
- Ondrušová, J. (2011). *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum.
- Pacovský, V. (1990). *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum.
- Rheinwaldová, E. (1999). *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Slovenská akadémia vied.
- Tomeš, I. (2010). *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál, s.r.o.
- Špatenková, N. (2013). *Gerontagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc
- Špatenková, N. a kol. (2014). *O posledních věcech člověka*. Praha: Galén.
- Špatenková, N., Olecká, I., Ivanová, K. (2011). *Systém zdravotně sociální péče o křehké a nekompetentní seniory v ČR (expertní šetření v rámci projektu ADEL)*. Bratislava: Topinková, E. (2010). *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén.
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, s.r.o.
- Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Vočka, Z., Köttnerová, R. (2004). „K domovům důchodců neexistuje alternativa“. *Sociální práce/Sociálna práca*. č. 2, s. 2 – 4.
- Zavázalová, H. a kol. (2001). *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum.

Legislativa

Zákon o sociálních službách. Zákon č. 108/2006 Sb. v účinném znění ke dni 18. 3. 2015.

Zákon o zdravotních službách. Zákon č. 372/2011 Sb. v účinném znění ke dni 19. 3. 2015.

Internetové zdroje

MPSV (2015): Sociální služby [on-line] Dostupné 18. 3. 2015 z:

<http://www.mpsv.cz/cs/18661>.

Sociální služby pro seniory Olomouc (2015): Centrum denních služeb [on-line]

Dostupné 18. 3. 2015 z: <http://www.sluzbyproseniory.cz/rubriky/poskytujeme/centrum-dennich-sluzeb/>.

Interní zdroje

Vnitřní předpis OLÚ - Směrnice S18: Sociální hospitalizace.

Brožurka k výročí Odborného léčebného ústavu Paseka 1915-2010.

Výroční zpráva OLÚ Paseka 2013.

Výroční zpráva OLÚ Paseka 2014.

Interní materiál – kniha propuštěných pacientů z období roku 2007 - 2014.

Usnesení UR/45/80/2014 a UZ/12/42/2014.

Popis pracovní činnosti sociální pracovnice OLÚ Paseka.

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Příklad dobré praxe péče o seniory po ukončení jejich hospitalizace

Během studia na CARITAS – Vyšší odborné škole sociální Olomouc jsem absolvovala v Odborný léčebný ústav Paseka p. o. (dále jen OLÚ). Zde jsem měla možnost sledovat práci sociálních pracovníků i personálu na oddělení. Je možné říci, že o každého pacienta je v tomto zařízení postaráno nejen po stránce lékařské a ošetrovatelské, ale pozornost je věnována také zajištění péče o pacienta po propuštění z hospitalizace. Na zajištění této péče participuje tým ve složení lékař, staniční sestra, sociální pracovníce a rodina. Již po přijetí je odebírána tzv. sociální anamnéza, zjišťovány možnosti péče o pacienta - seniora po propuštění a zajišťování pomocné péče – homecare, pečovatelské služby, popř. i ústavní sociální péče. V tomto zařízení jsou i tzv. sociální lůžka ve zdravotnickém zařízení, na kterých je možné požádat o příspěvek na péči (vnitřní předpis OLÚ, Směrnice S18- Sociální hospitalizace).

Historie OLÚ Paseka

Tento odborný léčebný ústav byl založen 15. 10. 1915 jako plicní sanatorium a po celou dobu působnosti byl zdravotnickým zařízením. V 60. letech v důsledku rozvoje léčby tuberkulózy novými léky – antituberkulotiky, poklesla potřeba velkého počtu lůžek v rámci plicních sanatorií, a i tento ústav se začal měnit na jiné typy péče. V první fázi, to byla lůžka pro plicní pacienty s jinými onemocněními plic, než byla tuberkulóza (rok 1964) a změnil se i charakter léčebny, včetně personálního a prostorového vybavení. 1. 10. 1973 došlo ke změně prvních 86 lůžek plicních na lůžka léčebny dlouhodobě nemocných. Tento trend pokračoval i v letech 1975 a 1980. Další snížení plicních lůžek proběhlo v roce 1983 vytvořením oddělení dlouhodobě nemocných s rehabilitačním zaměřením (34 lůžek) a tento trend pokračoval i v roce 1993. Dá se říci, že trend změny charakteru lůžek byly vždy dány potřebami péče o pacienty v regionu (Odborný léčebný ústav Paseka 1915-2010- brožurka k výročí: 4 - 5). V roce 2011 byla definována legislativou (Zákon 372/2011 Sb.) následná a dlouhodobá péče. V roce 2013 vznikla v ústavu ošetrovatelská lůžka jako typ dlouhodobé péče o pacienty (Výroční zpráva OLÚ Paseka 2013).

Současnost OLÚ Paseka

Od 1. 1. 2015 došlo ke sloučení organizací Odborný léčebný ústav Paseka, p. o. a Odborný léčebný ústav neurologicko-geriatrický Moravský Beroun, příspěvková organizace a to na základě rozhodnutí Rady Olomouckého kraje (usnesení UR/45/80/2014 a UZ/12/42/2014).

Svou praxi jsem ovšem vykonávala ještě před sloučením organizací, proto se další údaje budou vztahovat pouze k OLÚ Paseka, p. o., pracovišti Paseka.

Odborný léčebný ústav v Pasece poskytuje lůžkovou zdravotní péči na odděleních plicním, léčebny následné péče (dříve léčebna dlouhodobě nemocných), rehabilitace a sociální hospitalizace. Dále poskytuje ambulantní zdravotní péči (plicní, chirurgická, rehabilitační, neurologická a praktického lékaře). Komplementární služby zajišťuje laboratoř v OLÚ Paseka a na poliklinice v Uničově. Další z poskytovaných služeb je radiologie – rentgenová vyšetření (Výroční zpráva OLÚ Paseka 2013).

V současné době je na oddělení následné péče 155 aktivních lůžek a na oddělení ošetrovatelském 30 lůžek, na kterých jsou hospitalizováni pacienti z Olomouckého kraje, převážně z okresu Olomouc. Pacienti jsou přijímáni dle pořadníku na základě písemné žádosti o přijetí, vystavené praktickým lékařem nebo oddělením nemocnic (Výroční zpráva roku 2013).

Charakter lůžek v OLÚ Paseka můžeme v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách rozlišovat následovně:

- Následná lůžková péče, která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí,
- dlouhodobá lůžková péče, která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; v rámci této lůžkové péče může být

poskytována též intenzivní ošetrovatelská péče pacientům s poruchou základních životních funkcí (Zákon 372/2011 Sb.).

Procento využití lůžek je trvale vysoké, přes 96%. Pacienti jsou přijímáni výhradně ze zdravotní indikace. Tam, kde zdravotní důvod zanikne a není možný návrat do domácí péče, je pacient se svým souhlasem přemístěn na lůžka sociální hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Nemalé procento pacientů je imobilních, inkontinentních a s psychickou alterací. Výroční zpráva roku 2013). Oddělení Léčebny následné péče jsou vybavena polohovacími postelemi, signalizačním zařízením, hydraulickým sprchovacím lůžkem, na pokojích nemocných jsou rozvody kyslíku. Pacientům je k dispozici laboratoř, RTG pracoviště, konziliární služby - psychiatr, neurolog, klinický logoped, zubní lékař, ambulance chirurgická, plicní a v neposlední řadě rehabilitace včetně elektro a vodoléčby, která směřuje ke zlepšení hybnosti, návratu sebeobsluhy a uchování soběstačnosti pacientů (Výroční zpráva OLÚ Paseka 2013).

Propouštění pacientů z OLÚ Paseka

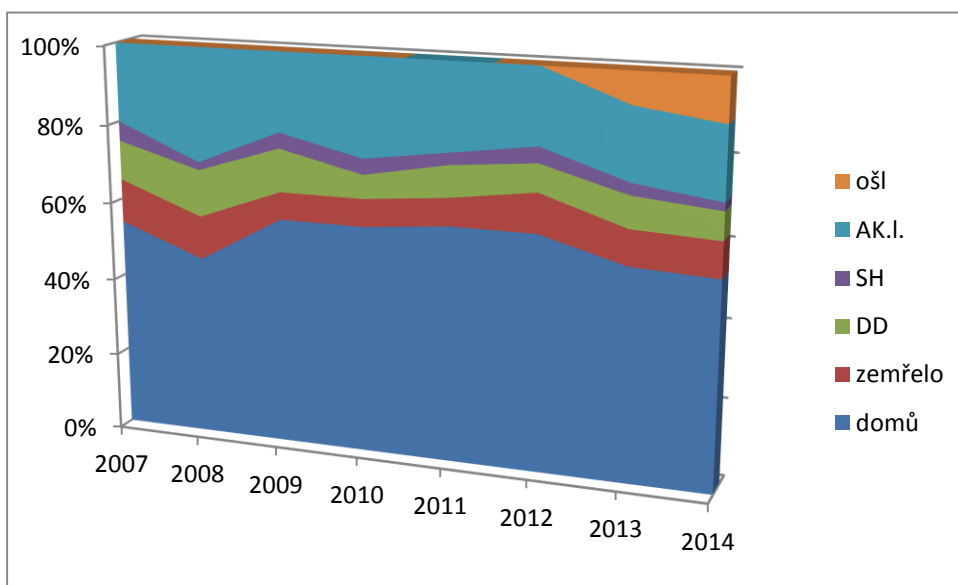
Vzhledem k tomu, že se moje bakalářská práce věnuje péči o seniory po ukončení jejich hospitalizace, zajímalo mně, jak je tento problém řešen v OLÚ Paseka p. o. Analyzovala jsem proto data z knih propuštěných pacientů z období roku 2007 - 2014. Zde je souhrn propuštěných pacientů z oddělení následné a dlouhodobé péče (interní materiál – kniha propuštěných pacientů z období roku 2007 - 2014).

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Odchod domů	119	246	327	389	483	523	555	584
Zemřelo	24	58	43	48	59	84	101	95
Domov pro seniory	23	63	60	40	60	66	86	80
Sociální hospitalizace	11	11	22	26	25	37	29	31
Akutní lůžka	45	153	111	167	175	171	185	199
Ošetrovatelská lůžka							81	128
Celkem	222	531	563	670	802	881	1037	1117
Průměrná ošetrovatelská doba ve dnech	96,98	89,43	88,61	69,22	61,13	59,98	52,9	57,04

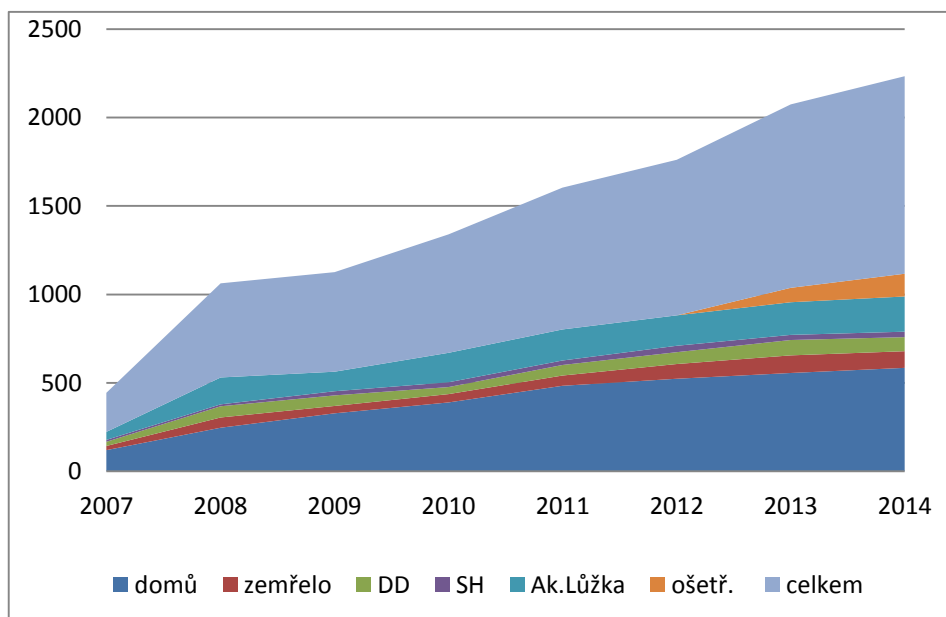
Tab. č. 4: Propuštění pacientů (Zdroj: Interní materiály OLÚ Paseka)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Odchod domů	54%	46%	58%	58%	60%	60%	54%	53%
Zemřelo	11%	11%	7%	7%	7%	10%	9%	9%
Domov pro seniory	10%	12%	11%	6%	8%	7%	8%	7%
Sociální hospitalizace	5%	2%	4%	4%	3%	4%	3%	2%
Akutní lůžka	20%	29%	20%	25%	22%	19%	18%	18%
Ošetrovatelská lůžka							8%	11%

Tab. č. 5: Propuštění pacientů (Zdroj: Interní materiály OLÚ Paseka)



Graf č. 1: Propuštění pacientů z OLÚ Paseka (zdroj: interní materiál)



Graf č. 2: Propuštění pacientů z OLÚ Paseka (zdroj: interní materiál)

V posledních letech dochází ke snižování doby hospitalizace na akutních lůžkách a pacienti, jsou překládáni na lůžka následné péče v tzv. subakutním stavu, tzn. ne zcela stabilizovaní, a proto dochází asi u pětiny pacientů k nutnému přeložení zpět na akutní lůžka a to z důvodu zhoršení jejich zdravotního stavu (Výroční zpráva OLÚ Paseka 2014). Počet zemřelých pacientů je do 10%. Toto číslo je dáno nejen tím, že pacienti jsou staří, křehcí, polymorbidní, ale také tím, že jsou přijímáni i pacienti k paliativní péči - pacienti v konečném stadiu onemocnění – ať již onkologického nebo somatického (Alzheimerova demence, Parkinsonova choroba, srdeční onemocnění).

Od roku 2013, kdy byla zřízena dlouhodobá lůžka, je v průměru 9-10% pacientů překládáno k pokračování hospitalizace na tato lůžka. Jedná se o pacienty, kteří vyžadují dlouhodobější péči – pacienti s chronickými ranami, upoutaní na lůžko, popřípadě po těžkém somatickém onemocnění, kteří vyžadují komplexní ošetrovatelskou péči, nebo pacienti, u kterých je potřeba ještě dokončit léčbu či rehabilitaci, a u kterých je průběh této péče prodloužený v důsledku přidružených onemocnění (tamtéž).

Na tzv. sociálních lůžkách je umístěno jen kolem 3% pacientů, a tento počet je dán malým počtem těchto lůžek v zařízení – je jich 16. Vzhledem k dlouhým čekacím dobám na umístění v domovech pro seniory, je zde dlouhá ošetrovací doba, která může být počítána i na roky (Výroční zpráva OLÚ Paseka 2013).

Pozitivní je fakt, že do domácí péče a domovů pro seniory, které se také dají považovat za odchod „domů“ je propouštěno až 60% všech hospitalizovaných pacientů (tamtéž).

Práce sociálních pracovníků v OLÚ Paseka

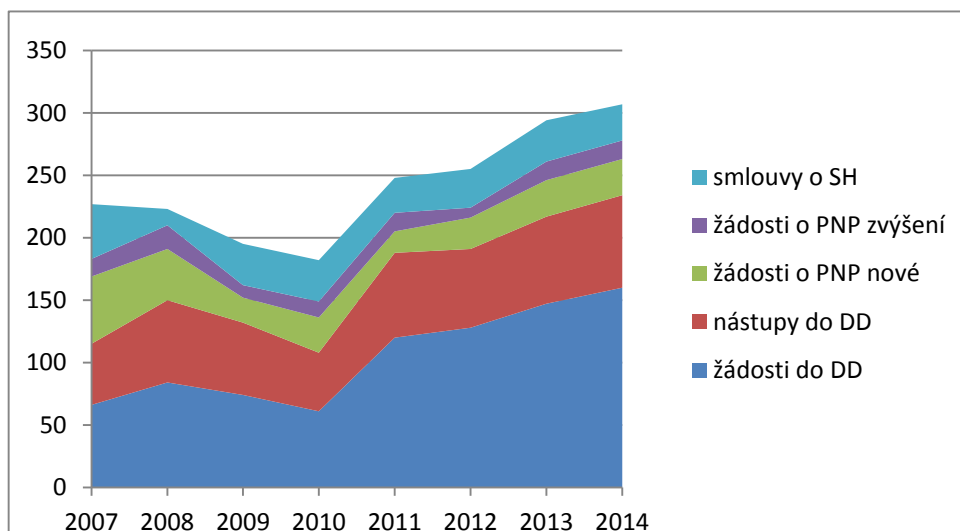
V průběhu praxe jsem měla možnost sledovat a účastnit se práce sociálních pracovníků. V OLÚ Paseka, p. o. pracují dvě sociální pracovníce. Tyto pracovníce jednají s pacienty a jejich rodinami na popud lékaře či staničních sester anebo je rodinní příslušníci vyhledají ve svém vlastním zájmu. Během hospitalizace podávají žádosti o přijetí do pobytových zařízení sociálních služeb. Pacienti a jejich rodinní příslušníci jsou informováni o možnostech zajištění péče a podmínkách přijetí do těchto zařízení. Jedná se o žádosti o poskytování sociální služby především v domovech pro seniory se zajištěnou celodenní péčí (Popis pracovní činnosti sociální pracovníce OLÚ Paseka).

Dále zajišťují umístění pacientů do domovů pro seniory, většinou je to umístění na ošetrovatelské oddělení domova pro obtížně pohyblivé nebo imobilní obyvatele. Snadněji se umísťují žadatelé, kteří jsou příjemci příspěvku na péči ve výši 3. a 4. stupně. Bez přiznaného příspěvku je umístění obtížné a proto sociální pracovníce informují seniora, resp. jeho rodinu o tom, jakým způsobem a kde tento příspěvek vyřídí.

Seniorům na oddělení následné péče před propuštěním domů a u seniorů na sociálním lůžku vyřizují žádosti o příspěvek na péči, popř. zvýšení stupně příspěvku. Počet těchto žádostí každoročně roste. Některým seniorům je nabídnuta možnost poskytování pobytové sociální služby ve zdravotnickém zařízení podle § 52 zák. 108/2006 Sb. O tento typ služby je velký zájem. Těchto lůžek je ovšem málo a není tak možné umístit všechny zájemce. Umístěno je vždy kolem 30% zájemců (Výroční zpráva roku 2014).

	Žádosti do domovů pro seniory	Nástupy do domovů pro seniory	Žádosti o příspěvek na péči nové	Žádosti o příspěvek na péči zvýšení	Smlouvy o sociální hospitalizaci
2007	66	49	54	14	44
2008	84	66	41	19	13
2009	74	58	20	10	33
2010	61	47	28	13	33
2011	120	68	17	15	28
2012	128	63	25	8	31
2013	147	70	29	15	33
2014	160	74	29	15	29
celkem	840	495	243	109	244

Tab. č. 6: Umístění geriatrických pacientů (zdroj: interní materiály)



Graf č. 3: Umístění geriatrických pacientů (zdroj: interní materiály)