



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra sociální práce

Diplomová práce

Problematika umístování seniorů do domovů pro seniory

Vypracovala: Bc. Alena Vančurová
Vedoucí práce: doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá problematikou umístování seniorů do domovů pro seniory. Jejím cílem je zjistit, jak dlouhá je čekací doba na umístění do domova pro seniory a jaké jsou překážky a problémy při umístování do domova pro seniory.

Teoretická část je zaměřena na demografické trendy, pohled české populace na stáří a seniory, historii sociálních služeb pro seniory v Čechách i zahraničí a na současnou nabídku sociálních služeb pro seniory. Popisují také proces umístování seniorů do domovů pro seniory. Služby, které domovy pro seniory nabízí svým klientům. Zaměřují se také na finanční úhrady za pobyt a stravu v domovech pro seniory.

Výzkum probíhal pomocí kvantitativních a kvalitativních metod a technik. V kvalitativním výzkumu se zabývám především druhou částí cíle, zjišťováním překážek při umístování do domova pro seniory. Stanovila jsem si tyto výzkumné otázky 1) *Jaké jsou překážky a problémy při umístování do domova pro seniory?* a 2) *Má senior jinou možnost péče než péči v domově pro seniory?* Provedla jsem polostandardizované rozhovory se 3 sociálními pracovníci, 8 seniory a 3 rodinnými příslušníky seniorů, kteří umísťovali někoho ze své rodiny do domovů pro seniory. Všem byly pokládány téměř shodné otázky, aby jejich odpovědi mohly být následně porovnány. Výsledky ukázaly, že v dnešní době se umísťují do domovů pro seniory spíše nesoběstační senioři, kteří už nemají jiné možnosti péče. Odpovědi na otázku „Jaké jsou překážky a problémy při umístování do domovů pro seniory“ byly spíše variabilní a nedaly se příliš generalizovat. 1 sociální pracovníce zdůrazňuje velké množství žádostí, obzvláště na jednolůžkové pokoje, kdy žadatelé v tomto případě mohou čekat umístění rok a více. Toto uváděla i jedna z informantek v rozhovoru, která na jednolůžkový pokoj čekala 1,5 roku. Tuto skutečnost mi potvrdily i sociální pracovníce, když jsem prováděla kvantitativní výzkum v jiných zařízeních. Dále sociální pracovníce kritizuje, že senioři si dávají žádosti i z důvodů řešení své samoty. Druhá sociální pracovníce uváděla, jako problém nepřiznání příspěvku na péči nebo pokud má žadatel přiznán příspěvek v 1. či 2. stupni a potřebují umístit v rezidenčním zařízení. Dále uvádí, že překážkou může být,

pokud žadatel není z jihočeského kraje. Další sociální pracovníce vidí jako problém finance, s čímž také souhlasím.

Kvantitativní část výzkumu se vztahuje k první části cíle. Zabývám se tedy především problematikou čekací doby. V rámci výzkumu byly stanoveny 2 hypotézy.

H1: Seniori negativně hodnotí čekací dobu na umístění do domova pro seniory.

H2: Seniori znají jen možnost péče v domově pro seniory.

K ověřování těchto hypotéz byla použita metoda sekundární analýza dat z osobní dokumentace klientů a metoda řízeného rozhovoru. Výzkum měl původně probíhat v nemocnici, kde mi ale bylo odmítnuto zapůjčení osobních dokumentací. Prováděla jsem tedy výzkum v Domově pro seniory Světlo v Písku, Domově pro seniory Bechyně, Domově pro seniory Střediska Diakonie ČCE Blanka v Písku a Domově pro seniory – Centru sociální pomoci Vodňany. Z každého zařízení mi sociální pracovníce doporučily, co největší počet klientů, kteří byli orientováni a byli schopni odpovídat na otázky. Celkem tedy bylo analyzováno 100 osobních dokumentací klientů a následně s nimi byly provedeny řízené rozhovory. V Domově pro seniory Světlo 30 dokumentací/klientů, v Bechyni 27, v Diakonii 17 a ve Vodňanech 26.

Nejdříve jsem zjišťovala z urgentních žádostí a PC, jak dlouho trvala čekací doba a poté jsem se dotazovala seniorů, jak tuto dobu hodnotí, jaké je jejich zdravotní diagnóza či problém a zda znají jiné možnosti péče, než péči v domově pro seniory. Odpovědi jsem si zaznamenala do formuláře.

Výsledky výzkumu jsem prezentovala pomocí grafů. Čekací doba trvala v průměru 243 dní. V kategorii čekací doby < 1 měsíc bylo 26 seniorů, 1–2 měsíce 33 seniorů, 3 – 4 měsíce 11 seniorů a > 5 měsíců 30 seniorů. Čekací dobu hodnotilo kladně 79 seniorů a záporně 21 seniorů. U seniorů se nejvíce vyskytovala diagnóza centrální mozková příhoda ve 30 případech a artróza ve 28 případech. Jiné možnosti péče znalo 56 seniorů, nejvíce uváděli pečovatelskou službu (54 odpovědí), domovy s pečovatelskou službou (8 odpovědí), osobní asistenci (3 odpovědi) a penzióny pro seniory (1 odpověď).

K ověřování hypotéz jsem použila chí-kvadrát test dobré shody. Zjištěné četnosti a výsledky jsem zapsala do kontingenčních tabulek.

H1: „Senioři negativně hodnotí čekací dobu na umístění do domova pro seniory“ se nepotvrdila. Domnívám se, že je to z důvodu, že čekací doba netrvá řádově roky (jako dříve). Dále to může být z důvodů, že se seniorům do domovů pro seniory nechtělo z různých příčin nastoupit.

H2: „Senioři znají jen možnost péče v domově pro seniory“ se také nepotvrdila. Myslím si, že to může být z důvodu, že v dnešní době se upřednostňuje péče neinstitucionální před institucionální. Do domovů pro seniory mají přednost v přijetí spíše senioři nesoběstační, kteří potřebují intenzivnější péči. Ostatní senioři tedy spíše nejdříve využívají např. pečovatelské služby.

Rozhodla jsem se ještě zjistit, zda senioři hodnotí čekací dobu v závislosti na její délce. Stanovila jsem si hypotézu H3: „Senioři hodnotí čekací dobu v závislosti na její délce.“ K testování jsem použila dvousměrného chí-kvadrátového testu. Tato hypotéza se opět nepotvrdila. Hodnocení seniorů na čekací délce tedy nezávisí.

Klíčová slova:

Senior

Sociální pracovníce

Domov pro seniory

Abstract

The thesis deals with problems connected with the placement of senior citizens into homes for the elderly. The objectives of the thesis are to find out how long the waiting period for the placement into a home for senior citizens is and which obstacles and problems connected with the placement into homes for the elderly appear.

The theoretical part of the thesis is focused on some demographic trends, the opinion of the Czech population about the old age and senior citizens, history of social services for senior citizens in the Czech Republic and abroad, and the current offer of social services for senior citizens. In this part, I also describe the process of placing of senior citizens into homes for the elderly and the services which homes for the elderly offer to their clients; I also focus on the senior citizens' financial reimbursement of board and lodging in homes for the elderly.

The research was conducted by means of quantitative and qualitative methods and techniques. In the qualitative research, I deal with the second part of my goal – identifying obstacles to placement in homes for the elderly. Firstly, I set the following research questions: *1) What are the obstacles and problems in the process of placing senior citizens into homes for the elderly?* and *2) Do senior citizens have any other options of care instead of the care in homes for the elderly?* Then, I conducted semi-standardized interviews with 3 social workers, 8 senior citizens and with 3 members of families which put their senior citizens into homes for the elderly. I asked all of them almost identical questions – to be able to compare their responses later. The results show that nowadays, dependent senior citizens who have no other option of care are more likely to be placed into homes for the elderly. The answers to the question "What are the obstacles and problems when placing senior citizens into homes for the elderly?" were rather variable and they cannot be generalized. One social worker emphasizes the large number of applications (especially applications for single rooms); in this case, the applicants can wait for one year or more. It was confirmed by one of my informants; she waited for her single room for 1.5 years. The fact was confirmed by social workers when I conducted quantitative research in other facilities. What is more, one social

worker criticizes the fact that senior citizens submit their applications to solve their loneliness. The other social worker mentioned the problem arising from the denial of care allowances, or the situation when the applicant is granted their allowance in the 1st or 2nd grade, but they need to be placed in the residential facility. She also states that there can be a problem if the applicant is not from South Bohemian Region. Another social worker sees money as the main problem, and I agree with her.

The quantitative part of my research relates to the first part of my goal. Here I primarily focused on the waiting period. The following two hypotheses were set for the research.

H1: Senior citizens negatively evaluate the waiting period for their placement into homes for the elderly.

H2: Senior citizens know only one possibility of care – homes for the elderly.

To verify the above hypotheses, I used the method of secondary analysis of the data taken from the client's documentation and the method of controlled conversation. The research was supposed to be conducted in a hospital, but my access to the personal documentation was denied in hospitals. Therefore, I conducted my research in the following homes for the elderly: *Domov pro seniory Světlo v Písku*¹, *Domov pro seniory Bechyně*², *Domov pro seniory Středisko Diakonie ČCE Blanka v Písku*³ and *Domov pro seniory – Centrum sociální pomoci Vodňany*⁴. Social workers in each facility advised me to use the greatest possible number of clients who were oriented and able to answer my questions. In total, I analyzed 100 files of personal documentation and then I conducted the structured interviews with the analysed clients in the homes for the

¹ **Domov pro seniory Světlo v Písku** – name of home for the elderly *Home for the elderly*

Light in Písek

² **Domov pro seniory Bechyně** – name of home for the elderly *Home for the elderly Bechyně*

³ **Domov pro seniory Středisko Diakonie ČCE Blanka v Písku** – name of home for the

elderly *Home for the elderly Diaconia Centre ČCE Blanka in Písek*

⁴ **Domov pro seniory – Centrum sociální pomoci Vodňany** – name of home for the elderly

Home for the elderly – Centre for Social Assistance Vodňany

elderly which are mentioned above (in numbers): 30 clients / documentations in *Domov pro seniory Světlo v Písku*; 27 clients / documentations in *Domov pro seniory Bechyně*; 17 clients / documentations in *Domov pro seniory Středisko Diakonie ČCE Blanka v Písku*; 26 clients / documentations in *Domov pro seniory – Centrum sociální pomoci Vodňany*.

Firstly, I identified how long the waiting periods were in the urgent applications and on PCs. Then, I asked the senior citizens how they evaluated their waiting periods, what their medical diagnoses or problems were and if they were aware of other options of care but homes for the elderly. I put their answers down in my form.

After that, I presented the results of my research in graphs. The average waiting period was 243 days. In the category of the waiting period shorter than 1 month – there were 26 senior citizens; from 1 to 2 months – 33 senior citizens; from 3 to 4 months – 11 senior citizens; longer than 5 months – 30 senior citizens. 79 senior citizens rated their waiting periods positively, but 21 senior citizens rated their waiting periods negatively. Most senior citizens were diagnosed with cerebral stroke – 30 cases, following with arthrosis – 28 cases. 56 senior citizens had some knowledge about other possibilities of care; most of them reported the nursing service (54 responses); homes with nursing (8 responses); personal assistance (3 responses); pensions for senior citizens (1 response).

To verify my hypotheses, I used the chi-square test of goodness of fit. The frequencies and results which had been discovered, I put down in the contingency tables.

H1: "Senior citizens negatively evaluate the waiting period for their placement into homes for the elderly" It has not been confirmed. I think that the main reason behind it is that the waiting period does not last for years (as it used to be). Furthermore, it may be caused by the fact that senior citizens, for various reasons, did not want to commence their stays in homes for the elderly.

H2: "Senior citizens know only one possibility of care – homes for the elderly" It also has not been confirmed. I think that the main reason is that nowadays, the non-institutional care is preferred rather than the institutional one. What is more, it is more

likely that the senior citizens who are not self-sufficient and who need intensive care are given priority to be admitted to homes for the elderly. Other senior citizens are more likely to prefer other forms of care, for example the nursing service.

I decided to find out one more fact – whether senior citizens evaluate their waiting period according to its length. For this reason, I set the third hypothesis H3: "Senior citizens evaluate their waiting period according to its length." I used a two-way chi-square test to find the answer. And again, my hypothesis has not been confirmed. Senior citizens do not evaluate their waiting period according to the length of their waiting time.

Key words:

Senior citizen

Social worker

Home for the elderly

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval (a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15.8.2014

.....

Alena Vančurová

Poděkování

Děkuji vedoucí mé diplomové práce doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a její trpělivost při vedení mé práce. Dále bych chtěla poděkovat všem, kteří byli ochotni odpovídat na otázky k mému výzkumu.

Obsah

ÚVOD.....	13
1. Současný stav.....	16
1.1 Demografické trendy a pohled české populace na stáří a seniory	16
1.2 Vymezení pojmu stáří a stárnutí a biopsychosociospirituální změny a potřeby člověka ve stáří.....	18
1.3 Rozdělení věku ve stáří	21
1.4 Vzorce chování a rodinné vztahy v současné rodině a v minulosti	22
1.5 Důvody pro umístování seniorů do domovů pro seniory	23
1.6 Historie sociálních služeb pro seniory v České republice a zahraničí	24
1.7 Péče o seniory v zahraničí.....	26
1.8 Současná situace a nabídka sociálních služeb pro seniory	28
1.8.1 Zařízení poskytující péči před umístěním do domovů pro seniory	30
1.8.2 Pobytové sociální služby pro seniory	32
1.8.3 Ambulantní a terénní sociální služby pro seniory	33
1.9 Postup při umístování seniorů do DS	35
1.9.1 Podmínky přijetí uživatele do domova pro seniory.....	35
1.9.2 Výběr domova pro seniory	35
1.9.3 Problematika opatrovnictví.....	36
1.9.4 Jednání se zájemcem o službu	38
1.9.5 Smlouva o poskytnutí sociální služby	43
1.10 Pobyť seniora v domově pro seniory	44
1.10.1 Příjem seniora do zařízení	44
1.10.2 Adaptace seniora na nové prostředí.....	45
1.10.3 Individuální plánování	46
1.10.4 Služby a péče poskytované v domovech pro seniory	47
1.10.5 Úhrada za poskytování služeb v domovech pro seniory	48
2. CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	51
2.1 Cíl práce	51
2.2 Výzkumné otázky	51

2.3 Hypotézy	51
2.4 Operacionalizace pojmů.....	51
3. METODIKA	52
3.1 Strategie výzkumu a metodický postup	52
3.2. Charakteristika výzkumného souboru.....	53
3.2.1 Kvalitativní výzkum	53
3.2.2 Kvantitativní výzkum	53
4. VÝSLEDKY	54
4.1 Kvalitativní výzkum.....	54
4.1.1 Rozhovory se seniory	54
4.1.2 Rozhovory se sociálními pracovníci	63
4.1.3 Rozhovory s rodinami	71
4.2 Kvantitativní výzkum.....	78
4.2.1 Statistické testování hypotéz	83
5. DISKUZE	88
6. ZÁVĚR	99
7. SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	103
8. PŘÍLOHY	112

Seznam použitých zkratk

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

ONP – oddělení následné péče

DS – domov pro seniory

DPS – domov s pečovatelskou službou

CMP – centrální mozková příhoda

ČSSZ – Česká správa sociálního zabezpečení

NOZ – Nový občanský zákoník

ÚVOD

Téma problematika umístování seniorů do domovů pro seniory jsem si vybrala hlavně z důvodu, že mi toto téma přijde aktuální. Naše populace stárne a v budoucích letech se bude její stárnutí zvyšovat. Dalším z důvodů výběru tohoto tématu je, že jsem pracovala jako zdravotní sestra v léčebně dlouhodobě nemocných v písecké nemocnici. Často se tam musela řešit sociální situace pacientů. V tomto případě měli pacienti možnost být umístěni na tzv. sociální lůžko, kde byli hospitalizováni po dobu, než se uvolnilo volné místo v domově pro seniory nebo jim byla zajištěna jiná forma péče.

V současné době pracuji na Oddělení akutní rehabilitace v písecké nemocnici. Na tomto oddělení jsou často také hospitalizováni senioři, nejčastěji po operacích krčku kosti stehenní, totální endoprotéze kolene a kyčle nebo po centrální mozkové příhodě atd. U těchto seniorů se také mnohdy musí řešit sociální situace. Častým problémem bývá rodinná situace seniorů, kdy rodina seniora nemá časové, prostorové, finanční a další možnosti aby se mohla o seniory postarat.

V mé práci stručně popíši demografické trendy, pohled populace na stáří a seniory, historii péče o seniory a dnešní nabídku pobytových a ambulantních služeb. Dále se budu zabývat doporučením, jak si vybrat vhodné zařízení a procesem při umístování seniorů do domovů pro seniory. Popíši, jaké služby domovy pro seniory nabízí svým klientům.

V praktické části se budu zabývat problematikou čekací doby na umístění seniorů do domovů pro seniory. Myslím si, že velká část lidí hodnotí čekací dobu na umístění do domovů pro seniory negativně. Proto jsem si stanovila, jako jeden z cílů diplomové práce zjistit, jak je dlouhá čekací doba na umístění. Budu se ptát seniorů, jak tuto dobu hodnotí. Dále bych chtěla zjistit, jaké jsou nejčastější problémy a překážky při umístování do domovů pro seniory. Zda se má o seniora před umístěním kdo postarat. Zda mají senioři dostatek financí na úhradu za péči v domovech pro seniory a jak hodnotí výši této úhrady. Další otázka, na kterou se budu ptát, je zda senioři mají jinou možnost péče, než péči v domově pro seniory a zda znají jiné možnosti péče.

Myslím si, že v dnešní době ještě není moc využívána pečovatelská služba. Příspěvek na péči, který seniorům náleží, a který by měl být využíván především k nákupu sociálních služeb, většinou senioři platí svým blízkým, kteří o ně pečují.

1. Současný stav

1.1 Demografické trendy a pohled české populace na stáří a seniory

Naše společnost stárne. Stárnutí společnosti se nazývá demografické stárnutí. Pojem demografické stárnutí se dá vysvětlit jako *nárůst podílu osob seniorského věku, přičemž za hranici stáří se dnes i v dlouhodobých prognózách považuje fixní chronologický věk 65 let.* (7 str. 97) Tato problematika je v poslední době často diskutována demografy, ekonomy, sociology, lékaři, ale i širší odbornou a laickou veřejností. Jsou zkoumány demografické podmíněnosti stárnutí společnosti, dopady na společnost, ekonomiku populační a zdravotní stav atd. (50 str. 97) K demografickému stárnutí dochází především ze dvou důvodů. Prvním je zpomalování růstu počtu obyvatel mladších věkových skupin vlivem klesající porodnosti a plodnosti. Druhým důvodem je zrychlení růstu počtu lidí ve starším věku v důsledku posunutí úmrtnosti do vyššího věku. (26 str. 215)

O tom kolik let se narozené dítě s velkou pravděpodobností dožije, nás informuje tzv. *střední délka života.* (15) *Od počátku 20. století do současnosti se střední délka života prodloužila o třicet let. Těchto 30 přidaných let je v průměru velmi odlišných, jak uvnitř tohoto intervalu, tak proti stáří předchozích generací.* (51 str. 112) Na začátku 21. století je očekávaná doba života v České republice u mužů 74,2 let a u žen 80,3 let. (15)

V roce 2011 byla v evropských státech Česká republika na 22. místě v procentuálním zastoupení seniorů v populaci (15,5%). Na prvním místě bylo Německo (20,6%) a na posledním místě Irsko (11,6%). (9)

Český statistický úřad a katedra demografie Přírodovědecké fakulty na Karlově univerzitě stanovila následující demografickou prognózu v České republice. Bude se zvětšovat naděje na dožití jak u žen, tak u mužů. Lidé v České republice výrazně zestárnou. V roce 2050 bude přibližně jedna třetina osob ve věku nad 65 let, což je dvojnásobek oproti dnešku. (7) V dnešní době je podíl 85letých seniorů v České republice 3,6 % populace. V roce 2065 se má dle prognóz Českého statistického úřadu tento podíl zvýšit na 15,3 %. (50) Do roku 2030 vzroste počet seniorů o 40–80 %.

Střední délka života by se měla zvýšit o 4 roky u mužů i žen. Seniori ve věku 65 let budou tvořit 23–25 % populace. Lidí ve věku 80 let a více přibude o 5–8 %. Prognóza předpokládá, že do roku 2050 bude každý dvacátý občan v ČR starší 85 let. Zdravotní a funkční stav seniorů by měl být lepší, než dnes. Změní se také význam i role seniorů. (7)

Demografické trendy z hlediska genderu jsou následující. Ženy se obecně dožívají vyššího věku, než muži. *Podíl vdov v každé věkové skupině nad 50 let postupně narůstá a ve srovnání s muži je několikanásobně vyšší.* (62 str. 89) U seniorů ve věku 70–74 let je větší poměr vdov, než vdaných žen. (62) *Muži se v průměru dožívají nižšího věku, více trpí chronickými chorobami a častěji také umírají na závažné choroby, jako jsou například srdeční příhody.* (14 str. 32) Některé genderové studie vysvětlují tento jev tím, že muži méně často mluví o svých problémech, potlačují své emoce, méně akceptují verbalizaci vlastních problémů a jsou více benevolentní k rizikovému chování. Nenavštěvují tedy lékaře, tak často jako ženy. (14)

Naše společnost má ke stáří spíše negativní, odmítavý a podceňující postoj. Vnímá toto životní období, jako období chátrání člověka. Zkušenosti a kompetence starého člověka ztrácejí svůj význam a z praktické stránky není takový člověk ničím přínosný. Na výši žebříčku hodnot současné společnosti je mládí a sním spojený pěkný vzhled, výkon atd. (59)

Pohled populace na stáří a seniory ovlivňují z velké části média a to převážně negativně. Příkladem jsou některé televizní reklamy a různé zesměšňující mediální kampaně. Z některých výzkumů je zřejmé, že seniori se cítí ostrčení a osamění a ztrácejí sebedůvěru ve vlastní život. (29)

Mnozí seniori jsou na základě jejich věku diskriminováni, tato diskriminace má odborný název *ageismus*. Termín *ageismus* pochází z anglického slova *age* (věk, stáří). (55) Tento termín má mnoho definic, v současnosti je nejkomplexnější definice Vidovičové „*Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fázích lidského životního cyklu manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin a na základě chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci.*“ (61)

Ageismus se projevuje i ve zdravotní péči. Jedním z příkladů je věkové limitování screeningových vyšetření. Obecněji se také pohlíží na stáří jako na nevyлéčitelnou nemoc. Důsledkem toho je neléčení některých příznaků onemocnění a onemocnění samotných, protože jsou považována za onemocnění, která se běžně projevují ve stáří. (46)

Jednou z forem ageismu je týrání seniorů (anglický název je *elder abuse* nebo *abuse of the elderly*). Týrání seniorů se může dít ze strany rodiny ale i zdravotníků ve zdravotních a sociálních zařízeních. Násilí na seniorech může mít formy fyzické, sexuální a psychické. Může mít různé podoby jako *hrubé nadávky, kritizování, ponižování, urážky, zesměšňování, podrývání sebedůvěry, omezování osobní svobody, ekonomické vydírání, vyhrožování tělesným ubližením až přímé tělesné ubližování*. (3 str. 81)

1.2 Vymezení pojmu stáří a stárnutí a biopsychosociospirituální změny a potřeby člověka ve stáří

Stáří je životní fáze člověka ohraničená dvěma časovými body. (51 str. 14) Horní věkovou hranici stáří tvoří smrt. Spodní věková hranice je neurčitá. Jevy a procesy, které vymezují začátek stáří, do života člověka vstupují postupně. Tyto jevy a procesy jsou u každého člověka individuální vzhledem k jeho životnímu stylu, zdravotnímu a sociálnímu systému, kvalitě životního prostředí, hodnotovému systému, charakteru práce a celou pracovní oblastí. Dají se také zpozorovat rozdílné generační podoby ve stáří. Každá generace má určitou podobu stáří a tyto změny jsou odlišnější, tím více pokud žila generace v dynamičtější společnosti a době. Senioři dnešní doby a senioři žijící před sto lety by se lišili v oblékání i v životním stylu. (51)

Stárnutí je souhrn zánikových (involučních, regresivních, negativních) změn morfologických a funkčních nastupující postupně, se značnou interindividuální variabilitou, a heterochromě (v různých orgánech a systémech téhož organismu v různém věku) po dosažení sexuální dospělosti a adaptačních reakcích na ně. (7 str. 20)
Stárnutí je tedy proces, který probíhá celý život. (32 str. 74)

Pokud člověk bohatě prožívá předchozí fáze života a více se mění jeho sociální role v průběhu života, dochází k radikálnější proměně při přechodu do poslední životní fáze – stáří. Starý člověk se ve vzpomínkách vrací do svého dětství a srovnává život, který prožil s hodnotami, které mu byly v dětství vštěpovány a se svými představami o životě. (51) Vlivem lepších životních podmínek a způsobu života se v hospodářsky vyspělých zemích i v ČR dlouhodobě a setrvale zlepšuje stav nově stárnoucích generací. (7)

Biologické změny ve stáří. Tyto změny jsou důsledkem biologického, tedy fyziologického stárnutí organismu. Postihují tělesné tkáně a orgány, ale neprobíhají u každého člověka stejně. Jsou podmíněny genetickými dispozicemi a životním stylem. (29 str. 19) Vlasy šedivější a u mužů častěji řídnou. Na tváři přibývají vrásky. Svaly ochabují a klesá jejich pružnost. To má za následek pomalejší pohyby. Zmenšuje se také postava a mění se postoj. Na kůži se objevují pigmentové skvrny. Zhoršují se smysly. Člověk má vyšší práh citlivosti při hmatu. Čich je přibližně stejný jako dříve, ale je zhoršeno rozeznávání chutí. Senioři trpí nedoslýchavostí a poruchami zraku. (15)

Psychické změny. Psychika seniora není důsledkem stáří, ale individuálních zvláštností jeho osobnosti. Hlavní vlastnosti jednotlivce se s věkem zvyrazňují. Obecně ve stáří klesá vitalita. Zpomaluje se psychomotorické tempo. Dochází více k poruchám paměti, zejména krátkodobé. Senior častěji zapomene, co dělal včera, ale dobře si vzpomíná na okamžiky z mládí. Snižuje se všípivost a výbavnost. Řeč je pomalejší až rozvláčná. Člověk méně gestikuluje. Senioři jsou také více vztahovační. Jsou více rozvážní, pečliví, vytrvalí a lépe si dokáží rozvrhnout svůj čas. Jsou stálí ve vztazích i názorech. Dochází k poklesu celkové adaptability. Staří lidé se více zajímají o historii a všeobecné dění. Dokážou dobře rozlišit podstatné od nepodstatného. Mají větší smysl pro detail. Od 50 roku věku začíná u lidí stereotypizace úsudku, což znamená, že *myslí a jednají ve známých a osvědčených schématech.* (15 str. 148) Mnoho studií dokázalo, že ve stáří jsou lidé většinou moudřejší, než v mladším věku. Souvisí to se životními zkušenostmi, kdy člověk musel řešit těžké životní situace, problémy a spory. (32)

Sociální změny. Senioři jsou většinou v důchodu, tím se mění i jejich životní styl. Přicházejí o pracovní vztahy a přátelství. Někteří hledají nové uplatnění a využití volného času. Změní se jejich finanční situace, zpravidla k horšímu. Stávají se

závislími na pomoci ostatních lidí. Pokud senior ztrácí společenské kontakty s lidmi, nemá partnera, přátele, děti vnoučata, dostatek zájmů, soběstačnosti a aktivním přístup k životu, může dojít k sociální izolaci. (44)

Spirituální změny. Mnohé výzkumy dokázaly, že ve stáří se ve vyšší míře objevuje spiritualita a religiozita. Odborníci se domnívají, že je to z důvodu vědomí starého člověka o blížícím se konci života. Senioři se tak více začínají zajímat o otázky bytí, účelu a smysluplnosti života. Vyrovnávají se také se ztrátami blízkých lidí. (32)

Potřeby člověka ve stáří. Lidské potřeby rozdělil psycholog A. H. Maslow. (7) Tyto potřeb rozdělil do tzv. pyramidy od nezákladnějších fyziologických po psychologické a sociální. Jako první jsou fyziologické potřeby (strava, teplo, vyměšování...). Druhé jsou potřeby bezpečí a jistoty. Třetí potřeba lásky a sounáležitosti (uspokojují touhu někam a někomu patřit, být přijímán a milován). Čtvrtá potřeba uznání a úcty (být uznávaný ostatními lidmi a mít u nich úspěch, na tomto základě se zvyšuje člověku sebevědomí). Poslední je potřeba seberealizace (tato potřeba naplňuje možnosti růstu a rozvoje člověka).

Potřeby jednotlivých lidí jsou individuální. Mění se v čase a ve vztahu k prostředí, v němž člověk žije. V průběhu stárnutí se mohou měnit i lidské potřeby a upřednostňování při jejich uspokojování. (7)

Ve stáří bývá snížena potřeba stimulace. Větší intenzita stimulace starší lidi dráždí a unavuje. Snižuje se potřeba nových a silných zážitků, senioři mají radši klidnější stereotyp. Senioři vyhledávají spíše kontakty se známými lidmi, u kterých vědí, co od nich mohou očekávat. Je pro ně důležitá sounáležitost s vlastní generací, protože si uvědomují, že mladším lidem mnohdy nerozumí, jejich cíle a zájmy jsou jim cizí. Bývá intenzivnější a významnější potřeba citové jistoty a bezpečí. Senioři si uvědomují úbytek svých sil a schopností. Potřeba seberealizace může být hůře naplňována, může klesat její význam nebo způsob jejího uspokojování. Potřeba otevřené budoucnosti a naděje bývá založena na kompromisu, který klade důraz zachování soběstačnosti a sebeúcty. (59 str. 347) Může být přesunuta na další generace rodiny seniora. (59)

Naplnění jedné potřeby může zabránit naplnění jiné potřeby, např. *při přestěhování do domu s pečovatelskou službou může být uspokojen pocit bezpečí, zároveň ale mohou být narušeny sociální vazby*. Ve starším věku může dojít ke zdůraznění jiného rozměru potřeby např. *seberealizace je více spojena s jinými činnostmi nevýdělečnými mimopracovními*. (7 str. 34)

1.3 Rozdělení věku ve stáří

Každý člověk stárne individuálně. V některých životních obdobích člověk stárne rychleji a v některých pomaleji. To, jak člověk v různých životních etapách stárne, zkoumají různé obory psychologie, biologie, sociologie aj. (32) V běžném životě se člověk považuje za starého při dosažení důchodového věku. Přesto, že penzijní systémy v jednotlivých státech jsou rozdílné, považuje se člověk za starého v 65 letech. Za „mladé seniory“ (*young old nebo old*) se poslední dobou označují senioři ve věku 65–74 let. Senioři ve věku 75–80 let jsou nazýváni „starými seniory“ (*old old*). Seniorům, kterým je více, než 85 let se říká „very old old“ (*velmi staří staří*). (15)

Další věkové rozdělení seniorů je následující. Období života, kdy je člověku **60–74 let** se nazývá **vyšším věkem nebo raným stářím**. **Stařecký věk, sénium** nebo **vlastní stáří** je označováno období **75–89 let**. Pokud je člověku **90 a více let** nazýváme je **dlohověkými**. (15)

Věk seniorů se dá dělit z mnoha pohledů:

- *Chronologický věk – odpovídá kalendářnímu věku, je to skutečně prožitý čas bez ohledu na stav organismu.*
- *Biologický věk – je výsledkem geneticky řízeného programu, působení vnějšího prostředí a způsobu života a přítomnosti chorob nebo úrazů.*
- *Funkční věk – se rovná funkčnímu potenciálu člověka, je daný biologickými, psychologickými a sociálními charakteristikami.*
- *Psychologický věk – je výsledkem funkčních změn v průběhu stárnutí, individuálních osobnostních rysů a subjektivního věku.*

▪ *Sociální věk – je určen přítomností nebo nepřítomností životního programu a do určité míry závisí na důchodovém věku.* (18 str. 12)

1.4 Vzorce chování a rodinné vztahy v současné rodině a v minulosti

Na život seniora má velký vliv jeho rodina a vztahy, které v ní fungují. V dřívějších dobách senioři z venkova bydleli na výminku. Výminky byly součástí chalup, kde žily jejich děti s vnoučaty. Takhle forma bydlení pro seniory se může zdát idylická. Tak idylická, ale nebyla. Senioři se svými dětmi uzavíraly smlouvy o předání chalupy a pozemků dětem za podmínky, že se o ně jejich děti postarají a předají jim přesně stanovenou část úrody. Tyto smlouvy se uzavíraly před notáři, faráři a sousedy. Pokud děti špatně hospodařily a neodevzdaly rodičům úrodu dle smlouvy, mohli je rodiče zažalovat. To se také často dělo. Mezi rodiči a dětmi často docházelo k hádkám někdy i týrání. (13) Po 2. světové válce byla rodina spíše patriarchální. Později docházelo k tzv. krizi patriarchální rodiny, která se začíná transformovat na rodinu partnerskou. Dříve byly běžné velké multigenerační rodiny. (51) Dnešní struktura domácností je následující dvě třetiny tvoří úplné rodiny, desetina rodin je neúplných a ve čtvrtině domácností žijí jednotlivci. Za zmenšováním průměrné velikosti domácnosti stojí dva důvody, prvním je více domácností, kde žijí jednotlivci, druhým snižování počtu dětí v rodinách. Předpokládá se, že až čtvrtina seniorů v ČR žije osaměle nebo v sociální izolaci. Osamělost a sociální izolace se zvyšuje s narůstáním věku seniorů. (7) Toto platí zejména u žen, které ve většině případů ovdoví. Přibližně polovina seniorek v České republice je vdovami, které žijí osamocně. Staří manželé mohou často trpět „ponorkovou nemocí“. Často se stává, že vykrytalizují jejich povahové rysy a změní se i nároky na společný život. (11)

Senioři žijí většinou ve starších domech nebo bytech. V případě pádu nebo úrazu mají omezené možnosti dovolat se pomoci. Tito senioři často potřebují zdravotnickou i sociální dispenzarizaci. (7) Převládá trend, kdy senior žije osamocně v blízkosti domova svých dětí, aby ho mohly častěji navštěvovat. (20) Současná rodina ztrácí svůj potenciál plnit některé funkce rodiny. Spoustu úkolů, které dříve plnila, dnes přechází

na specializované instituce. (53) V případě seniorů jsou to právě instituce poskytující sociální služby pro seniory. Síla mezigeneračního pouta rodiny se projeví v situaci, kdy se má rodina postarat o seniora, který je často nesoběstačný. (20)

Na rozdíl od minulosti začínají být běžné čtyři generace rodinných vztahů, ve kterých neexistují vzájemně vyjasněné role. Senioři se cítí v dnešní době ohroženi. Atmosféru ve společnosti hodnotí jako nevhodnou a kritizují špatnou výchovu mladší generace. (29) Výhodou bydlení seniora s dětmi a vnoučaty, může být i vliv na výchovu vnoučat, kdy senioři mohou poradit s výchovou. Mohou vnoučata pohlídat, když jsou rodiče v práci atd. Tato skutečnost působí pozitivně na seniora, protože má pocit své potřebnosti. Pokud v rodině převládají dobré vztahy, vnoučata mají dobré vzory rodinného chování a působí to na vývoj některých pozitivních vlastností. Je dokázáno, že prarodiče mohou pozitivně působit na vývoj emoční inteligence vnoučat. Uvědomují si, že také jednou zestárnou, učí se být trpělivými a tolerantními ke stáří. (5)

1.5 Důvody pro umístování seniorů do domovů pro seniory

Senioři volí pobyt v domovech pro seniory nejčastěji ze zdravotních či sociálních důvodů. V situaci, kdy se zhorší jejich zdravotní stav a nedokážou se o sebe postarat nebo není nikdo z rodiny, blízkých, kdo by jim mohl zajistit potřebnou péči či pečovatelská služba na dosah. (21)

Malé rodiny nejsou schopné se postarat o své staré rodiče z různých důvodů. (51) Nejčastějšími důvody jsou zaměstnání, péče o děti a ekonomická zátěž. (15) Mnoho lidí také není připraveno starat se o nesoběstačného seniora z důvodů, že to neumí, bojí se, že by mu nějak ublížili nebo péči nezvládli. Posledním důvodem může být, že nechtějí a to z různých důvodů. Mohou to být například špatné vztahy se seniorem. Také případy kdy se senior rozvedl a potomek, který by se o něj měl starat, s ním nevyrostal, nemusí k němu tedy mít vytvořenou citovou vazbu. Dále v případě kdy senior je nevlastním rodičem člověka, který by o něj mohl pečovat. Zhoršení zdravotního stavu samotného pečujícího může být dalším důvodem. Nejvíce se v péči o seniory angažují ženy ve středním věku, je to nejspíše z důvodu, že jim je tradičně připisována role pečovatelky.

Ženy ve středním věku se často starají ještě o své děti a vnoučata, dále trpí problémy spojenými s klimakteriem. Péče o seniora je může hodně vyčerpávat a poté volí institucionální formu péče. (20)

1.6 Historie sociálních služeb pro seniory v České republice a zahraničí

Péče o seniory se průběhem času velmi změnila. Významnou roli ve všech vývojových etapách v péči sehrála rodina. V raném středověku začaly vznikat církevní instituce, které pomáhaly chudým (ptochotrofia) a starým (gerontotrofia) lidem. Poté začaly vznikat chudobince a starobince, klášterní a městské ošetrovatelské domy např. azyl pro nemajetné, chudé a staré. Ve 12. století zakládaly církevní řády špitály, ve kterých byl starým lidem poskytován nocleh, strava a odpočinek. (24) V 15. a 16. začaly na území Prahy vznikat ústavy pro zchudlé a staré občany. Od 17. století u nás vznikaly klasické nemocnice, kde postupně převládala léčebná složka, staří lidé byli tak umístováni do starobinců či chudobinců. (23) V 19. století poskytovala péči nezaopatřeným, nemocným a nemooucím starým lidem farní chudinská zařízení (chudobince, starobince, pastoušky). O tyto lidi se musela postarat každá obec, ve které bydleli. (24) Po 1. světové válce došlo k velkému rozvoji, kdy ministerstvem sociálních věcí byla ustavena správa pro otázky sociální péče. Vznikala nová zařízení pro seniory. Péči seniorům nabízely různé dobročinné organizace a církve (Charita, Diakonie, České srdce, Československý červený kříž). (23)

Po 2. světové válce převládal názor, že to nejlepší pro seniory bude dožít svůj život důstojně v domovech důchodců. Domovy důchodců se budovaly rekonstrukcí budov (často zámků), které sloužily původně k jinému účelu. Poté se začaly zřizovat zcela nové, které byly, ale dále od měst. To mělo za následek segregaci seniorů. Senioři do domovů odcházeli většinou s radostí. Hlavně ti, kteří dříve žili v polorozpadlých chalupách nebo přeplněných bytech. V domovech důchodců měli také zaručeno zůstatek kapesného, za které si mohli nakoupit různé věci. Lidé této generace byli také velmi skromní a byli více zvyklí žít v kolektivu. Bylo běžné, že do domovů odcházeli

také lidé zdraví a soběstační, kteří neměli dostatek materiálního a sociálního zabezpečení. (15)

V 60. letech 20. století došlo, ale ke změně. Lidé začali žít ve větším komfortu, začali si stavět rodinné domy. Domovy důchodců, tak byli pro seniory méně pohodlné, než dříve. Na veřejnosti se začaly objevovat informace, že ve spoustě domovů důchodců byly neuspokojivé prostory, nedostatečné vytápění a neuspokojivá hygiena. Výjimkou nebyly čtyřlůžkové, pěti a vícelůžkové pokoje. Do těch nejlepších domovů důchodců mohli pouze zasloužilí členové Komunistické strany Československa. (15) Nebylo výjimkou, že ve spoustě domovů byli umístěni senioři, kteří byli zdraví a soběstační. Byli zde proto, že neměli kde bydlet. Před umístěním do domova pobývali často zbytečně z neindikovaných zdravotních důvodů na LDN. Příbuzní je zde občas navštívili, hlavně v období, kdy se vyplácel důchod. Senioři v domovech bývali pouze pasivními příjemci péče. Docházelo k porušování jejich práv. Často u nich byla používána restriktivní opatření i bez povolení kompetentních osob. Nemohli si vybírat domov, do kterého budou umístěni. Musela se dodržovat spádová příslušnost regionu. (33) Byla zde zřizována tzv. ošetrovatelská lůžka nebo oddělení, kde byli senioři, kteří vyžadovali zvýšenou zdravotní péči a byli upoutáni na lůžko. Kritéria pro tyto seniory nebyla prováděcí vyhláškou blíže specifikována. Umísťovali se tam například senioři s různými typy demence, chronickým duševním onemocněním nebo závislostí na návykových látkách. Od roku 2007 zajišťují péči pro tuto cílovou skupinu domovy se zvláštním režimem. (28)

V období socialismu existovaly také domovy – penziony pro důchodce. Jejich rozdílnost od domovů důchodců spočívala v tom, že senioři si tam mohli brát svůj vlastní nábytek. Měli zde i více domácké prostředí, péče zde neprobíhala tak přísně, jako v domovech důchodců. (16) Nabízely ubytování klientům, kteří byli z velké části soběstační. Mohli si objednat služby např. jako: nákup, úklid, praní a žehlení prádla. Za ubytování platili uživatelé nájem. (36)

Po roce 1968 začaly vznikat první domy s pečovatelskou službou. Začaly být oblíbené, jedním z důvodů bylo, že si do nich senioři mohli brát svůj vlastní nábytek a

své věci. V těchto domovech byli lidé ze spádové části města nebo z jeho okresu. Toto byla velká výhoda, protože spousta seniorů se znala nebo měla společné známé.

Začaly vznikat také domovinky. V té době s názvem *zařízení pro denní pobyt důchodců*. Rodina seniora, ale měla problémy s odvozem do těchto zařízení. Pracovníci zařízení seniory nedováželi. Z tohoto důvodu byl o tuto instituci malý zájem.

Rozvíjela se také pečovatelská služba, která na našem území fungovala již od roku 1920, kdy jí provozoval Český červený kříž. (15)

Ke zlepšení situace v sociálních službách došlo po roce 1989. Z důvodů změn ve společnosti a politice byly na spoustu objektů poskytující sociální služby uplatněny restituční nároky. Místo těchto objektů se musely postavit nové moderní zařízení. (62) Po roce 1989 se nestátní subjekty, hlavně církevní, zasloužily o vznik nových institucí pro seniory např. domácí ošetrovatelské péče (rok 1990) a hospiců (rok 1995). (23)

V roce 2007 vešel v platnost nový Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který významně pozměnil podmínky poskytování všech sociálních služeb. Odpovědnost státu přešla z téměř výhradní pozice státu na jednotlivce, obce/komunity, kraje, občanské společnosti a stát. Každý z nich má své povinnosti a svůj podíl odpovědnosti. (33 str. 30)

1.7 Péče o seniory v zahraničí

V zahraničí nejsou domovy pro seniory pojmově jednoznačně vymezeny, proto existuje spousta výrazů pro zařízení nabízející seniorům bydlení a různé služby. Senioři mohou využívat domky nebo byty, které jsou součástí běžné bytové zástavby (group households, senior co-housing, small housing units) a senioři zde bydlí ve skupinách. Je to obdoba chráněného bydlení v Čechách. Existují také samostatné bytové komplexy (seniorparks), nabízejí komplexní péči včetně péče rehabilitační, ošetrovatelské a lékařské. Další službou jsou seniorské rezidence, o jejichž vzniku senioři konzultují s architekty. Mají splňovat ekologické, estetické a zdravotní potřeby starých lidí. V poslední době se soukromé bytové komplexy doplněné těmito službami začínají objevovat i v České republice. (37)

Švýcarsko. Ekonomicky vyspělé země západní Evropy v péči o seniory a problematiku s ní spojenou dobře reprezentuje Švýcarsko. Ve Švýcarsku je systém péče o seniory postaven na třech pilířích. První z těchto pilířů tvoří vlastní byt. Ve vlastní domácnosti seniorů o ně pečují rodinní příslušníci nebo je seniorům poskytována ambulantní péče organizovaná zdravotním odborem politické obce. Funguje zde vzájemná spolupráce mezi jednotlivými poskytovateli služeb na bázi společných projektů, fúzí atd. Zdravotně sociální a ošetrovatelská péče v terénním prostředí je vykonávána stejnou osobou. Kvantitativní vybavenost služeb dlouhodobé stacionární péče je hodnocena, jako dostatečná. Pobytové zařízení pro seniory jsou pečovatelské domovy a domovy pro seniory. Senioři odcházejí do domovů pro seniory ve vysokém věku, kdy se nemohou tolik pohybovat a mají zdravotní a psychické poruchy. V pečovatelských domovech jsou senioři, kteří mají geriatrické syndromy. Pokud se jejich stav zhorší, je jim přizpůsobena péče a nemusí být přemístěni do domovů pro seniory. Což neplatí v české republice. Existuje zde ještě tkzv. kolektivní bydlení seniorů (popsané níže). (52)

Senior cohousing se osvědčil např. v Dánsku, USA a Švédsku. V češtině tento pojem znamená blízké sousedské bydlení seniorů. Mohou zde žít i lidé středního věku. Věkový limit příjmu do zařízení se liší dle státu. V USA a v Dánsku je to kolem 55 let. Ve Švédsku kolem 40 let. Je zde uplatňován trend stárnutí doma (aging in place). Představuje také udržitelné řešení bydlení a péči o seniory méně zatěžující rodinu a stát. Mohou zde být umístěni senioři odkázáni na pomoc ostatních. Pomoc a péči jim poskytují ostatní obyvatelé (co-caring), někdy ve spolupráci se sítí terénních a ambulantních služeb. Je využíváno jako alternativa domovů (penzionů) pro seniory, domovů s pečovatelskou službou. (2)

Chráněné bydlení pro seniory ve Vídni. Senioři bydlí v bezbariérově upravených bytech. Jsou zde umísťováni senioři, kteří mají zdravotní nebo sociální problémy, nemohou nebo nechtějí bydlet sami a jejich stav nevyžaduje trvalé ošetrování. Byty jsou různé velikosti (3–8 ložnic). Každý klient bydlí v jedné ložnici, kterou si může zařídit podle sebe. Klienti se setkávají ve společných prostorách v obývacím pokoji, kuchyňce s jídelnou. Od 7mi do 15i hodin jsou v bytě jedna nebo dvě ošetrovatelky. V případě

potřeby dochází ošetřovatelka také mimo tuto dobu. Dle potřeby do zařízení dochází také lékař. Za seniory pravidelně dochází sociální pracovník a psycholog, kteří jsou zaměstnanci poskytovatele chráněných bytů. Senioři si mohou objednat dovoz jídla a úklid. Pokud chtějí, mohou si navzájem pomáhat. Na péči se ve velké míře podílí i rodina. Majitelem těchto domovů je většinou město. Poskytovateli této služby jsou nestátní neziskové organizace. (13)

Německo. V Německu existují tzv. case manageri, kteří pomáhají lidem propuštěným z nemocnice zajistit následné služby v domácím prostředí nebo komunitě. Služba funguje především telefonicky. Pacientům a jejich rodinám jsou poskytovány informace o návazných službách po propuštění z nemocnice. Tato služba je hrazena ze zákonného zdravotního pojištění. (54)

Nizozemí. V Nizozemí využívají nejvíce (v 90 %) senioři k bydlení vlastní domovy. Lidé jsou zde povzbuzováni k bydlení ve vlastních bytech. Přibližně 180 tisíc lidí zde využívá pobytu v domovech pro seniory nebo sanatoriích (v ČR je to 41 tisíc lůžek pro seniory). Nizozemí je jedním ze států, které mají nejvyšší úhradu za péči v domovech pro seniory. Alternativou životu v domově pro seniory jsou i přizpůsobená a chráněná bydlení. Funguje zde asi 15 % lidí starších 65 let, kteří se podílí na neformální péči dobrovolnictvím. (30)

Slovinsko. *Slovinsko a Česká republika patří mezi nejlepší „nové“ státy v Evropské Unii v poskytování sociálních služeb.* (58 str. 26) Dle zákona zde mají rodinní příslušníci povinnost podílet se na platbách za sociální služby. Jeden průměrný den v pobytovém zařízení je nákladově levnější, než terénní péče. (58)

1.8 Současná situace a nabídka sociálních služeb pro seniory

V roce 2006 začal platit zákon o sociálních službách, což přineslo výrazné změny k lepšímu. ČR převzala funkční a ověřený model ze zahraničí, hlavně od ostatních členských států Evropské unie. Zákon o sociálních službách upřednostňuje deinstitucionalizaci před institucionalizací. (33) V péči o seniory se upřednostňuje péče v jejich přirozeném sociálním prostředí. Tato péče by měla mít vyšší standard úrovně a

nižší veřejné výdaje. Přednost při umístování do domovů pro seniory mají senioři nesoběstační, vyžadující trvalou péči a pomoc. (41)

Zřizovateli domovů pro seniory mohou být obec, kraj nebo Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dále pobytové služby zřizují také nestátní neziskové organizace, jako jsou občanská sdružení a církve. V České republice je více, než 85 % pobytových sociálních zařízení zřizováno obcemi nebo kraji. Poskytovateli mohou jen registrované subjekty v registru poskytovatelů sociálních služeb. K tomu aby získaly registraci, musí splňovat podmínky vycházející ze standardů kvality v sociálních službách a další podmínky. (33)

Poskytovateli mohou být:

a) domovy zřizované obcí a krajem

b) nestátní neziskové organizace: Výhoda nestátních neziskových organizací oproti ostatním komerčním organizacím spočívá především v tom, že jsou zde více podporované rodinné vztahy nebo jiná neformální společenství. Další výhodou je, že je kladen velký význam etické a hodnotové dimenzi. Služby mají často intimní povahu. Jsou provázané se sítěmi v dané komunitě. Určité nevýhody jsou, že jsou organizace závislé na financování z vnějších zdrojů a politických rozhodnutích.

c) MPSV (33)

Kraj má ze zákona povinnost vytvořit síť sociálních služeb. Obec „může“ vytvářet síť sociálních služeb. (39)

Pravdou, ale je, že v České republice je síť sociálních služeb velmi chudá. Potřebné sociální služby jsou k dispozici teritoriálně a obsahově velmi nerovnoměrně. Hlavně služby, které podporují samostatnost uživatele (osobní asistence, raná péče, respitní péče...) a jeho pobyt v přirozeném rodinném prostředí. Rovnoměrné rozložení sociálních služeb by mělo být řešeno plánováním sociálních služeb. Nedostatkem v plánování sociálních služeb je nevyřešený vztah mezi centrálním orgánem (Ministerstvem práce a sociálních věcí) a orgány krajské a místní samosprávy. Problémem je také velký nedostatek míst u tradičních forem sociálních služeb, jako jsou domovy pro seniory a domovy pro zdravotně postižené občany. Uživatelé sociálních služeb jsou někdy nuceni přijmout i takovou sociální službu, která jim nevyhovuje. (39)

Počet domovů pro seniory v roce 2011 byl 471 s kapacitou 37 616 lůžek na konci prosince byla tato lůžka obsazena 36 523 uživateli. Z těchto zařízení bylo 184 krajských, 171 obecních, 70 církevních a 46 ostatních zřizovatelů. Výše popsané údaje vypovídají, o vysokém využívání služeb domovů pro seniory. Ve srovnání s předcházejícími dvěma roky se počet domovů pro seniory zvýšil. (45)

Financování těchto služeb je vícezdrojové. Hlavními zdroji jsou dotace z veřejných rozpočtů. Podílí se na něm klient ze svých zdrojů a také z příspěvku na péči. Dále mezi ně patří úhrada za ošetrovatelskou a rehabilitační péči z veřejného zdravotního pojištění. Od počátku 90. let se výdaje na sociální služby zvyšují. Od roku 1995 se tyto výdaje zvýšily přibližně čtyřikrát. (62)

S klienty se sepisuje individuální plán, od kterého se vyvíjí poskytování služby. Klient již nepřijímá služby pasivně, ale aktivně se podílí na tvorbě poskytované sociální služby. Všechny poskytované služby mají za cíl udržet klientovu soběstačnost. Tento přístup vede k zajištění lidské důstojnosti, podpoře sebevědomí a pocitu vlastní hodnoty a ceny. (33)

1.8.1 Zařízení poskytující péči před umístěním do domovů pro seniory

Nemocnice. Senioři jsou někdy umístováni do domovů pro seniory z akutních oddělení nemocnic, léčeben dlouhodobě nemocných nebo odděleních následné péče, které jsou součástí nemocnic. Při propouštění seniorů z nemocnice sociální pracovníce často pracuje pod velkým tlakem. Ze strany lékaře, který od ní očekává, aby pomohla zajistit pacientovi co nejrychleji péči v domácnosti nebo jiných institucích. Rodina pacienta o něj často nemá zájem, neumí nebo nechce se o něho postarat. Navazující sociální pobytové, terénní pečovatelské nebo asistenční služby jsou kapacitně nebo místně limitovány. Pacient nemá tedy možnost výběru z těchto služeb a je často překládán mezi různými zařízeními. Toto je pro něj nedůstojné. Sociální pracovník by měl pacientovi poskytnout informace o nabídkách domovů pro seniory o jejich charakteru, kvalitě, cenách atd. (35)

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. V těchto zařízeních jsou poskytovány pobytové sociální služby osobám, které jsou zdravotně stabilizované, nevyžadují lůžkovou péči, ale jejich zdravotní stav nedovoluje, aby se o sebe sami postarali. Zůstávají zde na přechodnou dobu, než je jim zajištěna dostatečná péče formou rodiny, terénních, ambulantních nebo pobytových sociálních služeb. *Tato zdravotnická zařízení nejsou v zákoně 372/2011 Sb., o zdravotních službách, konkrétně vyjmenována.* (31 str. 98) Podle dřívější právní úpravy a terminologie za tato zdravotnická zařízení můžeme považovat nemocnice, odborné léčebné ústavy (léčebny pro dlouhodobě nemocné, psychiatrické léčebny, rehabilitační ústavy). Tato zařízení, která poskytují zároveň i sociální služby nemusí mít podle zákona o sociálních službách registraci. Musí ale plnit některé povinnosti, které plní poskytovatelé sociálních služeb např. informovat zájemce o sociální službu o všech povinnostech, které pro ně vyplývají ze smlouvy o poskytování sociálních služeb, o způsobu poskytování a úhradách za tyto služby. Tato zařízení musí dodržovat standardy kvality sociálních služeb a musí s klientem uzavřít smlouvu o poskytnutí sociální služby. (31) V případě hospitalizace pacienta, který již nevyžaduje zdravotní péči v lůžkovém zařízení, ale pro svůj zdravotní stav není schopen sebeobsluhy, se musí včas domluvit péče s osobou, která má tuto péči poskytnout. (68) Při propouštění pacienta, u kterého není zajištěna tato péče, musí zdravotnické zařízení včas informovat obecní úřad obce s rozšířenou působností, který dle adresy náleží k místu trvalého bydliště pacienta. Tento úřad má dle zákona o sociálních službách povinnost zajistit další péči. Pokud toto není možné z důvodu např. nedostatečné kapacity v sociálních zařízeních atd., musí tuto skutečnost oznámit zdravotnickému zařízení, ve kterém je pacient hospitalizovaný. Zdravotnické zařízení poté nabídne pacientovi poskytnutí sociální služby v tomto zařízení. Pokud pacient nesouhlasí s poskytnutím sociální služby ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče, může zde nadále zůstat. Ovšem za podmínky, že tento pobyt se již neuznává, jako pobyt ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče ze zdravotních důvodů, tudíž nebude plně hrazený z veřejného zdravotního pojištění. (66)

Léčebny dlouhodobě nemocných jsou specializovaná zdravotnická zařízení, zřizována samostatně nebo jako součást nemocnic. Tato zařízení pečují o klienty

většinou staršího věku. Klienti jsou zde umístěni dlouhodobě a sociální problematika u nich může převažovat nad problematikou zdravotní. Jejich pobyt je hrazen z tzv. institutu sociální hospitalizace, kdy je zdravotnické zařízení dotováno finanční úhradou za jejich pobyt paušální dávkou z rozpočtu MPSV. Tato dávka, ale nepokrývá skutečné náklady za jejich pobyt. (36)

Sociální lůžka v nemocnicích. V některých nemocnicích existují tzv. sociální lůžka. Tato lůžka využívají pacienti, u kterých již není nutná hospitalizace ze zdravotních důvodů, a nemají jinou možnost péče. Jsou zde pacienti, kteří např. čekají na umístění do domova pro seniory, pacienti, jejichž rodina upravuje byt na bezbariérový atd. Klienti si zde platí si úhradu za pobyt a stravu a úhradu za poskytované sociální služby. Měli by pobírat příspěvek na péči nebo alespoň mít o příspěvek zažádáno. (38)

Domovy s pečovatelskou službou. (viz. níže)

1.8.2 Pobytové sociální služby pro seniory

Domy s pečovatelskou službou – DPS. Jsou kombinací pečovatelské služby a pobytového zařízení. Často jsou řešením nevyhovujícího bydlení seniorů nebo těžce zdravotně postižených osob. Jejich výhodou je především přítomnost pečovatelek po celý den, hlavně ve dnech pracovních. (11) Tyto domy jsou zřizovány především obcemi. Obec zřizující DPS si také stanovuje podmínky pro umístění osob. Podmínky by měli upravovat věk a zdravotní stav pro umístění osob. Přednostně by se měli přijímat lidé, jejichž zdravotní stav vyžaduje intenzivnější péči. DPS není zařízením sociálních služeb. Byty v domovech jsou byty zvláštního určení definovaných občanským zákoníkem jako byty zvlášť upravené pro bydlení zdravotně postižených osob a byty v domovech zvláštního určení. (31 str. 79) Senioři, kteří bydlí v DPS musí uzavřít nájemní smlouvu na užívání bytu, podle této smlouvy hradí nájemné a poplatky spojené s užíváním bytu. Dle zákona o sociálních službách musí mít senior ještě s poskytovatelem uzavřenou smlouvu o poskytování pečovatelské služby. Při umístění seniorů v DPS může být při sjednávání smluv uzavřena dohoda mezi obcí a seniorem,

kteřá by řešila případ, kdy se stav seniora zhorší natolik, že bude potřebovat umístít v jiném vhodném zařízení sociálních služeb. (31)

Domovy pro seniory. Jsou formou náhradního bydlení starých lidí, kteří z různých důvodů nemohou či nechtějí žít ve svém původním domácím prostředí a v přirozené komunitě a volí bydlení ve společenství vrstevníků podpořené nejrůznějšími službami, jež jsou snadno dostupné a odpovídající jejich specifickým potřebám. (37 str. 434)

Rážová a Králová definují domovy pro seniory následovně. *Domovy pro seniory poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu vyššího věku, které potřebují pravidelnou pomoc v oblasti soběstačnosti a osobní péče. Jejich nepříznivá sociální situace jim nedovoluje žít ve vlastním domácím prostředí. V domovech pro seniory je zajištěna komplexní péče. Pobyt v domově nahrazuje domácí prostředí.* (31 str. 77) Dle zákona o sociálních službách § 49 jsou v domovech pro seniory poskytovány pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. (66)

Domovy se zvláštním režimem. Jsou obdobou domovů pro seniory s tím rozdílem, že péče je zde poskytována lidem s chronickým duševním onemocněním nebo se závislostí na návykových látkách. Dále osobám se stařeckou a Alzheimerovou demencí a jinými typy demence, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. (28 str. 216) Některé domovy se specializují na jeden druh demence nebo závislostí, jiné mohou poskytovat péči osobám s více typy demencí a závislostí. (31)

1.8.3 Ambulantní a terénní sociální služby pro seniory

Osobní asistence. Je terénní služba, která je poskytována lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. (40 str. 77) Služba je poskytována dle individuálních potřeb osob. Může být využívána přes den nebo v noci buď v domácnosti, nebo jiném přirozeném sociálním prostředí. (40) Od pečovatelské služby se

liší tím, že navíc nabízí např. doprovod klienta k úřednímu jednání, doprovod na cestách atd. (36)

Pečovatelská služba. Je jedna z nejrozšířenějších terénních služeb. Využívají jí senioři a těžce zdravotně postižení občané, kteří si z důvodu zdravotního stavu, vysokého věku nebo ztráty soběstačnosti nejsou schopni obstarat nutné práce v domácnosti a další životní potřeby nebo, kteří pro nepříznivý zdravotní stav potřebují ošetření jinou osobou nebo jinou osobní péči, kterou jim nemohou poskytnout rodinní příslušníci. Jedním z jejích cílů je oddálení nutnosti umístění do ústavní péče. (11 str. 83) Je zřizována většinou obcemi v některých případech nestátními neziskovými organizacemi. Je hojně využívána především k dovážce jídla. (36)

Agentury domácí péče (home care). Mohou být státní, městská, charitativní nebo soukromá zařízení. Jejich péče je poskytována na základě doporučení praktického lékaře a je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Často zajišťují ošetřování chronických ran, aplikaci inzulínu, fyzioterapii, poradenství týkající se kompenzačních pomůcek a jejich zapůjčování. (19)

Denní centra pro seniory. Před rokem 1989 byla nazývána jako domovinky. Nabízejí svým klientům různé aktivizační programy. Některá denní centra nabízejí dovoz a rozvoz klientů. Některá centra poskytují péči o seniory s demencí, o tyto služby je ale většinou malý zájem. (36) Cílem těchto center je umožnit odpočinek lidem pečujícím o seniora v jeho domácím prostředí. Patří mezi tzv. odlehčovací služby (viz. níže), které mohou být poskytovány terénní, ambulantní nebo pobytovou formou. (19)

Úlevová (respitní) péče. Tuto péči poskytují především nestátní neziskové organizace. V zákoně o sociálních službách se řadí se mezi odlehčovací služby. Zaměstnanci těchto služeb (asistenti) chodí za klienty přímo do jejich domovů, kde je hlídají. Nebo mohou klienti navštěvovat tzv. respitní centrum, kde jsou po část dne. (36)

Tísňová péče. Je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami, které jsou v důsledku snížení soběstačnosti a schopnosti péče o svou osobu vystaveny stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života, zejména v případě pomoci v důsledku náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu

nebo schopností. (31 str. 81) Tato služba je velmi dobrá v případě, kdy si senior potřebuje např. zavolat záchrannou službu, poranil se, spadl a nemůže se zvednout.

1.9 Postup při umístování seniorů do DS

1.9.1 Podmínky přijetí uživatele do domova pro seniory

K tomu aby mohl být senior přijat do domova pro seniory, musí splňovat podmínky, které upravuje zákon o sociálních službách. Podmínky přijetí seniora do domova pro seniory jsou následující: *žadatel je osoba se sníženou soběstačností a odpovídajícím věkem, jejíž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.* (66) Odpovídajícím věkem bývá většinou dosažení věku 65 let. (37)

V praxi je časté, že si někteří poskytovatelé kladou jako podmínku, že senior musí mít přiznaný příspěvek na péči nebo o něj musí mít alespoň zažádáno. Nechovají se tak nezákonně, protože zákon tuto povinnost neupravuje. (4) Problémem je dlouhá doba při řízení o příspěvku na péči. Řízení o přiznání může trvat 3 měsíce, půl roku někdy ale až jeden rok. (39)

1.9.2 Výběr domova pro seniory

Důležité je si dobře vybrat zařízení. Zařízení si vybírá senior někdy ve spolupráci s rodinou. V některých případech je výběr zařízení pouze na rodině např. když je senior hospitalizovaný a nemůže z různých důvodů komunikovat. Výběr bývá většinou omezen jen na zařízení v kraji trvalého pobytu seniora. Státní domovy pro seniory mají totiž povinnost brát přednostně klienty z jejich kraje. Dle čeho si mají, ale vybrat vhodné zařízení?

Zakladatelka České alzheimerovské společnosti Iva Holmerová doporučuje některá kritéria, dle kterých by se měli zájemci o službu rozhodovat. Zájemci o službu by se měli informovat o tom, zda jsou v zařízení časově neomezené návštěvy. Dále podle toho, jak se cítili při prohlídce zařízení. Zda se na ně pracovníci zařízení usmívali a při

komunikaci s klienty udržovali oční kontakt. Jak bylo zařízení uklizené a jestli v něm nebyl zápach. Doporučuje navštívit zařízení v době, kdy se podává jídlo, aby zjistili, zda je klientům, kteří potřebují pomoc s jídlem pomoc poskytnuta. Měli by si také všimnout fungování komunikace mezi různými pečujícími profesemi. Zájemce by se měl také informovat, jestli je možnost zkušebního umístění. Dobré je se informovat o aktivitách, které domov klientům poskytuje a navštívit prostory pro ně vyhraněné. Měli by si všimnout, zda se zaměstnanci snaží co nejvíce podporovat samostatnost klientů. Zda respektují důstojnost seniorů, jak jsou senioři upraveni a oslovení. Jestli vypadají spokojeně a cítí se, jako doma. Zájemci by také měli mluvit, s co největším počtem zaměstnanců. Na postoj k zájemcům je vidět i postoj ke klientům. (60)

Databázi o sociálních službách pro seniory vede na svých internetových stránkách Česká alzheimerovská společnost. Nachází se tam i seznam domovů pro seniory v jednotlivých krajích České republiky. (8)

Od září roku 2009 funguje projekt *Značka kvality*. Tento projekt se zaměřuje především na domovy pro seniory. Má za cíl zvýšit kvalitu služeb v domovech pro seniory a zlepšit propagaci těchto zařízení na veřejnosti. Speciální zaměření na pobytová zařízení má zvýšit motivaci poskytovatelů ke zlepšování jejich služeb a zlepšení orientace zájemců o službu při výběru zařízení. Kvalita poskytovaných služeb je hodnocena výhradně uživateli. Poskytovatelů jsou udělovány hvězdy, čím více hvězd poskytovatel obdrží, tím lépe. Tento systém se běžně užívá v západoevropských zemích. V České republice se tímto certifikátem může v současné době pochlubit 25 domovů pro seniory. (70)

1.9.3 Problematika opatrovnictví

Často se stává, že senior nemůže jednat samostatně (trpí nějakou formou demence, má nějaké psychiatrické onemocnění atd.). V takovém případě je vhodné přemýšlet o tzv. podpůrném opatření či ustanovení opatrovníka seniorovi. Ve starém občanském zákoníku předcházelo ustanovení opatrovníka omezení nebo zbavení způsobilosti k právním úkonům. (65) Dle nového občanského zákoníku tyto pojmy nahradil pojem

svéprávnost. Nový občanský zákoník nabízí mírnější varianty (podpůrná opatření), než je omezení nebo zbavení svéprávnosti.

Jsou to *Předběžné prohlášení*, kdy dosud duševně zdravý člověk v očekávání, že v budoucnu nebude schopen samostatně právně jednat, může určit, aby jeho záležitosti byly spravovány určitým způsobem, či si dopředu určí opatrovníka, který bude jeho záležitosti spravovat. (47)

Nápomoc při rozhodování. Může být využívána v případech, kdy duševně postižený člověk pro jeho poruchu potřebuje nápomoc při rozhodování. Bude mít tzv. podpůrce, který bude jednat spolu s ním (ne za něj) při právních jednáních a poskytovat mu při nich podporu. Podpůrců může být i více. (25) Podporovaný bude mít tak dostatek prostoru pro vlastní právní vůli a právní jednání. O nápomoci musí uzavřít podpůrce a podporovaný smlouvu. (47)

Zastoupení členem domácnosti. Tato varianta bude možná v případech, kdy člověk duševně postižený nebude moci samostatně právně jednat a nebude mít jiného zástupce. Zástupci ze členů domácnosti mohou být potomek, předek, manžel/lka, partner/rka nebo osoba, která žila se zastoupeným před vznikem zastoupení alespoň 3 roky). *Zastoupení se vztahuje pouze na obvyklé záležitosti, jak to odpovídá životním poměrům zastoupeného*. (69) Např. záležitosti týkající se žádosti o přiznání dávek pomoci v hmotné nouzi, žádosti o státní sociální podporu apod. (25) K zastoupení nedochází mezi členem domácnosti a zastoupenému a priori k uzavření smlouvy. (47)

K *omezení svéprávnosti* by se mělo dle NOZ využívat až v případě, kdy nebude možno využívat výše uvedených podpůrných opatření. Soud musí přesně vymezit, ke kterým právním jednáním je dotyčný omezovaný, a ke kterým ne. Nyní je možné člověka ve svéprávnosti pouze omezit nikoli zbavit. Omezení svéprávnosti je dle nové zákonné úpravy dočasné a to nejdéle na 3 roky. Poté musí být zahájeno nové soudní řízení o prodloužení omezení. (47) Oproti dřívější právní úpravě soud v rozsudku o omezení svéprávnosti rovnou jmenuje opatrovníka. Což je výhodou, protože dříve bylo k ustanovení opatrovníka třeba dvojí soudní řízení. První soudní řízení o způsobilosti k právním úkonům a druhým opatrovnícké řízení. (25) Problémem byla dlouhá doba

soudních řízení, které mohly trvat až půl roku. Než byl ustanoven opatrovník, senior mohl zemřít.

Pokud senior zbavený svéprávnosti vysloveně odmítne umístění do zařízení, nikdo nemá právo ho tam umístit. Toto právo má pouze soud. (17)

Senior, který není schopen jednat samostatně nebo má opatrovníka, by měl být přítomen při všech jednáních. Komunikaci by s ním měli ostatní navazovat prostřednictvím piktogramů, fotografií, obrázků, na kterých jsou zobrazeny různé věci a situace a komunikačních tabulek. Někdy tato komunikace vyžaduje odborné znalosti, častější práci se zájemcem a trpělivost. (17)

1.9.4 Jednání se zájemcem o službu

Se zájemcem o umístění do domova pro seniory jedná většinou sociální pracovník/ce domova pro seniory. Postup při jednání upravuje standard kvality v sociálních službách, který obsahuje příloha vyhlášky zákona o sociálních službách č. 505/2006 Sb. Podle tohoto standardu musí organizace písemně zpracovaná vnitřní pravidla, kterými se řídí při podávání informace zájemcům o umístění v domově pro seniory. Musí se zájemcem domluvit na jeho požadavcích, očekáváních a osobních cílech, které by se u něho mohly realizovat při poskytování sociální služby. Musí mít také písemně zpracovaná vnitřní pravidla upravující postup v případě odmítnutí zájemce o umístění, z důvodů, které jsou uvedeny v zákoně. (63)

Jednání není otázkou jedné schůzky, ale je to dlouhý proces. Jeden rozhovor by neměl trvat více, než jednu hodinu. (17)

Dle Chloupkové 2013 se jednání se zájemcem o službu dalo rozdělit do několika fází: Fáze č. 1 Informace o možnostech a podmínkách poskytování služby

Fáze č. 2 Podání žádosti

Fáze č. 3 Posudek o zdravotním stavu

Fáze č. 4 Sociální šetření

Fáze č. 5 Výstup (22)

Fáze č. 1 Informace o podmínkách poskytování služby:

Sociální pracovník musí zjistit jaký je celkový stav zájemce. Jak a od koho se dozvěděl o této organizaci. Kdo chtěl zažádat o službu, zda zájemce nebo někdo z rodiny. Ptá se na potřeby, možnosti a schopnosti zájemce. Zjišťuje informace týkající se financí (jestli má zájemce přiznaný příspěvek na péči nebo o něj bylo zažádáno, zda je někdo např. z rodiny ochoten doplácet úhradu v domově při nemožnosti zájemce tuto úhradu zaplatit do plné výše). Ptá se na materiální zajištění zájemce (v jakých podmínkách bydlí atd.). Informuje se o osobních cílech zájemce a cílech společné práce, které mají být při pobytu v domově naplněny. Dále informuje a vyjednáva podmínky za jakých je péče poskytována. Srozumitelně vysvětlí zájemci informace o službě a pravidla při jejím poskytování. Musí ho informovat o právech a povinnostech uživatelů, které obsahuje smlouva o poskytnutí služby. Pokud bude mít zájemce nějaké doplňující otázky, tak mu je zodpoví. Sociální pracovník také musí umět posoudit stav domácnosti uživatele. Měl by se také vyznat v kompenzačních pomůckách, aby je mohl zájemci nabídnout. Celý proces poté písemně zpracuje a potřebné dokumenty předá dalším pracovníkům v organizaci. (17)

Fáze č. 2 Podání žádosti

Při splnění výše uvedených podmínek může být podána žádost o přijetí. Formulář žádosti se v praxi běžně používá, zákon ho ale nestanovuje jako povinnost. Poskytovatel sociální služby si tedy může zvolit jiný postup, např. na základě telefonické domluvy či jinak projeveného zájmu, může rovnou provést sociální šetření. (22)

Žádost získá zájemce od sociální pracovnice domova nebo je možné ji stáhnout na internetových stránkách jednotlivých domovů pro seniory. Dále ji může získat na obecním úřadě, úřadě práce, čekárnách lékařů atd. (22)

Žádost obsahuje přílohy vyjádření praktického nebo ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu (viz níže), vyjádření psychiatra o zdravotním stavu (pokud senior trpí např. nějakou formou demence), rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči, v případě, že bylo zažádáno o příspěvek, tak pouze kopii žádosti o příspěvek. Pokud má senior opatrovníka, tak i list o ustanovení opatrovníka, pokud byl teprve podán návrh na

opatrovnictví, přiloží se kopie o návrhu na opatrovnictví. Někdy se přikládá ještě kopie občanského průkazu, která slouží jako doklad o trvalém bydlišti. Zájemce nebo jeho rodina s pomocí sociálního pracovníka vyplní žádost. Žadatel nebo jeho opatrovník žádost podepíše. Poté ji podá na spádovém sociálním odboru (pokud se jedná o státní zařízení) nebo přímo do daného zařízení, pokud je nestátní. (33)

Fáze č. 3 Posudek o zdravotním stavu

U všech pobytových sociálních služeb je povinností zájemce o službu dle § 91 odst. zákona o sociálních službách „před uzavřením smlouvy o poskytnutí pobytové služby předložit poskytovateli sociálních služeb posudek registrujícího poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství o zdravotním stavu.“ (66)

Prováděcí vyhláška 505/2006 k zákonu o sociálních službách v § 36 poskytnutí pobytové sociální služby vylučuje, jestliže:

- a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,
- b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, nebo
- c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití; to neplatí, jde-li o poskytnutí pobytové sociální služby v domově se zvláštním režimem. (63)

Praktický nebo ošetřující lékař píše do posudku diagnózy žadatele, dále se vyjadřuje k jeho mobilitě, schopnosti chůze, inkontinenci moče či stolice, potřebě lékařského dohledu atd. (21)

Fáze č. 4 Sociální šetření

Sociální šetření není definováno v odborné literatuře ani v právních předpisech. V zákoně o sociálních službách sice v § 109 stojí, že sociální šetření vykonává sociální pracovník, dále je v § 25 uvedeno, že Krajská pobočka Úřadu práce provádí pro účely posuzování stupně závislosti podle odstavce 3 sociální šetření, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí. Sociální šetření provádí sociální pracovník. O provedeném sociálním šetření vyhotovuje sociální

pracovník písemný záznam, který na požádání předkládá posuzované osobě, ale bližší vymezení chybí. (22 str. 55)

Sociální šetření by mělo být provedeno co nejdříve od podání žádosti. Provádí ho sociální pracovnice daného domova pro seniory. Společně s ním se ho může zúčastnit také zdravotnický pracovník (vedoucí zdravotnický pracovník, všeobecná sestra) nebo budoucí klíčový pracovník seniora. (22 str. 55)

Sociální šetření může probíhat v přirozeném domácím prostředí seniora, ve zdravotnickém zařízení nebo zařízení sociální péče. Sociální pracovnice si všímá bytových podmínek seniora, zda bydlí s rodinou, ve městě nebo na vesnici. Informuje se, zda má senior možnost či využívá pomoci od sousedů, známých, rodiny nebo sociálních služeb. Zda o něj rodina projevuje zájem. Zjišťuje, jak je na tom senior se soběstačností – komunikací, orientací, obstaráváním potravin, stravováním, vařením, péčí o domácnost, oblékáním a obouváním, osobními aktivitami. Zda má nějaké zdravotní potřeby, je inkontinentní atd. Záznam ze sociálního šetření přiloží k žádosti seniora. (21)

V domově pro seniory kde jsem byla na praxi, sociální pracovnice při sociálním šetření dávala seniorovi dotazník, ve kterém byly otázky ohledně přání oslovování klienta, zajištění chůze a pohybu na invalidním vozíku, pomoci při stravování, druhu a četnosti stravy, přijímání tekutin, úklidu pokoje, praní prádla, užívání a úhrady léků atd. Dále dávala seniorovi ještě seznam doporučených věcí, které si má vzít do zařízení.

Fáze č. 5 Výstup

Poslední fází jednání se zájemcem nebo uživatelem je výstup.

Výstupy mohou být 3:

1) Odmítnutí zájemce (žadatele) o službu podle § 91 odst. 3 zákona o sociálních službách z těchto důvodů:

a) neposkytuje sociální službu, o kterou osoba žádá, a to i s ohledem na vymezení okruhu osob v registru poskytovatelů sociálních služeb,

c) zdravotní stav osoby, která žádá o poskytnutí pobytové sociální služby, vylučuje poskytnutí takové sociální služby; tyto zdravotní stavy stanoví prováděcí právní předpis, nebo

d) osobě, která žádá o poskytnutí sociální služby, vypověděl v době kratší než 6 měsíců před touto žádostí smlouvu o poskytnutí téže sociální služby z důvodu porušování povinností vyplývajících ze smlouvy. (66)

2) Odmítnutí zájemce (žadatele) o službu podle § 91 odst. 3 zákona o sociálních službách z důvodu, že zařízení: *b) nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby, o kterou osoba žádá*

O této skutečnosti by měla být vedena písemná dokumentace chránící poskytovatele z nařčení, že nesleduje oprávněné zájmy žadatelů a dopouští se diskriminace. Poté je jeho žádost zařazena do evidence čekatelů. (4)

3) Přijmutí zájemce (žadatele)

Při nenaplněné kapacitě domova pro seniory a splnění dalších nutných podmínek je zájemce přijat. Při převažující poptávce nad nabídkou je zájemce vybírán z evidence čekatelů na umístění. Měl by být vybírán podle stanovených kritérií. Tato kritéria ale žádný právní předpis neupravuje. Záleží tedy na poskytovateli sociální služby, jaká kritéria si zvolí. (22) Mezi přijatelná kritéria mohou patřit tyto:

- **počet bodů získaných při sociálním šetřením** (body vycházejí ze závislosti zájemce na pomoci jiné fyzické osoby)
- **bydliště v příslušném městě, kraji** apod. nebo vazby na dané město či kraj (zájemce zde dlouhá léta žil, má tu příbuzné apod.)
- **ne/dostupnost nižší formy sociálních služeb** v případě pobytových služeb (ambulantní a terénní) a ne/dostatečnost využití takových služeb
- **datum podání žádosti o sociální službu**
- **sociální situace** (podmínky, ve kterých zájemce žije, možnost využívání terénních sociálních služeb apod.) (22 str. 52)

Poskytovatel by neměl přijímat zájemce dle těchto kritérií:

- **přijetí sponzorského daru a přednostní umístění zájemce**

- **přiznání či nepřiznání příspěvku na péči a jeho výše** – pro přiznání příspěvku na péči provádí u člověka sociální pracovník pobočky úřadu práce sociální šetření, toto následně posuzuje lékař lékařské posudkové služby. Domov pro seniory může mít jiná kritéria hodnocení nebo je může hodnotit jiným způsobem.

Často se stává, že zájemce má sníženou soběstačnost a potřebuje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, ale příspěvek na péči mu nebyl přiznán nebo bylo zastaveno řízení o příspěvku

- **ochota rodiny spolupodílet se na úhradě za pobyt**

- **řešení bytové situace zájemce** – v tomto případě by měl sociální pracovník zájemci najít jiné řešení, protože tento zájemce nejspíše nebude spadat do cílové skupiny (22 str. 54)

1.9.5 Smlouva o poskytnutí sociální služby

Před nástupem seniora do DS je podmínkou sepsání *smlouvy o poskytování sociální služby*. Tato smlouva má zajistit rovnoprávné postavení uživatele služby. Smlouvy většinou vypracovávají sociální pracovníci daného zařízení. Existují ale i smlouvy vypracované MPSV. (39) Pokud je senior schopen samostatného právního jednání, podepisuje smlouvu sám. Problémem při uzavírání smlouvy může být nedostatečné právní vědomí seniora nebo opatrovníka. Proto je někdy dobré využít speciální odborné poradenství např. poradenství uživatelům sociálních služeb. (39)

V případě, kdy senior nemá opatrovníka nebo někoho z výše uvedených, kdo by za něj mohl podepsat smlouvu o sociálních službách. Může tuto smlouvu podepsat pověřená osoba z obecního úřadu obce s rozšířenou působností místně příslušného k domovu pro seniory. (66) Pokud se ovšem později ve smlouvě něco mění nebo rozšiřuje, musí ji znovu podepisovat pracovník obecního úřadu. Toto jsou další obstrukce. Uživatel musí, ale podepisovat i stvrzenky, individuální plány (zákon nepřikazuje), denní záznamy péče. Poskytovatel tohle většinou různě obchází, protože ho k tomu nutí především lidský přístup a selský rozum. (17)

V případě, kdy senior může jednat sám za sebe a má nějakého zástupce. Může udělit zástupci plnou moc k podpisu smlouvy. Plná moc musí být, ale udělena písemně. (22)

Ve smlouvě musí být tyto náležitosti:

- a) *označení smluvních stran*
- b) *druh sociální služby*
- c) *rozsah poskytování sociální služby*
- d) *místo a čas poskytování sociální služby*
- e) *výši úhrady a způsob jejího placení*
- f) *ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb*
- g) *výpovědní důvody a výpovědní lhůty*
- h) *dobu platnosti smlouvy (66 § 91)*

Standardy kvality sociálních služeb uvádějí, že by smlouva měla zohlednit také osobní cíl klienta. (63) Někdy může být formulování osobního cílu relativně obecné a je součástí předmětu smlouvy. (4)

1.10 Pobyt seniora v domově pro seniory

1.10.1 Příjem seniora do zařízení

Při příjmu seniora do zařízení by měl být přítomen sociální pracovník, vedoucí zařízení, vrchní sestra, všeobecná sestra, pracovník v sociálních službách, fyzioterapeut a pracovník pro volnočasové aktivity. Někdy klienta doprovází do zařízení rodina. Všichni tyto pracovníci by se klientovi měli představit a říci mu, jaké služby poskytují.

Klient předloží sociálnímu pracovníkovi doklady. V osobním spisu klienta jsou vyplněné přijímající formuláře (klient často vyplňuje při přijetí dotazník). Společně se sociálním pracovníkem si stanoví osobní cíl, který se zapisuje do individuálního plánu. Senior podepíše všechny formuláře o službách, které mu budou poskytovány, doklady o poskytování informací, souhlasy s poskytováním informací atd.

Seniorovi je přidělen sociálním pracovníkem klíčový pracovník, kterého bude mít na adaptační období. Po skončení adaptačního období si může senior zvolit jiného klíčového pracovníka, pokud mu ten původní nebude vyhovovat.

O pobytu seniora zařízení je vedena zdravotnická, ošetrovatelská, sociální, ekonomická a další dokumentace týkající se provozních dokladů a evidence.

Klientovi je ukázán jeho pokoj, je mu představeno vybavením pokoje a možnosti jeho používání. Pokud má senior dvoulůžkový pokoj, pracovníci ho seznámí s jeho spolubydlícím.

Vrchní sestra edukuje seniora o tom, jakého smluvního lékaře má zařízení a kdy lékař zařízení navštěvuje. Zeptá se seniora, zda bude chtít tohoto lékaře nebo si ponechá svého původního praktického lékaře. Výhodnější pro klienta je spíše volba smluvního lékaře zařízení, protože ke svému praktickému lékaři by se musel dopravovat. Dále provede se seniorem vstupní rozhovor a vyplní ošetrovatelskou anamnézu. Na tvorbě ošetrovatelského plánu se klient podílí.

Klient je vyšetřen praktickým lékařem, ten udělá klientovi vstupní vyšetření a seznámí ho o jeho zdravotním stavu. Do dokumentace klienta napíše ordinace, medikaci (pokud klient užívá léky nebo potřebuje aplikovat injekce), sledování fyziologických funkcí, potřebná vyšetření, rehabilitaci atd. (33)

1. 10. 2 Adaptace seniora na nové prostředí

Příchod seniora do domova pro seniory představuje velkou změnu v životě starého člověka. Mění se jeho životní styl proto si obtížně a déle zvyká na nové prostředí. Musí se vyrovnat s problémy, jako jsou ztráta osobního zázemí, symbolická ztráta autonomie a soběstačnosti. Někteří senioři berou přechod do této instituce jako signál blížícího se konce života. (59) Může se stát, mohou krátce po přechodu z nemocniční péče nebo z domácího prostředí předčasně zemřít. (35) Jak se člověk vyrovnává s těmito změnami, vyjadřuje termín adaptace.

Slovo adaptace pochází z latiny, jeho jádro aptus znamená schopný (schopný zvládnout situaci, před níž stojí). Adaptovat se znamená obecněji zvyknout si na něco, s

čím se nedá nic dělat. (32 str. 55) Je to přizpůsobování novým, změněným nebo odlišným podmínkám a okolnostem. Probíhá na fyziologické, psychologické a sociokulturní úrovni. Schopnost adaptace se stoupajícím věkem klesá. (21 str. 223) Každý člověk má jinou schopnost adaptace.

Pokud senior změní prostředí, může se chovat nápadně konzervativně. K tomu dochází i při přechodu z horšího do lepšího prostředí. Staří lidé hůře navazují nové známosti. Jsou nedůvěřiví k technickým novinkám a zároveň i k mladším lidem. (15) Může u nich dojít k tzv. translokačnímu syndromu, který se projevuje zmateností, neklidem, depresemi, apatií až odmítáním života. Prevencí vzniku translokačního syndromu je důsledná příprava seniora na umístění do domova, dostatečná informovanost o zařízení, podpora při samostatném rozhodování. Senior by se také měl aktivně podílet na přemístění do domova, pokud to dovolují jeho možnosti a schopnosti. Pozitivem je také, pokud jsou zachovány dosavadní sociální vazby, životní styl a kontinuita života. (35)

Příchod seniora do domova pro seniory může být také rizikovým faktorem tzv. geriatrické křehkosti. Což je multikauzálně navozený stav organismu, věkově podmíněný soubor projevů a příznaků, „kontinuum zdravotního a funkčního stavu, který je opakem vitality. Dochází k vyčerpanosti, hubnutí, svalové slabosti, pomalé chůzi a tělesné hypoaktivitě. Tyto projevy přechází v imobilizační syndrom a terminální stádium. (37)

1.10.3 Individuální plánování

Individuální plánování slouží jako užitečný nástroj pro poskytování sociální služby. *Jeho cílem je poskytovat službu v co největším zájmu uživatele. Přizpůsobit ji jeho specifickým podmínkám, požadavkům, možnostem, schopnostem a osobním cílům.* (17 str. 16) Klient je do procesu individuálního plánování a realizace služby aktivně zapojen. (4) Individuální plánování začíná po přijetí do zařízení. (35) Se seniorem sepíše individuální plán jeho klíčový pracovník. Klíčovým pracovníkem může být

pracovník v sociálních službách nebo sociální pracovník. Většinou jím bývá pracovník v sociálních službách. Každý klient má přiděleného svého klíčového pracovníka. Ten má na starost koordinaci péče a podpory klienta. Hovoří s uživateli o jejich potřebách, průběžně přehodnocuje plán, pomáhá uživateli se stanovením jeho osobních cílů. Zároveň provádí přímou péči u klienta. (17) Individuální plánování jmenovitě ukládá zákon o sociálních službách a definuje ho Standard č. 5 v příloze vyhlášky k zákonu o sociálních službách. (4)

1.10.4 Služby a péče poskytované v domovech pro seniory

Služby poskytované v domovech pro seniory se dělí na služby základní a fakultativní. Základní činnosti při poskytování služeb v domovech pro seniory stanovuje §15 vyhlášky 505/2006 k zákonu o sociálních službách. Jsou to činnosti:

- a) poskytnutí ubytování: tato činnost zahrnuje i úklid praní a žehlení, menší opravy osobního a ložního prádla a oblečení
- b) poskytnutí stravy: měla by být zajištěna na celý den s přihlédnutím k věku a dietním omezením klienta, měla by obsahovat minimálně 3 hlavní jídla
- c) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu: sem patří pomoc při oblékání a svlékání, při přesouvání z lůžka na vozík, při vstávání z lůžka a uléhání, pomoc při polohování, při podávání jídla a pití, orientaci v prostoru, při samostatném pohybu jak ve vnějších, tak i venkovních prostorách
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu: sem patří pomoc při samotném výkonu hygieny, při základní péči o vlasy a nehty a při používání toalety
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím: je uskutečňováno prostřednictvím využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů, patří sem i pomoc při obnovování a upevňování kontaktu s rodinou a podpora při jiných aktivitách podporující sociální začleňování
- f) sociálně terapeutické činnosti: jsou činnosti, které vedou k rozvoji, udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporující začleňování osob

- g) aktivizační činnosti: jsou volnočasové a zájmové aktivity, patří sem i upevňování nebo obnovování kontaktu s přirozeným sociálním prostředím, nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí: při komunikování, které vede k uplatňování práv a oprávněných zájmů klienta (63 §15)

Tyto služby musí zařízení poskytovat a jsou poskytovány za úhradu. Vyhláška k zákonu o sociálních službách stanovuje maximální výši této úhrady. Přednostně se služby hradí z příspěvku na péči uživatele. Fakultativní činnosti jsou takové činnosti, které jsou poskytovány nad rámec základních činností a nejsou zákonem přesně stanoveny. Mají za cíl zvýšit životní standard uživatele. Je to například holení, pedikúra, doprovod uživatele za osobními záležitostmi, doprava vozidlem poskytovatele atd. Fakultativní činnosti jsou také za úhradu. Poskytovatel ale může požadovat od klientů úhradu v plné výši. Fakultativní služby, nemohou být hrazeny z příspěvku na péči. Uživatel si je musí hradit ze svých příjmů. (4)

Dále je zde poskytována také zdravotní péče v rámci tzv. odbornosti 913 (ošetřovatelství). Poskytuje se na základě indikace odborným, respektive ošetřujícím lékařem. Jsou to hlavně úkony, jako jsou ošetřovatelská intervence, odběr biologického materiálu, aplikace léčebné terapie, aplikace inhalační terapie, péče o ránu a ošetření stomií. (28)

1.10.5 Úhrada za poskytování služeb v domovech pro seniory

Domov pro seniory se řadí do sociální služby, která se poskytuje za úhradu. (66)
Klienti zde hradí ubytování, stravu a péči, která je obsahem smlouvy o poskytnutí sociální služby.

Úhrada za ubytování a stravu. Novela vyhlášky 505/2006 zákona o sociálních službách stanovuje od 1. 1. 2014 maximální výši ubytování z 200 Kč. na 210 Kč za den. Tato částka zahrnuje i provozní náklady související s poskytnutím ubytování.

Maximální výše částky za stravu se zvedla ze 160 Kč na 170 Kč. za den. V případě, že klient chce pouze oběd, činí tato částka 75 Kč za den. Do těchto částek jsou opět započteny provozní náklady související s přípravou stravy. Celkem tedy klient může hradit maximálně 380 korun za den. (63) Konkrétní výše úhrady klienta je sjednána ve smlouvě o poskytování sociálních služeb. Poskytovatel si musí stanovit výši úhrady ve svých vnitřních předpisech, dle svých podmínek. Tato výše, ale nesmí překročit maximální částky stanovené vyhláškou. (31)

Úhrada za péči. Péči se dle vyhlášky o sociálních službách rozumí základní činnosti a – h (viz. výše). Péče je hrazena výhradně z příspěvku na péči. (39)

Minimální zůstatek příjmů. Poté, co klient uhradí poplatky za stravu a ubytování, musí mu dle zákona zůstat daný minimální zůstatek jeho příjmů. Tento zůstatek se odvozuje od příjmu osoby a jeho výše se stanovuje z procentní částky, která je uvedena v zákoně o sociálních službách. Po úhradě za ubytování a stravu musí klientovi zůstat alespoň 15 % jeho příjmu. Částky tohoto zůstatku jsou u každého klienta jinak vysoké, záleží na výši jeho příjmu. (31)

Pokud má klient dostatečný finanční příjem, zaplatí plnou výši úhrady a zbude mu minimální zůstatek příjmů. V případě, kdy jeho příjem je nižší, než plná výše úhrady, od příjmu klienta se odečte 15 % jeho příjmu a za zbylé peníze zaplatí úhradu za ubytování a stravu. Částka, která chybí do plné výše úhrady, kterou stanovil poskytovatel, není dlužnou částkou úhrady. (31)

V případě, že klient žádné příjmy nemá (nemá nárok na důchod, protože nesplnil podmínky pro přiznání nároku), úhrada za ubytování a stravu není stanovena. Nemá tudíž nárok na poskytování „kapesného“ z prostředků rozpočtu poskytovatele. Může si požádat o dávky pomoci v hmotné nouzi. (31)

„Vratky“. Pokud senior z různých důvodů (např. z důvodu hospitalizace v nemocnici, byl na návštěvě u někoho z rodiny apod.) nebyl nějakou dobu v zařízení, může mu zařízení vrátit poměrnou část úhrady za stravu péči a ubytování. Dříve bylo vrácení peněz za nepřítomnost v zařízení povinné ze zákona. Dnes záleží na každém zřizovateli, zda a v jaké výši „vratky“ klientovi vyplatí. Většina domovů pro seniory vrací klientům poměrnou část úhrady za stravu (úhradu za potraviny nebo i režijní

náklady), pokud byla strava včas a řádně odhlášena. Některé domovy také vracejí v případě odhlášení pobytu poměrnou část příspěvku na péči. (4) Je doporučováno upravit záležitost vratek ve smlouvě o sociálních službách. (39)

Často se stává, že senioři nemají dostatek financí na úhradu za poskytované služby. Rozdíl v částce jim může doplatit rodina nebo někdo blízký. Zákon ovšem říká, že *může*. Někteří poskytovatelé uvádějí ve svých smlouvách, že rodina nebo někdo blízký má povinnost tuto částku uhradit. (39)

Pokud seniorovi tuto částku nikdo neuhradí, vzniká mu dluh za úhradu. Tento dluh si eviduje sociální pracovníce. V případě, že klient zemře a zůstane u něho dluh, stává se předmětem dědického řízení. Jak říká vedoucí oddělení styků s veřejností MPSV Jiří Sezemský: *„Tato praxe je z hlediska zákona zcela nepřijatelná a z morálního hlediska zavrženíhodná, protože odporuje záměru zákona o sociálních službách a standardům poskytování sociálních služeb.“*

Neuhrazené náklady by se měly platit z dotací MPSV, příspěvků a dotací zřizovatelů služeb, tedy převážně krajů a obcí. (42)

2. CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem této práce bylo zjistit, jak dlouhá je čekací doba na umístění do domova pro seniory. Dalším cílem bylo zjistit, jaké jsou překážky a problémy při umístování do domova pro seniory.

2.2 Výzkumné otázky

V rámci kvalitativního výzkumu byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

- 1) Jaké jsou překážky a problémy při umístování do domova pro seniory?
- 2) Má senior jinou možnost péče, než péči v domově pro seniory?

2.3 Hypotézy

V rámci kvantitativního výzkumu byly stanoveny 2 hypotézy:

- H1: Senioři negativně hodnotí čekací dobu na umístění do domova pro seniory.
H2: Senioři znají jen možnost péče v domově pro seniory.

2.4 Operacionalizace pojmů

senioři = pro účely této práce označuji seniory za jedince, kteří dosáhli věku 60 let a více

čekací doba na umístění = doba od podání žádosti do přijetí do domova pro seniory

domov pro seniory = instituce starající se o občany staršího věku, kteří mají sníženou soběstačnost, poskytuje sociální, zdravotní, stravovací a další služby

znají jen možnost péče v domově pro seniory = neznají např. pečovatelskou službu, domovy s pečovatelskou službou, osobní asistenci, penziony pro seniory atd.

3. METODIKA

3.1 Strategie výzkumu a metodický postup

Výzkum byl proveden kombinací kvalitativní a kvantitativní formy. U kvalitativní formy výzkumu byla použita metoda dotazování pomocí techniky polostandardizovaného rozhovoru. *V polostandardizovaném rozhovoru si vytváříme schéma, které obvykle specifikuje okruhy otázek.* (40 str. 159) Můžeme zaměřovat pořadí, v jakém otázky klademe. (40) Informanti byli osloveni na základě účelového výběru. *Účelový výběr spočívá v tom, že cíleně vyhledáváme účastníky výzkumného vzorku dle jejich určitých vlastností. Kritériem výběru je daná vlastnost, její projev nebo stav.* (40 str. 135) Otázky, které byly kladeny informantům, byly zařazeny do příloh. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně přepsány do PC. Při jejich kódování jsem použila techniku barvení textu, protože některé odpovědi se tematicky překrývaly. Technika barvení textu spočívá v tom, že ke každému z hlavních témat je přiřazena jedna barva a text se podle nich barevně označí. (40) Pro analýzu získaných dat jsem použila metody prostého výčtu. *Jejím prostřednictvím vyjadřujeme vlastnost určitého jevu, která se týká např. toho, jak často se daný jev vyskytl, či k jakému poměru výskytu byl k jinému jevu.* (40 str. 223)

U kvantitativního výzkumu bylo použito metody sekundární analýzy dat z osobní dokumentace klientů vedených v tištěné formě a v PC. Poté jsem použila metodu řízeného rozhovoru s klienty. *U řízeného rozhovoru v kvantitativním výzkumu jsou předem stanoveny přesné formulace dotazů, jejich pořadí i varianty odpovědí.* (49 str. 113) Vhodné klienty k rozhovoru mi doporučily sociální pracovnice daných zařízení. Nejdříve jsem získala od daných seniorů písemný souhlas k nahlížení do jejich dokumentace a následnému rozhovoru. Po získání souhlasu jsem zjišťovala z podaných žádostí datum podání. Data byla zjišťována pouze ze žádostí urgentních či žádostí, které byly nejdříve neurgentní a následně urgovány. Sociální pracovnice daných zařízení mi poskytly z programu v PC informace, kdy byli klienti do zařízení přijati. Poté jsem si spočítala, jak dlouho trvala čekací doba u jednotlivých klientů a zapsala ji do formuláře, kam jsem si poté doplňovala další zjišťované údaje. Následně jsem se chodila seniorů

na jejich pokoje dotazovat formou řízeného rozhovoru. Zjišťovala jsem, jaký mají respondenti hlavní zdravotní problém, věk, jak hodnotí čekací dobu na umístění do zařízení a zda znají jiné možnosti péče o seniory, než jsou domovy pro seniory.

3.2. Charakteristika výzkumného souboru

3.2.1 Kvalitativní výzkum

Ve výzkumném souboru bylo zahrnuto 8 seniorů. Všichni senioři byli z 2 domovů pro seniory v jihočeském kraji. Dále 3 sociální pracovnice. Dvě z nich byly ze stejného domova pro seniory v jihočeském kraji a třetí byla z nemocnice v jihočeském kraji. Dále jsem hovořila se třemi rodinnými příslušníky seniorů. U 2 rodinných příslušníků byli již senioři v domově pro seniory umístěni. Třetí byla dcera pána umístěného na Oddělení akutní rehabilitace v nemocnici, který měl teprve podanou žádost do domova pro seniory.

3.2.2 Kvantitativní výzkum

Kvantitativní výzkum měl být původně uskutečněn na Oddělení následné péče písecké nemocnice. Mělo být analyzováno cca 100 osobních dokumentací klientů. Z důvodu odmítnutí zapůjčení a nahlížení do dokumentací klientů jsem kvalitativní výzkum prováděla v domovech pro seniory. Bylo použito náhodného systematického výběru. Z každého uvedeného zařízení mi sociální pracovnice doporučily, co největší počet klientů, kteří byli orientováni a byli schopni odpovídat. Zvolila jsem tedy 4 domovy pro seniory v jihočeském kraji. Domov pro seniory Světlo – pobočku Písek, Domov pro seniory Bechyně, Domov pro seniory Střediska Diakonie ČCE Blanka v Písku a Domov pro seniory – Centrum sociální pomoci Vodňany. Celkem jsem analyzovala 100 osobních dokumentací klientů a následně s nimi provedla řízené rozhovory. V Domově pro seniory Světlo 30 dokumentací/klientů, v Bechyni 27, v Diakonii 17 a ve Vodňanech 26.

4. VÝSLEDKY

4.1 Kvalitativní výzkum

Lidé, se kterými jsem dělala rozhovor, budou níže označováni písmenem I., jako informanti. Ke každému informantovi jsem přiřadila ještě číslo, tedy např. u seniorů je to I. 1–I. 8.

4.1.1 Rozhovory se seniory

Otázka č. 1: Jaké máte pocity z toho, že bydlíte v domově pro seniory?

Pocity z bydlení v domově pro seniory všichni senioři hodnotili kladně. Často odpovídali, že mají pocit bezpečí, že pokud by se jim něco přihodilo, bude o ně rychle postaráno. Také kladně hodnotí, že zde mají záruku péče. 1 informantka odpověděla, že je s pobytem v domově víceméně smířena, protože už jí žádná jiná alternativa péče nezbývala.

I. 1 – „... Mám střechu nad hlavou, jsem v teple v čistotě a v péči druhých. Pro mě je to tady super. Jsem smířená s tím, že tady ten svůj život doklepu... Nemocnice vedle. Jak by se někomu udělalo špatně, tak je to rychlý, rychlá pomoc.“

I. 2 – „Já z toho mám dobrý pocit. Protože manžel zemřel, zůstala jsem sama, protože nemám ani děti. Rodiče už odešli, takže co bych na vozíku dělala sama doma...“

I. 3 – „Už jsem tady 10 let a furt to de. Už od začátku. Jezdil sem po světě, takže jsem byl furt mezi lidma. Tak mi to přišlo normál, když sem sem šel. Na nový prostředí si zvykám dobře.“

I. 4 – „Cítím se tu docela dobře. Špatně vidím a doma bych nemohla být sama... Jsem ráda, že můžu být v ústavu, kde když člověk onemocní, má pomoc.“

I. 5 – „Pěkný pocity. Já už bych doma být nemohla...“

I. 6 – „Jsem spokojenej, že sem tady. Jsem sám a nechtěl bych otravovat příbuzný. Tady mam jídlo a kde spát...“

I. 7 – „*Pocit mám dobrej. Sama bejt nemůžu... Důležitý je, že je o člověka postaráno. Zvykla sem si tady rychle. Neměla sem ani jinou možnost.*“

I. 8 – „*Ztratila sem muže i jedinou dceru, tak už jsem sem prostě chtěla...*“

Otázka č. 2: Jak funguje Vaše rodina?

Všechny informantky jsou vdovy. Každá z nich má, ale ještě nějakého rodinného příslušníka/ky, který/ří za ní dochází a se, kterým/mi má dobré vztahy. Oba z dotazovaných mužů jsou svobodní, také mají rodinné příslušníky, kteří za nimi chodí na návštěvy. 4 informanti odpověděli, že se o ně jejich příbuzní chtěli postarat, nebo už se o ně starali, ale všichni senioři to odmítli z různých důvodů. Často to bylo z důvodu, že nechtěli nikoho zatěžovat.

„*U dcery a jejího muže v Písku jsem strávila akorát 3 měsíce, po té mozkové příhodě. Zvyklá na soukromí jsem u nich být nechtěla...*“

„*Chtěla sem hlavně mezi lidi a chtěla sem aby sme na pokoji byly dvě... Vnoučata a zeť se o mě sice pěkně starali, ale já sem je nechtěla zatěžovat.*“

„*... Nechci taky nikoho otravovat. Byl jsem u nich dva dny a už to bylo dlouho. Oni to neřeknou, ale vim to...*“

„*... Syn chtěl, abych šla k němu do Prahy, ale co bych tam dělala. On chodí do práce a já bych byla sama doma a koukala z vokna. Má svou rodinu děti a svý starosti...*“

Otázka č. 3: Jak dlouho jste čekala na umístění do domova pro seniory?

Otázka č. 4: Jak hodnotíte čekací dobu na umístění do domova pro seniory?

Tyto dvě otázky jsem pro lepší přehlednost spojila. Čekací doba na umístění do domova pro seniory se u informantů pohybovala od 2 let po několik dní. 1 z informantek si po nastoupení do zařízení podala žádost na jednolůžkový pokoj, na jehož uvolnění čekala 1,5 roku. Někteří z informantů si podávali žádost neurgentní v době, kdy byli ještě soběstační a péči v domově pro seniory nepotřebovali, poté svou žádost urgovali.

Hodnocení čekací doby bylo u 6 informantů vcelku kladné. 4 informanti odpovídali, že si myslí, že u ostatních žadatelů bývá čekací doba i delší.

I. 1 – 0,5 roku, potom jsem si dala žádost na jednolůžák a dostala sem se tam za 1 a půl roku – „Čekací doba mohla být kratší, u ostatních bývá možná delší“

I. 2 – „Dva roky po tom, co manžel zemřel, jsem byla 2 a půl měsíce v domovince. Po 2 a půl měsících, co jsem si podala urgentní žádost, se tady uvolnilo místo“

- „není to tak hrozný, na vše se musí čekat“

I. 3 – 3 dny – „dobré, teď mají problémy“

I. 4 – cca 2 roky – „horší, dnes je asi delší“

I. 5 – neví, „bylo to hned“-„dobré“

I. 6 – 2 měsíce – „dobré, jiní čekají i déle“

I. 7 – 1 rok byla to neurgentní žádost-„dlouhá se mi nezdála“

I. 8 – Nejdříve měla neurgentní žádost od roku 2004. Poté ji urgovala a čekala cca 2 měsíce. -„Nepřišlo mi to hrozné.“

Otázka č. 5: Jak hodnotíte spolupráci zdravotních pracovníků při umístování?

Všichni dotazovaní hodnotili spolupráci zdravotních pracovníků při příjmu do zařízení kladně. Uváděli, že se jim přišli představit, vybalit věci atd.

I. 1 – „Při příjmu se mi představily, vše mi vysvětlili. Sestřičky miluju“

I. 2 – „Dobrá. Nemůžu si stěžovat. Vše mi vysvětlili, ukázali, představili se mi i moje klíčová ošetřující.“

I. 3 – „Dobrá. Na co sem se zeptal, mi odpověděli. Představili se mi...“

I. 4 – „... spolupráce také dobrá. Všechno mi řekli, vysvětlili, ukázali...“

I. 5 – „... Při příjmu se mi představili, ukázali mi to tu...“

I. 6 – „Dobře. Hned jak mě sem přivezli, přišli za mnou na pokoj. Představili se mi, vybalili mi věci...“

I. 7 – „Dobře. Když sem sem přišla, přišli se mi představit. Představili mi i pani na pokoji, s kterou sem bydlela...“

I. 8 – „Při umístování mi všechno vysvětlili. Přišli mě přivítat. Představili se mi. Seznámili mě se spolubydlící na pokoji...“

Otázka č. 6: Jak hodnotíte spolupráci sociálního/ch pracovníka/ků při umístování?

Všichni informanti hodnotili spolupráci sociálního pracovníka při umístování kladně. Uváděli, že jim vše vysvětlili atd. 3 informantům zařizovala umístění sociální pracovnice z nemocnice. Jedné informantce vyřizoval umístění syn. 1 informantce sociální pracovnice z domovinky. 3 soběstačnější informantky si vyřizovali umístění se sociální pracovníci domova pro seniory sami.

I. 1 – „Ve všem mi vycházela vstříc. Kdykoliv jsem se na ní obrátila, se vším mi pomohla a poradila.“

I. 2 – „Při umístování sem mi poradili.“

I. 3 – „Dobrá všechno mi vysvětlili...“

I. 4 – „Když bylo ředitelství zde, tak jsem ponejvíc jednala s paní ředitelkou... Když tu ředitelka nebyla, řekla mi to sociální pracovnice.“

I. 5 – „Spolupráce dobrá. Zařizovala mi to sociální z nemocnice.“

I. 6 – „Byli za mnou v nemocnici. Tam mi řekli, jak to tady chodí. Jsem spokojenější, že mi to vyřídily. Když jsem chtěl jít sem, tak mi vyhověli.“

I. 7 – „Dobře. Myslím, že při umístování sem mi všechno vysvětlili. Vyřizoval to syn, takže to šlo hlavně přes něj.“

I. 8 – „Hodnotím jí dobře... Když sem byla v nemocnici, tak mi tam sociální pracovnice všechno vyřídila a rovnou mě sem převezli.“

Otázka č. 7 Měl/a jste před umístěním dostatek informací o tomto zařízení?

4 informanti odpověděli, že myslí, že ano. 1 informantka neměla informace téměř žádné, líbila se jí budova zařízení, tak se pro něj rozhodla. 3 informanti měli nejvíce informací od sociálních pracovníků. Ostatní od rodinných příslušníků, známých, klientů zařízení, či z letáček.

I. 1 – „... tak jsem šla okolo a zeptala jsem se nějaké paní, která tu kráčela s berlema, jak se jí tu líbí. Ta mi to v tom roce 2003 vychválila, jak se jí tu líbí. Takže

jsem sem došla v roce 2008 v lednu přihlásit a hned se mi tu dole, ač mně neukazovali pokoje, líbily ty prostory... Také vycházeli letáčky... “

I. 2 – „Měla. Přes mojí sestru.“

I. 3 – „Hodně jsem se vyptával známých lidí. Po nástupu sem sem se hodně vyptával jedné známé klientky.“

I. 4 – „Myslím, že ano. Hlavně od paní ředitelky a také sociální pracovnice.“

I. 5 – „Myslím, že měla. Hodně mi řekla sociální pracovnice z nemocnice, kde jsem byla před tím.“

I. 6 – „Myslím, že jo. Co sem chtěl vědět, to mi řekly sociální pracovnice buď z nemocnice nebo tady ocaď, když za mnou byly na sociálním šetření.“

I. 7 – „Vyřizoval mi to syn. Informace mi pak předal. Myslím, že mi toho řekl dost.“

I. 8 – „Když jsem byla hospitalizovaná v nemocnici a chodila sem po nádvoří na vycházky, tak sem sem koukala. Neměla sem z toho špatnej pocit, když sem viděla tu budovu. Žádný informace sem jinak neměla.“

Otázka č. 8: Jak hodnotíte péči v domově pro seniory?

Všichni informanti hodnotili péči kladně. Chválí si, že je o ně postaráno. Někteří si stěžovali na nedostatek jídla. Jedna informantka si stěžovala, že je málo soběstačných klientů, se kterými by si mohla popovídat. Dále, že je málo ošetrovatelského a zdravotního personálu na ležící klienty. Další informantka si stěžuje na nedostatek pohybu venku, nemá ji tam kdo doprovázet.

I. 1 – „Jsem všestranně spokojená. S mojí klíčovou mám vynikající vztah... S čímkoli se na děvčata obrátíte, jsou velice ochotný... Jenom si říkáme, že sestřiček je na ty ležící velmi málo... Líbí se mi tu, jsou tu krásné prostory, chodby, ... Je horší, že už sem chodí poslední dobou ležící a že nás při aktivitách a všelijakých zábavných akcích ubývá...“

I. 2 – „Můžu říct, že péče je docela dobrá. Já si sama neudělám nic...“

I. 3 – „Dobře. Jsem na výsost spokojenej. Dají nám najíst. Máme se kde vyspat...“

I. 4 – „Vcelku si nemůžu naříkat... Chybí mě procházky, abych měla funkční nohy. Poněvač chodím jenom po chodbě... Občas chodím s praktikantama. Jsou tu ale jen určitý období v roce.“

I. 5 – „Dobrá. Každý se koupe jednou týdně. Hodně se tu pokazili s jídlem. Šetřeji.“

I. 6 – „Pomáhají nám. Stěžovat si nemůžu. Pomůžou mi oblíct i s jídlem.“

I. 7 – „Tady sou hodný lidi (personál). Zúčastňuju se programů na jídelně. Vyrábíme různé věci. Aspoň nám ten čas uteče...“

I. 8 – „Teď už toho nemůžu moc dělat. Péče je tu dobrá. Jídla máme dost i do zásoby. Je tu teplo. Co se scházím s ostatníma ženskýma, tak ty si taky nestěžujou.“

Otázka č. 11: Z jakého důvodu jste se rozhodl/a pro pobyt v domově pro seniory?

6 informantů by zůstali sami doma a v jejich domácím prostředí by se o ně neměl, kdo postarat. Nikdo z nich už neměl partnera/ku či manžela/lku. 2 informanti mohli využít pečovatelské služby, ale z důvodu že chtěli být ve společnosti lidí, zvolili pobyt v domově pro seniory. 4 informanti prodělali centrální mozkovou příhodu, z nichž 2 se pohybují na invalidním vozíku a 2 pomocí francouzských holí. 1 informantka má těžkou ischemickou chorobu srdce, další informantka ztrácí zrak z neznámých důvodů, jedna informantka má špatnou stabilitu. O 4 informanty by se postarali jejich rodinní příslušníci, ale z různých důvodů to odmítli viz. odpovědi k otázce: Jak funguje Vaše rodina?

I. 1 – „Když muž zemřel, zůstala jsem sama v bytě. Už jsem tam byla sama 8 let. U dcery a jejího muže v Písku jsem strávila akorát 3 měsíce, po té mozkové příhodě. Zvyklá na soukromí jsem u nich být nechtěla...“

I. 2 – „Zemřel mi manžel a zůstala jsem sama. Od roku 1986 mam roztroušenou sklerózu. Jsem na vozejku. Sama se neobsloužím.“

I. 3 – „Na nohy sem nemoh, protože jsem měl mozkovou mrtvičku. Tak mě říkali di do domova důchodců, tak jsem zažádal. Pečovatelskou službu sem nechtěl. Byl sem sám v chalupě. Byl sem zvyklej mít kolem sebe lidi.“

I. 4 – „*To že nevidím je hlavní důvod, kdybych viděla, tak jsem člověk, kterej se dovede pohybovat a udržovat tělo, tak jak je potřeba. Když jsem byla sama doma, tak jsem byla odkázaná na pečovatelskou službu.*“

I. 5 – „*Už jsem měla dvakrát mozkovou příhodu... Byla bych v domě s pečovatelskou službou. Kuli vozíku tam nemůžu bejt, protože to není bezbariérový.*“

I. 6 – „*V říjnu minulý rok sem měl mrtvici. Skončil sem na vozečku.*“

I. 7 – „*Byla sem v nemocnici se srdcem. Tam sem dostala ještě zápal plic. Z nemocnice mě dali sem. Nebyla sem schopná bejt sama.*“

I. 8 – „*Chtěla sem hlavně mezi lidi a chtěla sem aby sme na pokoji byly dvě. Chodím v chodítku. Už doma sem v něm chodila...*“

Otázka č. 9: Jak hodnotíte množství nabídky domovů pro seniory v České republice?

Na tuto otázku odpověděli 2 informanti, že neví.

„*To nevím, jestli se všichni umístějí.*“

„*To je těžký říct. Dneska ty senioři, jsou jich mraky...*“

4 informanti odpověděli, že jich je málo. 2 z nich si myslí, že je to tím, že seniorů přibývá.

„... z novin vim, že těch míst ubývá, že je s tím v poslední době, čím dál větší potíž, protože nás starejch opravdu přibývá...“

„... Myslim, že jich je málo. I když se o to tolik nezajímám. Nemůžu to moc posoudit...“

„*Myslím, si že jich je málo. Dle toho, co člověk slyší z rádia nebo od ostatních, tak ten zájem seniorů dostat se do domova pro seniory je velký. Míst není tolik, tím, že se prodlužuje věk.*“

„... Podle toho, co říkaj ostatní jich je málo.“

1 informantka si myslí „... Nedovedu to posoudit, protože o tom tolik nevím. Myslim, že je toho podstatně víc, než toho bejvalo.“

1 informantka je toho názoru, že „... Je to asi tak v normě.“

Otázka č. 10: Jak hodnotíte množství nabídky zařízení, ze kterých jste si vybíral/a?

5 Informantů mělo podanou žádost jen do jednoho zařízení. Důvody se často prolínaly. Nejčastěji z důvodů, že se jim zařízení líbilo, měli dobré doporučení nebo mají k tomuto místu nějakou vazbu. 2 informanti, hlavně z důvodů, že zařízení je přístupnější službám a městu. 1 informantka odpověděla, že neví, protože se o vše staral syn. 2 informanti měli podané žádosti ještě do jiného zařízení.

I. 1 – „Chtěla jsem jenom sem. Protože jsem dlouho v Písku žila, tak tu mám spoustu známých.“

I. 2 – „Nechtěla jsem moc vybírat. Jsem rodilá Písečanda. Chtěla jsem sem. Měla jsem dobrý reference...“

I. 3 – „Bydlel jsem blízko. Tak sem chtěl sem. Měl jsem ještě jednu žádost. Do jednoho domova, ale tam by to bylo z ruky. Žádný spojení, nic.“

I. 4 – „Chtěla jsem jenom sem. Zařízení se mi líbilo.“

I. 5 – „Nevím. O všechno se staral syn...“

I. 6 – „Vybíral sem si z 2 domovů. Chtěl sem hlavně sem. Tady je všechno dostupnější...“

I. 7 – „Měla sem žádost jenom sem. Slyšela sem, že je to tu dobrý. Jinam sem ani nechtěla.“

I. 8 – „Měla sem podanou žádost jenom sem. Šla sem sem na doporučení pana primáře z rehabilitace...“

Otázka č. 11: Jak hodnotíte finanční dostupnost domovů pro seniory?

Finanční stránku hodnotili téměř všichni informanti až na jednoho negativně. Za 2 informanty doplácí rodina. 2 informanti uvedli, že mají nějaké úspory, ze kterých jim mohou vybrat peníze pro jejich potřeby rodinní příslušníci.

I. 1 – „... Mam štěstí, že jsem si našetřila, protože by na mě dcera už teďka musela doplácet skoro 1000 korun měsíčně. Řekla bych, že je to moc.“

I. 2 – „V dnešní době špatná. Platím si všechno sama, ale vim, že spoustu lidí má s placením problémy...“

I. 3 – „Hodně lidí tady nadává, že je to moc drahý. Každý nemá velké důchod. Mě našťěstí peníze stačí...“

I. 4 – „Finanční stránku začínám nejen já, ale i ostatní přijímat s určitou zlostí. Poplatky se zvyšují... Platím si sama.“

I. 5 – „... Hodně lidí si tu nařiká. Hodně rodin tu musí na ty lidi doplácet... Syn na mě musí doplácet 1000 Kč.“

I. 6 – „Je špatná. Platím si sám asi 10 000 Kč. měsíčně. Mám hodně našetřeno na vkladní knížce... Zaplatím léky a skoro nic mi nezbyde. Měli by to udělat levnější pro důchodce.“

I. 7 – „Drahé to tu není... Na co potřebuju peníze? Z kapesného si občas něco nechám koupit od sestřiček. Někteří lidi na to nadávají. To jsou takový ty držgrešle. Rodina na mě doplácet nemusí.“

I. 8 – „No to víte. To moc nezvládám. Když máte zaplatit z kapesného všechny léky, pasty a olejíčky, tak mi moc nezbyde... Mám ale naspořeno, kde mi může vybírat vnuk.“

Otázka č. 12: Byly při umístování do domova pro seniory nějaké překážky?

Na tuto otázku odpověděli téměř všichni informanti, že žádné překážky nezaznamenali. Pouze 1 informantka odpověděla, že jí vadilo, že musela čekat dlouho. Tato informantka měla ale podanou neurgentní žádost a v době, kdy si ji podávala, byla ještě soběstačná.

Otázka č. 13 Kolik je Vám let?**Otázka č. 14 Jak jste zde dlouho?**

Tyto 2 otázky jsem pro lepší přehlednost spojila a jejich odpovědi dala do tabulky. Zkoumaný soubor tvořilo 6 žen ve věku od 64 do 87 let a 2 muži ve věku 65 a 67 let. Nejdelší doba pobytu informantů je 10 let a nejkratší 14 dní.

pohlaví	věk	délka pobytu
žena	80 let	4 roky
žena	64 let	5 let
muž	78 let	10 let
žena	85 let	8 let
muž	65 let	14 dní
žena	86 let	1,5 roku
žena	87 let	4 roky
muž	78 let	10 let

4.1.2 Rozhovory se sociálními pracovníci.**Otázka č. 1: Jak hodnotíte spolupráci se členy rodiny?**

Výpovědi všech informantek se shodují. Všechny mají dobré zkušenosti. 2 uvádí, že je lepší spolupráce, než v dřívějších dobách díky internetu a také díky většímu zájmu rodinných příslušníků.

I. 1 – „Mám dobrou zkušenost. Většinou se snaží vyhovět mým požadavkům a já zase jejich...”

I. 2 – „Spolupráci v našem domově hodnotím vcelku kladně. Když to srovnám s jiným obdobím nebo minulými lety, tak ta spolupráce je i jednodušší s příbuznými žadateli, kteří jsou mimo město díky internetu...”

I. 3 – „Je s nimi lepší spolupráce, než v dřívější době. Dříve jsem je musela spíše nahánět. Měli jistotu, že si tu ten člověk odleží 3 měsíce a pak se teprve bude něco dít. Dnes už mě vyhledávají sami.“

Otázka č. 2 Jaké jsou překážky při umisťování seniorů do domovů pro seniory?

Každá informantka měla jiný názor. Sociální pracovníce kritizuje skutečnost, že senioři, chtějí do domovů pro seniory i pokud jsou soběstační, dále, že je spoustu žádostí hlavně na jednolůžkové pokoje a v těchto případech je čekací doba dlouhá až 2 roky. Další informantka si myslí, že je to věk žadatelů, nespádající do cílové skupiny, dále pokud není přiznán žadateli příspěvek na péči nebo je přiznán pouze v 1. či 2. stupni a potřebují umístit v rezidenčním zařízení. Informantka č. 3 si myslí, že jsou to finance. 2 Informantky se ve svých odpovědích shodly, že překážkou může být, pokud žadatel není z jihočeského kraje.

I. 1 – „Oni mají utkvělou představu, že domov pro seniory je ubytovna pro seniory. Dřív to tak bylo, že se sem brali všichni... Přitom jsou soběstační. Žijí na vesnici, ale nechtějí tam být sami. Neuvědomují si, že jsou tu lidi, kteří potřebují pomoc druhý fyzický osoby... Druhá překážka je, že žádostí jsou kvanta. Například na jednolůžkový pokoj. Pokud si žádá na jednolůžkový pokoj, opravdu to někdy trvá hodně dlouho. Například i 2 roky.“

I. 2 – „Myslím si, že obecně je to především věk žadatelů, kdy čím dál více chtějí být umístěni lidé, kteří nespádají do cílové skupiny. U nás je cílová skupina věk od 55 let v budoucnu jí chceme zvýšit na 65. Pak je to především nepřiznání příspěvku na péči nebo přiznání prvního stupně příspěvku na péči. Nemohou zůstat doma a potřebovali by umístit v rezidenčním zařízení. Další překážkou je, že pokud žadatel není z jihočeského kraje, protože jsme krajské zařízení...“

I. 3 – „Určitě finance. Také dostupnost služeb. Pokud klient chce být ve městě, pokud chce zůstat tam, kde má vytvořené nějaké vztahy nebo kořeny a v daném místě zrovna není volné místo...“

Otázka č. 3: Jaká je spolupráce s ostatními domovy pro seniory a institucemi, kde jsou senioři umístěni?

Všechny informantky odpovídají, že spolupráce je dobrá, s ostatními institucemi si vychází navzájem vstřícně.

I. 1 – „Hodně komunikuji s nemocnicí se sociální pracovníci. Spolupráce je dobrá. Kolegyně komunikuje se seniorským domem. Tam si myslím, že je taky spolupráce dobrá... Když k nám přijde nějaký žadatel, radím mu, ať si dají víc žádostí i do toho seniorského domu.“

I. 2 – „Myslím si, že se všemi těmito zařízeními se snažíme pomáhat. Poskytujeme si informace a vycházíme si vstřícně.“

I. 3 – „Spolupráce je dobrá. Probíhá na úrovni sociálních pracovníků a vrchních sester. Někdy jednáme i s řediteli. To bývá při povolení výjimek, například pokud jsou klienti mladšího věku, nejsou cílovou skupinou pro mentální postižení...“

Otázka č. 4: Jaký máte názor na počet domovů pro seniory v České republice?

2 informantky si myslí, že domovů pro seniory je dostatek. 1 informantka si myslí, že za několik let jich bude málo. 1 informantka odpovídá, že neví, jestli v České republice, ale v našem kraji jich je dostatek.

I. 1 – „Myslím si, že je jich dostatek, ale jsou zaplněné lidma, kteří tam nepotřebují být. Přijmou lidi, kteří jsou soběstační... Myslím, že je to v soukromých domovech.“

I. 2 – „V současné době je jich určitě dostatek... I když žadatelů je momentálně více, myslím si, že stávající stav stačí. Je málo domovů se zvláštním režimem. Otázkou je, jak to bude vypadat za 20 – 30 let, jelikož seniorů je čím dál víc.“

I. 3 – „Nevím, jestli v České republice obecně. Co se týká jižních Čech, je to určitě lepší, než to bývalo dřív. Nabídka je tu tedy vysoká, ale většinou se jedná o soukromý zařízení, kde ne uplně všichni klienti na to mají finance...“

Otázka č. 5 Mají senioři jinou možnost péče, než v domově pro seniory?

Všechny informantky odpověděly, že senioři přijímaní do domovů pro seniory jinou možnost péče již nemají. 1 informantka si myslí, že senioři v soukromých domovech by měli jinou možnost péče, jelikož do těchto zařízení berou i seniory soběstačné, kteří mají dostatek financí.

I. 1 – „... senioři v soukromých zařízeních by asi měli jinou možnost. Například pečovatelskou službu... U nás jsou klienti, kteří tu péči opravdu potřebují.“

I. 2 – „Do našeho zařízení bereme zájemce, kteří už většinou nemají jinou možnost péče...“

I. 3 – „Myslím si, že v dnešní době už ne. Do domovů by měli brát a většinou i berou seniory nesoběstačné, závislé na pomoci jiné fyzické osoby.“

Otázka č. 6: Jak hodnotíte čekací dobu na umístění do domovů pro seniory?

Všechny informantky odpověděly, že čekací doba není, tak dlouhá. Jedna informantka uvádí, že v jejich zařízení je to cca 1 – 2 měsíce. Další, že se jim většinou každý měsíc uvolní jedno místo. Záleží, jestli je žádost urgentní a jaká je zdravotní a sociální situace žadatele. Informantka č. 3 hodnotí čekací dobu lépe oproti dřívějším letům.

I. 1 – „Jak kdy. Myslím si, že u nás to není tak hrozný. Když tady máme žádosti, který jsou urgentní, tak ten člověk nečeká zase tak dlouho. Záleží na tom, jak se uvolní pokoje... Nemyslím si, že je to třeba rok. To v žádném případě. Někdy je to měsíc někdy dva.“

I. 2 – „Čekací doba je individuální... Záleží, kolik máme volných míst, jak se nám uvolní a jak je situace žadatele urgentní ze zdravotní a sociální situace... Většinou každý měsíc se nám jedno místečko uvolní.“

I. 3 – „Proti dřívějším letům je to určitě lepší. Čekací doba se zkrátila. Podle mého je to tím, že se přijímají klienti, kteří potřebují plnou ošetrovatelskou péči. Dříve se brali klienti po dosažení důchodového věku, kteří nepotřebovali plnou ošetrovatelskou péči...“

Otázka č. 7: Zajištění péče před umístěním do DS?

Dvě informantky uvádí, že do jejich zařízení jsou ve většině případů umístěni žadatelé rovnou z nemocnice. 1 Informantka říká, že žadatelé často nevědí o možnosti pečovatelské služby či osobní asistenci.

I. 1 – „Hodně žádostí k nám chodí z nemocnice. Žadatelům z domova říkám, aby se obrátili na pečovatelskou službu... Říkám jim i o osobní asistenci. Myslím si, že pro ty soběstačnější lidi je péče zajištěná dobře. Jenom o tom vědět.“

I. 2 – „... žadatelé, kteří mají fungující rodinu a pečující, tam péči zajišťuje rodina. V případě, kdy se stav žadatele zhorší, že rodina nemůže péči zajistit, většinou jsou v nemocnici na oddělení následné péče případně na sociálním lůžku...“

I. 3 – „... hodně lidí nastupuje do domovů s pečovatelskou službou a potom do domovů pro seniory. Nebo jim je poskytována pečovatelská služba v jejich domácím prostředí.“

Otázka č. 8: Jaké máte zkušenosti s opatrovnictvím?

I. 1 – „Jelikož sem chodí hodně lidí z nemocnice, mají rovnou zažádáno o opatrovnictví... Žádné špatné zkušenosti s opatrovnictvím nemáme. Nemáme tady moc případů opatrovnictví... Problémem je pokud přijímáme někoho, u koho není opatrovnictví uznaný právní mocí. Musíme mít třetí osobu při podepisování smlouvy. Bývá to paní z obecního úřadu. Názor na praxi podle nového občanského zákoníku zatím nemám, jelikož je to nedávno, co začal platit.“

I. 2 – „Problémy s opatrovníkama momentálně nemáme... Využíváme §29 po novu § 465 Občanského zákoníku, kde se používá opatrovnictví z důvodu, kdy zdravotní stav způsobuje potíže při správě jmění nebo hájení práv. Dál §191 Občanského soudního řádu, kdy žádáme o zastupování v jednotlivých právních úkonech, což je pro nás výhodné. Je to během 1–2 měsíců vyřízené, kdežto zbavení nebo omezení trvá i roky. Toho se naši žadatelé v některých případech ani nedožijí.“

I. 3 – „Jestli bude praxe v opatrovnictví dle nového občanského zákoníku lepší, zatím nedokážu posoudit. Velkým problémem bývalo zařizování opatrovnictví. V našem regionu to trvalo kolem 3 týdnů, než se vyřídilo opatrovnictví plus nabytí právní moci.“

Pokud by se jednalo o zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům, byla to záležitost, která trvala velice dlouho. Někdy půl roku i dýl.“

Otázka č. 9: Jaký máte názor na péči v domovech pro seniory?

1 informantka je názoru, že je to individuální. Další z informantek zdůrazňuje především lidský faktor. 2 informantky si myslí, že péče je dnes poskytována na shodné úrovni. 1 informantka říká, že je to především díky povinnosti dodržovat standardy kvality. Dále, že je problém získávat peníze od zdravotních pojišťoven na zdravotní výkony. 1 Informantka kritizuje, že je málo pracovníků přímé péče.

I. 1 – „To je různé... Některý lidi už jsou vyhořelý, ale nevšimla jsem si, že by někdo zanedbával péči. Nikdo z klientů si mi nestěžoval, že by jim někdo něco nechtěl udělat...“

I. 2 – „Myslím si, že obecně je péče poskytovaná na dobré úrovni... V dnešní době je problém od pojišťoven dostávat nějaké finance. Nechtějí financovat určité úkony...“

I. 3 – „Je to o vlastní zkušenosti klientů a především o lidech, kteří v tom domově dělají. Myslím si, že dnes je ta péče téměř všude shodná. Už jenom kvůli tomu, že se musí dodržovat standardy. Myslím si, že péče v domovech v dnešní době je celkem ucházející... Chybí pracovníci přímé péče. Řekla bych, že je jich méně, než bývalo. Dále je problém se zdravotními pojišťovnami, které nechtějí hradit zdravotní výkony sestry.“

Otázka č. 10: Jak hodnotíte rodinné vztahy seniorů?

Všechny informantky se shodly, že je to individuální. 2 informantky se přiklání spíše k lepším rodinným vztahům. 1 informantka uvádí, že jim rodinní příslušníci chodili často s klienty pomáhat.

I. 1 – „Záleží na povaze seniora a povaze rodinných příslušníků. Ale setkávám se s tím, že zájem je velkej. Starají se. Chodili sem i pomáhat...“

I. 2 – Tohle je individuální. Netroufnu si soudit, jestli převažuju špatný nebo dobrý vztahy rodiny. Myslím si, že spíš to nějakým stylem funguje... Vcelku si Myslím, že ano.“

I. 3 – „Nevím, co odpovědět. Někdy je to dobré, někdy špatné. Těžké hodnotit.“

Otázka č. 11: Jak hodnotíte cenovou dostupnost domovů pro seniory?

Všechny informantky odpověděly, že cenová dostupnost je špatná vzhledem k velikosti důchodů seniorů. Zdůrazňují, že horší je to v soukromých domovech pro seniory. 1 informantka odpověděla, že se v nich často ani neřídí vyhláškou upravující platby za pobyt a stravu. 2 informantky uvádí, že pokud zde senior nemá finance na úhradu, není přijat. Oproti tomu státní zařízení za seniory úhradu doplácí, pokud ji nedoplácí jiná fyzická osoba.

I. 1 – „Myslím si, že důchody seniorů nejsou zase tak veliký. Máme tady úhradu za pobyt a stravu 10 800 a strašně moc lidí na to nedosahuje. Myslím si, že pro ně to není moc cenově dostupný. Kolikrát za ně musí doplácet rodiny. Některý rodiny ani nedoplácí, takže tu vzniká nedoplatek a pro ty seniory je to finančně náročný...“

I. 2 – „Důležité je, jestli se jedná o soukromé nebo krajské zařízení. V některých soukromých zařízeních se úhrada za sociální služby neřídí zákonem o sociálních službách. Myslím si, že tam je cenová dostupnost pro žadatele velmi náročná... Výhodou je, že státní zařízení se může domluvit s rodinou, jinou fyzickou nebo právnickou osobou na spolupodílení financování poskytovaných služeb. Pokud žadatel nemá nikoho, kdo by mu mohl doplácet úhradu, mi mu službu poskytneme a úhradu snižujeme. Soukromé zařízení celkem nezajímá, kde na to žadatel vezme peníze, většinou úhradu do plné výše požaduje.“

I. 3 – „To je v poslední době velký problém. Rodina při umisťování nebo klient samotný musí uvažovat o tom, jestli na to budou mít dostatek peněz. Skoro ve všech zařízeních se dnes musí doplácet... Rodiny se dnes většinou na úhradách z různých důvodů nepodílí. Bud' na to nemají, nebo doplácet nechtějí... Problém je u soukromých zařízení, kde pokud nemá člověk na úhradu má smůlu.“

Otázka č. 12: Jaký je Váš věk + počet let v praxi?

Informantky byly ve věku od 23 do 34 let. Nejméně let praxe byl 1 rok a nejvíce 10 let.

věk	počet let praxe
23 let	1 rok
34 let	10 let
32 let	9 let

Otázka č. 13: Pozorujete zlepšení za dobu Vaší praxe?

Jedna informantka nemohla na tuto otázku odpovědět, z důvodu, krátké doby praxe. Další 2 informantky se shodly, že praxe se za jejich dobu působení zlepšila. Shodly se v tom, že je to částečně i novým zákonem o sociálních službách, který platí od roku 2007. Nyní je sjednocená péče, díky standardům kvality. Další informantka, říká, že je více zařízení sociální péče, lepší spolupráce se soudy i rodinami. Zdůrazňuje problém nedostupnosti terénních zdravotních a sociálních služeb na malých vesničkách. Říká, že pokud by tyto služby fungovaly, nebyly by tolik zaplněné domovy pro seniory.

I. 1 – „To nemůžu úplně posoudit. V praxi jsem teprve 1 rok.“

I. 2 – „Určitě. Před rokem 2006 byly sociální služby poskytovány na zcela odlišném základě. V roce 2007, kdy vešel v platnost nový zákon o sociálních službách, se začaly služby poskytovat na základě smluv. Zavedení standardů kvality sociálních služeb vedlo k tomu, že péče byla nějakým způsobem sjednocená. Otázka je u úhrad, kde by bylo na delší vyprávění, jestli to bylo nebo nebylo pozitivní... My bereme příspěvek na péči jako jeden z hlavního financování služby. Bohužel v praxi to tak nebývá, protože příspěvky na péči nemají úplně všichni přiznány.“

I. 3 – Praxe se zlepšila. Zařízení je více. Je lepší spolupráce s rodinami se soudy... Možná je to částečně i novým zákonem o sociálních službách, i když ten má hodně nedostatků... Stává se, že rodina tu náročnější péči nezvládá ani pomocí pečovatelské služby a ti lidé většinou končí v domovech. Myslím si, že kdyby se rozšířila síť sociálních

služeb na vesničky a byla více zajištěna terénní sociální a zdravotní služba. Dalo by se to lépe zajistit a domovy pro seniory by nebyly tolik zatížené.“

4.1.3 Rozhovory s rodinami

Otázka č. 1: Jak hodnotíte spolupráci se sociální/mi pracovníci/íky při umístování?

Všichni rodinní příslušníci se shodli, že spolupráce se sociálními pracovníci byla bez problémů. Vše jim bylo vysvětleno.

I. 1 – „Všechno mi vysvětlili. Nestěžuji si.“

I. 2 – „Spolupráce byla velmi dobrá. Sociální pracovnice mi před koncem povolené doby pobytu (což byly 3 měsíce) na oddělení následné péče, oznámila, že si budeme muset zajistit jinou péči o matku...“

I. 3 – „Spolupráce byla výborná, bez problémů. Všechno mi vysvětlili. Řekli mi, co bude, co je, co babičku čeká.“

Otázka č. 2: Jak hodnotíte spolupráce se zdravotními pracovníky při umístování?

Spolupráci zdravotních pracovníků při umístování hodnotili 2 informanti kladně. 1 informant spíše záporně.

I. 1 – „Nemůžu si stěžovat. Poradili mi se vším. Vyšli mi vstříc.“

I. 2 – „Byla dobrá. Zajímali se, co mamka bude potřebovat (gramofon, chodítka..)“

I. 3 – „Trochu jsem se musel starat já. Když šla babička do prvního zařízení před pěti lety, musel jsem se tam s nimi hodně domlouvat“

Otázka č. 3: Měli jste dostatek informací o zařízení, kam šel váš rodinný příslušník?

2 Informanti odpověděli, že si myslí, že ano. Informace získávali na internetu. Další informantka od sociální pracovnice nemocnice a její bratr na obecním úřadě. Dále získávali informace od známých.

I. 1 – „Myslím, že mám dostatek informací. Nejvíce jsem jich získala asi na internetu.“

I. 2 – „Myslím, že jich bylo dostatek. Umisťovala sem mamku společně s mým bratrem. Bratr se informoval u obecního úřadu. Já sem se hodně ptala sociální pracovnice v nemocnici, kde matka ležela. Mám ve městě, kde jsou domovy i dost známých a ty mi řekli o zkušenostech, co mají nebo, co slyšeli.“

I. 3 – „Více méně ani ne. Měl jsem jen kritérium, abych měl babičku, co nejbliž. Informace jsem získal u starosty a pak od jedné známé, která dělá v zařízení pečovatelku.“

Otázka č. 4: Jaké pro Vás byly největší překážky při umístování Vašeho příbuzného do domova pro seniory?

1 informantka žádné překážky nezaznamenala. 1 informantka považuje za překážku, že není volné místo v části města, kam chce její otec. 1 informant odpověděl, že v první chvíli, co se dozvěděl, že bude muset maminku umístit, nevěděl, za kým má jít.

I. 1 – „Žádné zatím nebyly. Možná to, že bylo zatím volné místo v domově pro seniory v našem městě, kam otec nechce, protože je zvyklý na jinou část města.“

I. 2 – „Myslím, že vše proběhlo bez problémů.“

I. 3 – „Ani nevím. Nejhorší to bylo v tu chvíli, když mi řekli, co bude s babičkou. V tu chvíli jsem nevěděl, kam a za kým mám jít... V posledním zařízení to bylo také bez problémů. Babička tam šla rovnou z nemocnice a vše kolem toho zařizovala sociální pracovnice.“

Otázka č. 5: Jaký máte názor na počet domovů pro seniory v České republice?

Na tuto otázku odpověděli 2 informantky, že není dostatek domovů pro seniory. 1 informant si myslí, že jich je v současnosti hodně, ale v budoucnu jich bude málo.

I. 1 – „Myslím si, že jich je málo. Mělo by jich být více. Asi by měli kapacitu zvětšit. Těch důchodců je dost a nemají kde být. Teď to vidím u táty, když nemají místo. Vždycky by měli mít nějakou tu rezervu, kdyby přišel akutní případ. Né to všechno hned narvat.“

I. 2 – „Myslím si, že jich není dostatek, vzhledem k přibývajícimu počtu seniorů.“

I. 3 – „Myslím, že v současné době je jich hodně, ale bude jich málo.“

Otázka č. 6: Jak hodnotíte čekací dobu na umístění do domovů pro seniory?

1 informantka hodnotí čekací dobu kladně. Její otec zatím ještě na umístění čeká cca 3 týdny a je umístěn v nemocnici na oddělení akutní rehabilitace po totální endoprotéze kyčle. Další informantka hodnotí u její matky čekací dobu také kladně. Její matka byla umístěna do domova pro seniory z nemocnice po CMP, kdy nemohla vůbec chodit. Poslední informant také čekací dobu u své matky hodnotí kladně. Také byla umístěna rovnou z nemocnice, kde měla po 3. CMP. 2 informanti si myslí, že u ostatních seniorů může čekací doba trvat i déle. 1 informant si myslí, že to mohou ovlivnit i úplatky...

I. 1 – „Čekací doba je dobrá. V místě našeho bydliště jsou dva domovy pro seniory. Otec má zažádáno do obou. Je, ale zvyklý být v městské části, kde je domov pro seniory, který zatím místo nemá. Myslím si, že když to místo je oni to dají.“

I. 2 – „Matka se dostala do domova za 14 dní. Takže myslím, že v jejím případě byla čekací doba hodně dobrá. V jiných případech to bývá asi i horší. Nemám s tím tolik zkušeností.“

I. 3 – „Nevím, někdo čeká spoustu let u někoho to de rychlejc. U babičky jsem měl štěstí, do všech zařízení byla čekací doba krátká. Do prvního zařízení se mi dostala během 1 měsíce. Do druhého zařízení to bylo ráz naráz. Do posledního zařízení se babička dostala dokonce za 14 dní. Myslím, že je to občas o penězích...“

Otázka č. 7: Měli jste možnost zajištění péče o Vašeho příbuzného před umístěním?

Všichni rodinní příslušníci informantů byli před umístěním do zařízení hospitalizováni v nemocnici. 1 seniorka byla před hospitalizací umístěna v domově s pečovatelskou službou. Za 1 seniorem docházela před hospitalizací domů jeho dcera uklízet a nakupovat.

I. 1 – „Péči měl. Bydlel sám, docházela jsem za ním 3x týdně. Nakoupit a uklidit. Teď je tady v nemocnici na rehabilitaci. Teď před umístěním půjde na ONP.“

I. 2 – „Maminka byla nejdřív sama doma. Tam byla úplně samostatná. Potom dostala těžkou mozkovou příhodu a musela do nemocnice. S péčí v nemocnici sem byla celkem spokojená...“

I. 3 – „Babička byla na ldnce tam to bylo bez problémů. Pak na sociálním lůžku v nemocnici. Tam mi to vyrazilo dech. 10 600 korun měsíčně mě ruinovalo. Babička tam byla 4 měsíce a já byl úplně na dně. 5000 korun sem současně platil za pečovatelák. Babička měla zrovna zablokovanéj důchod...“

Otázka č. 8: Jaké máte pocity z umístění Vašeho příbuzného do domova pro seniory?

1 informant odpověděl, že dobré. Všichni informanti jsou rádi nebo věří, že o jejich příbuzné bude dobře postaráno. 1 informantka odpověděla, že byla nejdříve smutná a měla špatný pocit.

I. 1 – „Nezbývá nic jiného, než umístit otce do domova pro seniory. Věřím, ale tomu, že tam o otce bude dobře postaráno.“

I. 2 – „Nejdřív sem byla smutná. Přišlo mi to, jako že se mamky takhle zbavujeme. Pak jsem si uvědomila, že v domově dostane maminka potřebnou péči, kterou bych jí doma nemohla zajistit.“

I. 3 – „Výborné pocity. Je tam pěkné prostředí. Milá obsluha, ošetřování. Jí se občas zasteskne, ale doma být nemůže. Často ji navštěvujeme, chodí za ní i kamarádky.“

Otázka č. 9: Jaký máte názor na péči v domovech pro seniory?

1 informantka zatím žádné zkušenosti nemá. Další informantka nebyla s péčí v prvním zařízení kam byla její matka umístěna příliš spokojena, atak umístila svou matku do jiného zařízení. V tomto zařízení je spokojena, ale myslí si, že o víkendech je péče horší. Poslední informant hodnotí péči kladně a je názoru, že záleží především na lidech...

I. 1 – „Zatím žádný názor ani zkušenost nemám. Nebyla jsem se tam ani podívat. Co jsem slyšela, tak říkali, že v domově, kam půjde otec, je péče dobrá.“

I. 2 – „V prvním domově pro seniory kam byla matka umístěná, péče nebyla špatná. Jen se tam málo rehabilitovalo. Matka ležela na malém dvoulůžkovém pokoji. Také ji tam málem předávkovali warfarinem. Proto sem informovala o druhém seniorském domově ve stejném městě. Zažádali jsme tam o umístění. Za měsíc tam byla mamka přijatá. S péčí sem tu spokojená až na víkendy. Přide mi že, o víkendech se sestry a pečovatelky o klientky tolik nestarají...“

I. 3 – „V domově pro seniory, kde je babička teď je to dobrý. Maj tam různé aktivity, každý 2 hodiny je někdo přide zkontrolovat na pokoj. Babička žije. Jinak záleží hodně na lidech. Na personálu i seniorech...“

Otázka č. 10: Jak hodnotíte Vaše rodinné vztahy?

Všichni informanti hodnotí jejich rodinné vztahy se seniory kladně. Všichni své příbuzní navštěvují alespoň jednou týdně. Jeden informant by si chtěl svou matku brát i domů, ale ona odmítá, už se jí domů nechce. Jedna informantka si matku domů nebere z bariérových důvodů. Vzala ji pouze na Vánoce do bytu, kde bydlela před umístěním.

I. 1 – „Rodinné vztahy jsou dobré. Jezdím sem na návštěvy, střídáme se se sestrou. Dnes jsem tu já, zítra přijede ona s manželem. Občas si vyměníme názory, ale to je asi všude stejné.“

I. 2 – „Fungujou dobře. Chodíme navštěvovat matku jednou týdně i s mými dvěma dcerami. Můj bratr se o matku stará spíše po finanční stránce, má přístup k jejímu účtu. S bratrem máme dobré vztahy. Babičku si domů nebereme, nevím, jak bysme jí tam přenášeli. Vzali jsme ji pouze na Vánoce do bytu, kde bydlela s mým bratrem.“

I. 3 – „Výborný. V pohodě. Často babičku navštěvujeme s mými syny a přítelkyní. Chtěli jsme si ji vzít na Vánoce domů, ale ona už domů prostě nechce.“

Otázka č. 11: Z jakého důvodu byste se nemohla o Vašeho příbuzného postarat?

Jedna informantka by si otce domů vzala, ale stará se již o svou matku. Další informantka si nemůže dovolit péči o matku z finančních a časových důvodů. Nemůže

si dovolit odejít ze zaměstnání. 3. informant také uvádí, že si nemůže z finančních důvodů dovolit odejít ze zaměstnání.

I. 1 – „Domů si ho vzít nemůžu. Mám doma matku po mozkové mrtvici a starám se o ní.. Do bytu to má otec 40 schodů a po operaci krčku už to nevyjde. Musel by tam být pořád zavřený. Moje sestra by se o něho postarat také nemohla. Má velkou rodinu a mají málo místa v bytě.“

I. 2 – „Péči o matku v domácím prostředí bych nezvládala, vzhledem k tomu, že matka potřebovala komplexní ošetrovatelskou péči. Nemohla bych si dovolit zajistit celodenní péči o matku z finančních a časových důvodů. Nemáme doma ani bezbariérové prostředí...“

I. 3 – „Z praktického. Ztráta zaměstnání a nemožnost babičky zůstat sama. Babička byla trochu zmatená. Nemohla být sama doma... Kdyby byla babička soběstačná, nikdy bych jí nikam nedal.“

Otázka č. 12: Jak hodnotíte cenovou dostupnost domovů pro seniory?

2 informantky se shodují, že platby v domovech pro seniory jsou velké vzhledem k vyšší důchodů. Žádná z informantek na své příbuzné doplácet nemusí, ale pokud by jim peníze nestačily, doplácely by. 1 informantka je toho názoru, že pokud maminky příspěvek na péči zůstává seniorskému domu, měla by mít intenzivnější péči.

I. 1 – „Je to dost drahý. Náš táta si to ale hradí sám. Něco si našetřil, takže si to bude hradit sám. V případě, že by si to nemohl hradit, bysme dopláceli. To je jasný.“

I. 2 – „... takový pobyt je značně drahý a né každý senior si to může dovolit platit z důchodu. A tak spousta jejich dětí doplácí. Mamce její důchod stačí. Jinak bysme za ní dopláceli. Jediná výtku z mé strany je, pokud mamka bere ještě příspěvek na péči, který celý zůstává v domově, měla by mít určitě větší péči a pozornost ze strany personálu.“

1 informant říká, že se to dá finančně zvládnout, i přesto že na matku měsíčně doplácí. Kladně hodnotí, že matka má za tyto finance vše, co potřebuje. Kritizuje, ale finanční dostupnost soukromých domovů pro seniory.

I. 3 – „Kde je teď tak tam to zvládá. Má tam důchod. Kapesný má 1200 to tam ani neutratí. Já na ní doplácím ještě 1000 měsíčně. Všechno tam má a ještě jí tam přinesem. V soukromém senioráku to 20 000 korun nespraví...“

Otázka č. 13: Jak hodnotíte množství nabídky zařízení, ze kterých jste (Váš rodinný příslušník) si vybíral/a?

Všichni informanti odpovídali, že nabídka byla velká. 2 informantky chtěly umístit své rodinné příslušníky, co nejbližší jejich bývalému bydlišti a bydlišti informantek. 1 informant nevěděl o přeložení své matky z nemocnice do domova pro seniory.

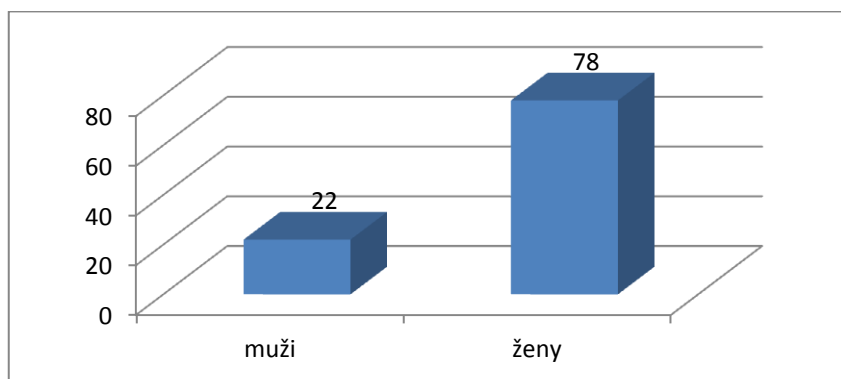
I. 1 – „Myslím, že bylo z čeho vybírat. V místě bydliště otce jsou 2 domovy pro seniory. Máme podanou žádost do obou, ale otec chce jen do jednoho z nich, kvůli tomu, že blízko ocud' bydlel.“

I. 2 – „Řekla bych, že v našem regionu je nabídka docela velká. My jsme mamku chtěli dát do města, kde dřív bydlela. Tam jsou dva důchod'áky. My jsme podali žádost jen do jednoho, protože se nám víc zamlouval. Mamka má v to městě kamarádky a známý a já tam pracuju, tak za ní můžu chodit častějc na návštěvy.“

I. 3 – „Babičku umístili rovnou z nemocnice, anichž bych o tom něco věděl. Když jsme přišli na návštěvu, tak nám teprve, řekli, že už je tam přeložená... Jinak si myslím, že tady v okolí je z čeho vybírat.“

4.2 Kvantitativní výzkum

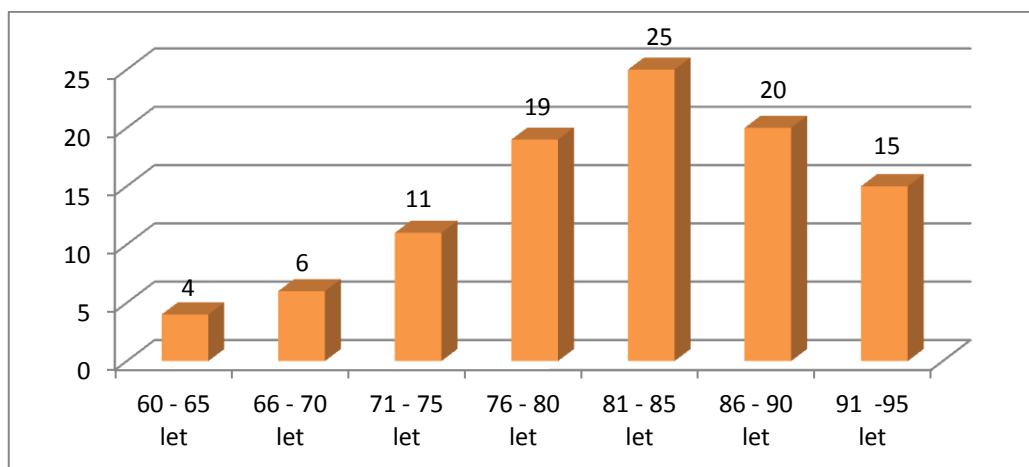
Graf 1: Zastoupení mužů a žen ve výzkumu



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že výzkumný soubor tvořilo 22 mužů a 78 žen.

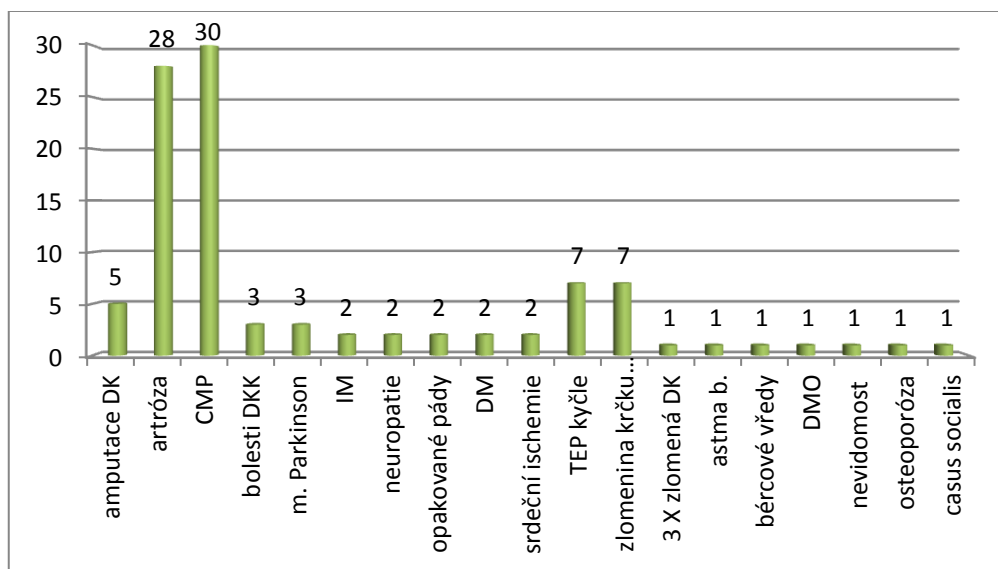
Graf 2: Věkové složení respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Ve výzkumu byli zahrnuti respondenti ve věku 60 – 95 let. Nejméně respondentů (4) bylo ve věku 60 – 65 let. Ve věku 66 – 70 let bylo 6 respondentů. Ve věku 71 – 75 let 11 respondentů. Ve věku 76 – 80 let 19 respondentů. Nejvíce respondentů (25) bylo ve věku 81 – 85 let. Ve věku 86 – 90 let bylo 20 respondentů. Věk 91 – 95 let zastupovalo 15 respondentů.

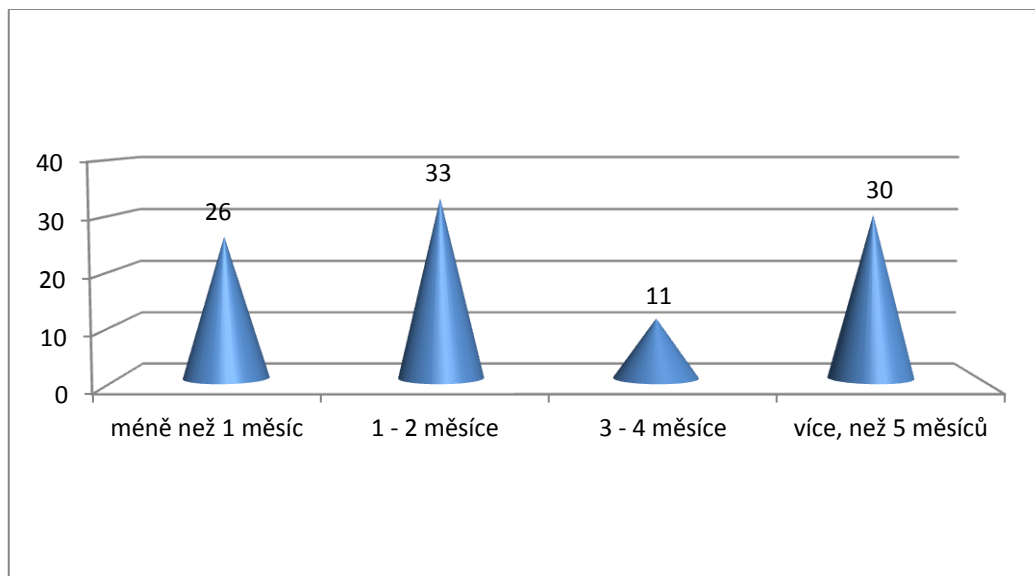
Graf 3: Diagnózy/zdravotní problémy respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 5 respondentů mělo amputovanou dolní končetinu. Druhá nejčastější diagnóza byla ve 28 případech artróza. Nejčastější diagnóza byla ve 30 případech centrální mozková příhoda. Ve 3 případech udávali respondenti bolesti dolních končetin a Parkinsonovu nemoc. Ve 2 případech udávali respondenti infarkt myokardu, neuropatii, opakované pády, cukrovku, srdeční ischemii. 7 respondentů mělo totální endoprotézu kyčle a 7 respondentů zlomeninu krčku stehenní kosti. Poté se po 1 případě vyskytovaly diagnózy/zdravotní problémy jako, na 3 x zlomená dolní končetina, astma bronchiale, bércové vředy, dětská mozková obrna, nevidomost a osteoporóza. V 1 případě neměla respondentka žádný zdravotní problém, ale byla zde z důvodu, že byla casus socialis.

Graf 4: Čekací doba na umístění do domovů pro seniory



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že 26 respondentů čekalo na umístění do domova pro seniory méně, než 1 měsíc. Nejvíce respondentů (33) čekalo na umístění 1 – 2 měsíce. Nejméně (11) respondentů čekalo 3 – 4 měsíce. Jako druhou nejčastější kategorii 5 – 6 měsíců uvádělo 30 respondentů.

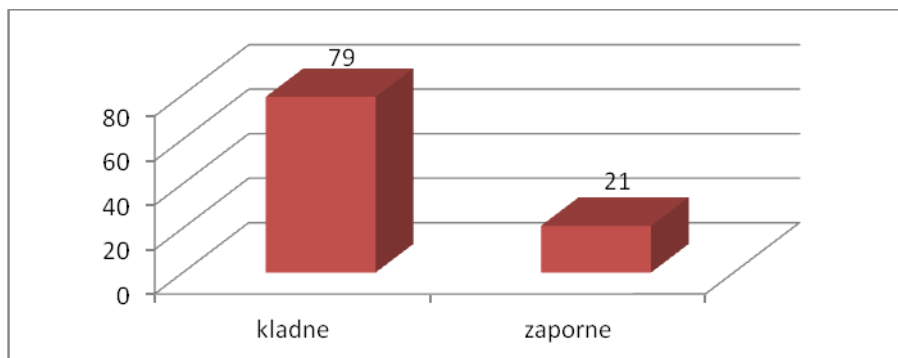
Graf 6: Průměrná čekací doba



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že průměrná čekací doba všech respondentů trvala 243 dní.

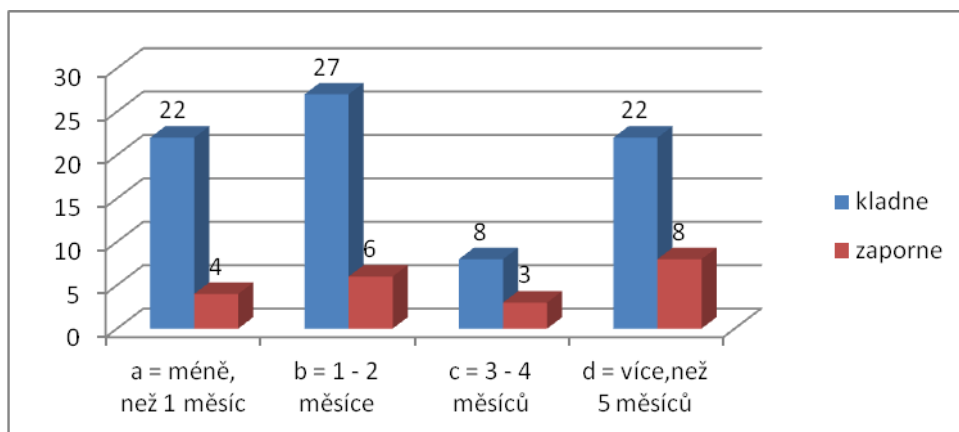
Graf 5: Hodnocení čekací doby



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že v 79 případech převažuje kladné hodnocení nad 21 případy záporného hodnocení.

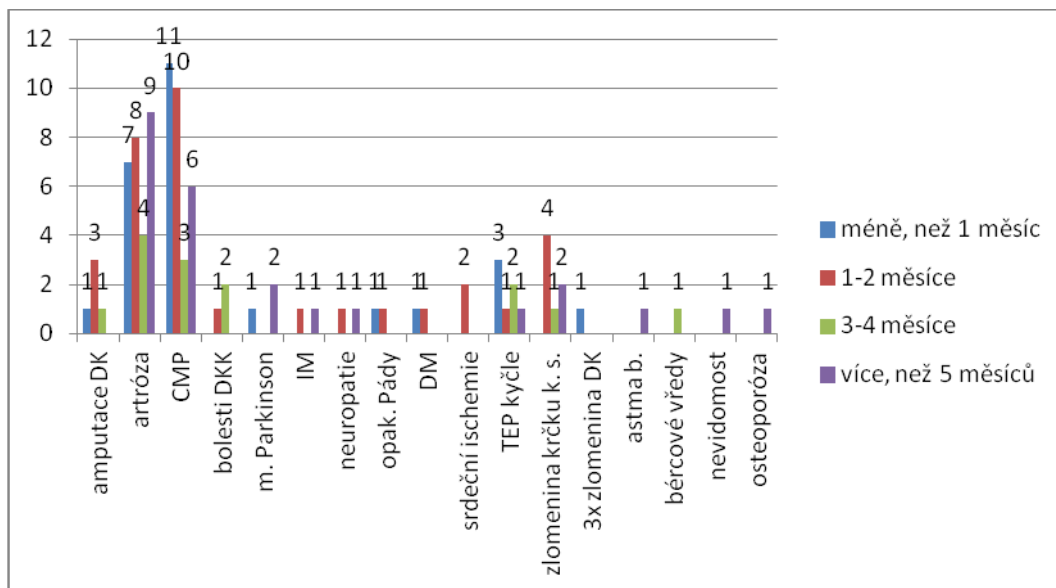
Graf 6: Hodnocení čekací doby v závislosti na její délce



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že u čekací doby méně, než 1 měsíc převládá kladných odpovědí (22) nad 4 zápornými. U čekací doby 1 – 2 měsíce je nejvíce kladných odpovědí (27) a 6 záporných. Čekací dobu 3 – 4 měsíce hodnotí kladně pouze 8 seniorů a 3 seniori záporně. Stejně jako u první kategorie je u čekací doby více, než 5 měsíců 22 kladných odpovědí a 8 záporných.

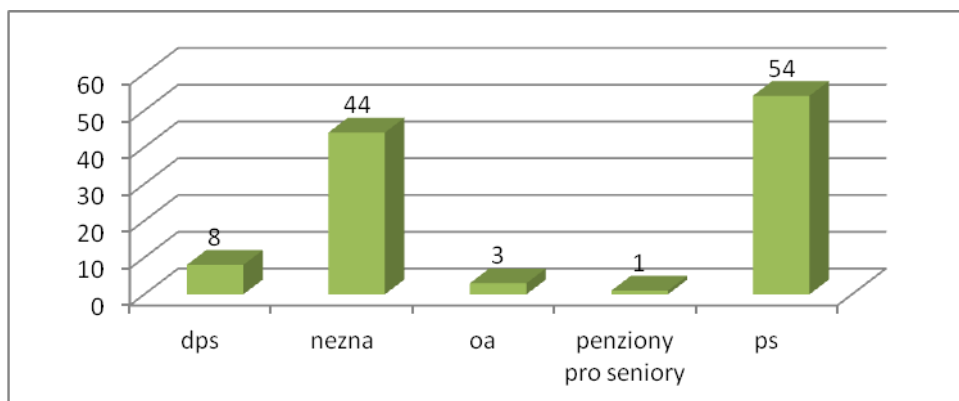
Graf 7: Čekací doba v závislosti na jednotlivých diagnózách



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že nejkratší čekací doba (v 11 případech trvala méně, než 1 měsíc) byla u diagnózy centrální mozková příhoda. Dále u diagnózy artróza, kdy v 7 případech trvala méně, než 1 měsíc.

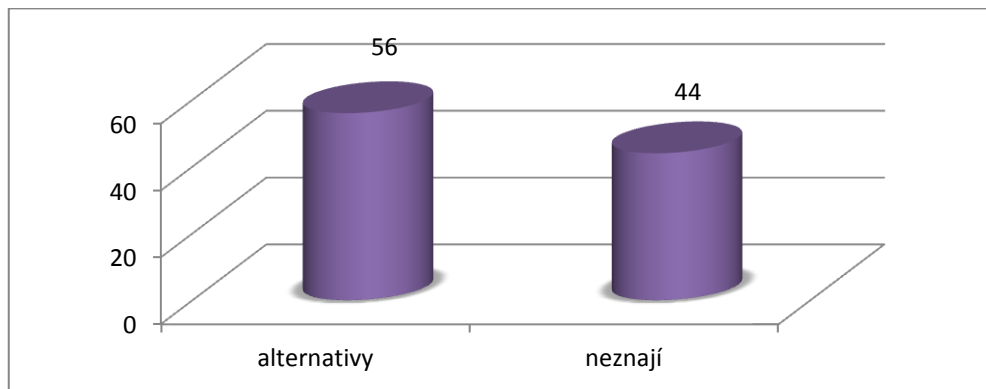
Graf 8: Alternativy péče domovů pro seniory



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 8 respondentů zná domovy s pečovatelskou službou. 44 respondentů nezná žádné alternativy péče. 3 respondenti znají osobní asistenci. 1 respondent uvedl jako alternativu penziony pro seniory. 54 respondentů zná pečovatelskou službu.

Graf 9: Poměr počtu seniorů, kteří znají alternativy péče k počtu seniorů, kteří je neznají



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je jasné, že 56 seniorů zná alternativy péče domovů pro seniory a 44 seniorů nezná jiné možnosti péče.

4.2.1 Statistické testování hypotéz

Hypotézy byly testovány pomocí Chí-kvadrát testu dobré shody. Chí-kvadrát test spočívá v tom, že nejdříve zjistíme, jak často se něco vyskytuje a poté se přesvědčujeme, zda vidíme, to co jsme očekávali. Nejdříve si stanovíme nulovou hypotézu, ve které předpokládáme rovnoměrné rozdělení sledovaných četností v jednotlivých kategoriích. Poté si k ní stanovíme alternativní hypotézu, která předpokládá, opak, to znamená, že rozdělení četností v jednotlivých kategoriích nebude rovnoměrné. Porovnáme tedy nejdříve očekávané četnosti se zjištěnými četnostmi. Poté si spočítáme rozdíl mezi zjištěnými a očekávanými četnostmi pomocí vzorce $\chi^2 = \sum \frac{(P - O)^2}{O}$. Kde „P“ jsou pozorované četnosti a „O“ očekávané četnosti. Vypočítáme si tedy nejdříve očekávané četnosti v každé kategorii. Vypočítaná hodnota se nazývá testové kritérium, které srovnáváme s tzv. kritickou hodnotou, kterou nalezneme ve statistických tabulkách. Příslušnou kritickou hodnotu hledáme vždy pro určitou (příslušnou) hladinu významnosti a určitý počet stupňů volnosti. Hladina

významnosti je pravděpodobnost, že neoprávněně (nesprávně) odmítneme nulovou hypotézu. Většinou je tato hladina významnosti 0,05 (5%) nebo 0,01 (1%). Počet stupňů volnosti závisí na počtu řádků v kontingenční tabulce. (64)

H1: Senioři negativně hodnotí čekací dobu na umístění do domova pro seniory. Na tuto hypotézu jsem se snažila odpovědět otázkou „*Jak hodnotíte čekací dobu od podání žádosti do umístění do domova pro seniory?*“

nulová hypotéza H0: Poměr kladných a záporných odpovědí je 50 % na 50 %

alternativní hypotéza: Poměr kladných a záporných odpovědí není 50 % na 50 %

Tabulka 1: Výpočet testového kritéria k hypotéze č. 1

hodnocení čekací doby	pozorované četnosti (P)	očekávané četnosti (O)	$\chi^2 = \sum \frac{(P - O)^2}{O}$
negativní hodnocení	21	50	16,82
pozitivní hodnocení	79	50	16,82
Σ	100	100	$\chi^2 = 33,64$

Zdroj: vlastní výzkum

Hodnotu 33,64 porovnáám s tzv. kritickou hodnotou, kterou zjistím ve statistických tabulkách. Nejdříve si stanovím hladinu významnosti rovněž ve statistické tabulce, která bývá většinou 0,05. U této hladiny je v řádcích uváděna kritická hodnota. Kritickou hodnotu určím z řádků stupňů volnosti, které zjistím, tak, že si z kontingenční tabulky od počtu řádků s kategoriemi odečtu jeden řádek. Mám tedy jeden stupeň volnosti. V tabulce je u tohoto stupně uvedeno číslo 3,84.

33,64 > 3,84 – Testové kritérium je mnohem vyšší, než kritická hodnota. Můžu tedy říct, že je statisticky více kladných odpovědí. Zamítám tedy nulovou hypotézu. Hypotéza č. 1 se nepotvrdila. Senioři hodnotí čekací dobu pozitivně.

H2: Senioři znají jen možnosti péče v domově pro seniory. K této hypotéze se vztahovala otázka: „Znáte jiné možnosti péče, než péči v domově pro seniory?“

nulová hypotéza H0: Poměr seniorů, kteří znají a neznají jiné možnosti péče je 50 % na 50 %.

alternativní hypotéza HA: Poměr seniorů, kteří znají a neznají jiné možnosti péče, není 50 % na 50 %.

Tabulka 2: Výpočet testového kritéria k hypotéze č. 2

Povědomí seniorů o jiných možnostech péče	pozorované četnosti (P)	očekávané četnosti (O)	$\chi^2 = \sum \frac{(P - O)^2}{O}$
znají	56	50	0,72
neznají	44	50	0,72
Σ	100	100	$\chi^2 = 1,44$

Zdroj: vlastní výzkum

$\chi^2 = 1,44 < 3,84$ – Testové kritérium je menší, než kritická hodnota. Nemohu zamítnout nulovou hypotézu. Mezi seniory, kteří znají a neznají jiné možnosti péče, tedy není statisticky významný rozdíl. Hypotéza č. 2 tedy nebyla potvrzena.

Dále jsem se rozhodla testovat, zda hodnocení čekací doby závisí na její délce. Stanovila jsem si hypotézu H3: Senioři hodnotí čekací dobu v závislosti na její délce.

Pro testování této hypotézy jsem použila dvousměrného chí-kvadrátového testu, pomocí kterého můžeme zjistit, zda je mezi proměnnými určitá souvislost. (64)

nulová hypotéza H₀: Hodnocení (kladné/záporné) nezávisí na čekací době.

alternativní hypotéza H_A: Hodnocení (kladné/záporné) závisí na čekací době.

Tabulka 3: Pozorované četnosti u hodnocení čekací doby

	Čekací doba < 1 měsíc	1–2 měsíce	3–4 měsíce	> 5 měsíců	Σ
Pozitivní hodnocení	22	27	8	22	79
Negativní hodnocení	4	6	3	8	21
Σ	26	33	11	30	100

Zdroj: vlastní výzkum

Výpočet očekávaných četností se provede u každé buňky v tabulce pomocí vzorce

$$O = \frac{\text{součet řady} \times \text{součet sloupce}}{\text{celkový součet}}$$

Tabulka 4: Očekávané četnosti u hodnocení čekací doby

	Čekací doba < 1 měsíc	1–2 měsíce	3–4 měsíce	> 5 měsíců
Pozitivní hodnocení	20,54	26,07	8,69	23,7
Negativní hodnocení	5,46	6,93	2,31	6,3

Zdroj: vlastní výzkum

Pro výpočet chí-kvadrátu jsem použila vzorec $\chi^2 = \sum \frac{(\text{zjištěno} - \text{očekáváno})^2}{\text{očekáváno}}$

$$\chi^2 = 1,4937$$

Výpočet stupňů volnosti jsem provedla pomocí vzorce $v = (r - 1) \times (c - 1)$.

Kde „r“ je počet řádků v kontingenční tabulce a „c“ je počet sloupců. $V = 3$

Testové kritérium u hladiny významnosti ve 3. řádku je 7,81.

$1,4937 < 7,81$. Testové kritérium < kritická hodnota, pak hypotézu H_0 o nezávislosti znaků nezamítáme a můžeme tedy onu nezávislost předpokládat. Můžu prohlásit, že hodnocení seniorů (negativní i pozitivní) nezávisí na čekací době. Hypotéza č. 3 se tedy nepotvrdila.

5. DISKUZE

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit, jak dlouhá je čekací doba na umístění seniorů do domovů pro seniory a jaké jsou překážky a problémy při umisťování. V kvalitativní části výzkumu jsem se zabývala především druhou částí cíle, tedy zjišťováním jaké jsou překážky při umisťování. Položila jsem si 2 výzkumné otázky 1) *Jaké jsou překážky a problémy při umisťování do domova pro seniory?* a 2) *Má senior jinou možnost péče než péči v domově pro seniory?* Provedla jsem polostandardizované rozhovory se 3 sociálními pracovníci, 8 seniory a 3 rodinnými příslušníky seniorů, kteří umisťovali někoho ze své rodiny do domovů pro seniory. Všem byly pokládány téměř shodné otázky, aby mohly být následně porovnány.

První otázka, kterou jsem pokládala seniorům, byla „*Jaké máte pocity z toho, že bydlíte v domově pro seniory?*“ Na tuto otázku odpovídali všichni senioři kladně. Obdobnou otázku „*Jaké máte pocity z umístění Vašeho příbuzného do domova pro seniory?*“ jsem pokládala také rodinným příslušníkům. Ti měli také kladné pocity. Byly rádi, že je o jejich rodinné příslušníky postaráno. Matoušek uvádí, že je důležité aby DS uzavřel s rodinou kontrakt o tom, které povinnosti v péči o seniora jí zůstávají a které za ní může převzít. Varuje, že u příbuzných může dojít ke ztrátě zájmu a k omezení kontaktů, z důvodu, že někdo pečuje za ně. Bylo prokázáno, že čím déle je senior v zařízení, tím klesá četnost návštěv jejich příbuzných. (35) Informanti odpovídali, že jejich rodinné příslušníky navštěvují alespoň jednou za týden nebo i 2 x týdně.

Co se týče rodinných vztahů seniorů odpovědi seniorů, jejich rodin a sociálních pracovníků se téměř shodovaly. Senioři měli vždy někoho z rodiny, s kým dobře vycházeli a kdo za nimi docházel na návštěvy. 2 Sociální pracovníce také hodnotily jejich vztahy spíše kladně. Jarošová označuje rodinné zázemí jako jednu z nejdůležitějších sociálních jistot člověka ve stáří a jako hlavní zdroj očekávané pomoci. (23 str. 41) Matoušek ve své knize také zdůrazňuje důležitost kontaktu rodiny se seniorem. Rodina hraje důležitou roli při úpravě prostředí pokoje seniora např. tím, že mu nosí staré fotografie, předměty, knihy atd. Tráví s ním svůj čas a propojuje

generace. (35) Sociální pracovnice také odpovídala, že rodiny se často zapojují v péči o své příbuzné, vozí je na vycházky, do cukrárny atd.

I v kvalitativní části mé práce jsem se dotazovala informantů, jaká byla čekací doba na umístění do zařízení a jak tuto čekací dobu hodnotí. Senioři, sociální pracovnice i rodiny hodnotili čekací dobu převážně kladně. U seniorů se pohybovala čekací doba od 3 dnů po 2 roky. Pokud byly žádosti o přijetí do zařízení urgentní a vyžadovala to zdravotní a sociální situace žadatele, pohybovala se čekací doba kolem dvou až tří měsíců. Sociální pracovnice mi potvrdila, že se v jejich zařízení uvolní místo cca za 1 – 2 měsíce. Čekací doba na umístění do domovů pro seniory, není v dnešní době, tak dlouhá jako dříve. Touto otázkou se budu podrobněji zabývat ve kvantitativní části výzkumu.

Spolupráci zdravotních pracovníků při umisťování hodnotili kladně jak senioři, tak i jejich rodinní příslušníci.

Vzájemná spolupráce sociálních pracovníků, rodin a seniorů při umisťování byla také hodnocena kladně a bez problémů. Toto se neshoduje s publikací Matouška, kde píše, že při supervizích bývá často řešeným tématem spolupráce s rodinou a sociálních pracovníků nemocnic, léčeben dlouhodobě nemocných i domovů pro seniory. Píše zde také, že spousta rodin přichází do zdravotnického či sociálního zařízení s váhavostí a nejistotou, je nedostatečně informována a nezná své možnosti. Jejich chování může být důsledkem starostí o svého příbuzného nemocného. Udává, že těmto konfliktům by se mohlo předejít zavedením standardních postupů při komunikaci s rodinami. (35 str. 169–170.) Podle mého názoru je obdobou těchto standardů standard kvality v sociálních službách č. 3 Jednání se zájemcem o službu, který se již několik let v sociálních službách v praxi uplatňuje. (43)

Informovanost o zařízení kam měl být umístěn senior, byla seniory i rodinnými příslušníky hodnocena kladně. V nejvíce případech měli senioři informace od sociálních pracovníků daných zařízení či nemocnice. Rodinní příslušníci z internetu, obecního úřadu či známých.

Péči v domovech pro seniory hodnotili senioři, sociální pracovnice i rodinní příslušníci téměř vždy kladně. Jak senioři, tak i sociální pracovnice často zdůrazňovali

malý počet pracovníků přímé péče. Dále sociální pracovnice mluvily o problému, že zdravotní pojišťovny nechtějí financovat zdravotní úkony v domovech pro seniory. Toto potvrdil i Petr Wija z Centra pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče. Říká, že *„větší problém než nedostatek lůžek je podle něj například hůře dostupná kvalifikovaná zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb. Potřeba péče bude rozhodně rychle růst.“*

(1) S tímto výrokem souhlasím, myslím, že zdravotní stav nynějších obyvatelů v domovech pro seniory je horší, než v dřívějších letech. Výše uvedené se potvrdilo i při mém výzkumu, kdy jsem se setkala se situací, že v jednom zařízení nebylo možné výzkum provést, protože téměř všichni klienti byli ležící, ve špatném zdravotním stavu a nebyli schopni z různých důvodů komunikovat. Myslím si, že do budoucna to bude ve spoustě zařízení vypadat obdobně. Souhlasím také s názory sociálních pracovníků, že péče v domovech pro seniory je víceméně shodná, především díky standardům kvality a kontrolám jejich dodržování.

Na otázku, z jakých důvodů se senioři rozhodli pro pobyt v zařízení, odpovídali často následovně. Mnoho seniorů se nemohlo z různých důvodů pohybovat, a proto se o sebe nemohli postarat. Často to bylo z důvodů CMP, či artrózy, jak se mi potvrdilo i v kvantitativní části výzkumu. Neměli, již také žádného manžela z důvodu ovdovění nebo se nikdy neoženili. O 3 seniory se chtěli postarat jejich rodinní příslušníci, jenže senioři to z různých důvodů odmítali. Tato skutečnost je popsána i v knize Klevetové. Píše zde, že seniorská populace osvobozuje své mladé od povinností s odůvodněním, že mají mnoho své vlastní práce, a očekávají větší pomoc od zdravotnických a sociálních zařízení. Zároveň kritizuje stát, který na sebe částečně převzal některé rodinné funkce, ale nepodporuje rodiny, které by pečovali o své příbuzné ve vysokém věku. (29 str. 13) Obdobná otázka *„Z jakého důvodu byste se nemohl/a o Vašeho příbuzného postarat?“* byla položena i rodinám. 1 informantka již pečovala o svou maminku. 2 informanti udávali převážně finanční důvody, kdy si nemohli dovolit odejít ze zaměstnání. Dále uváděli také bariérové důvody v jejich bytech. Francová a Novotný zdůrazňují, že naším státem není péče rodinných příslušníků o seniory dostatečně podporována. V případě, kdy pečující má jako finanční příjem pouze příspěvek na péči, nastává problém, kdy je senior hospitalizován, což v seniorských letech nebývá neobvyklé.

Pečujícím je tak pobírání příspěvku na péči pozastaveno po celý kalendářní měsíc hospitalizace nemocného a vyplácí se mu až od prvního dne kalendářního měsíce, kdy hospitalizace netrvala po celý kalendářní měsíc. Další nevýhodou je skutečnost, že pečující, kteří opustí své zaměstnání, budou v budoucnu pobírat nižší starobní důchod z důvodu chybějících finančních příjmů, způsobených jejich dlouhodobější nezaměstnaností. (12)

Pouze 3 senioři odpovídali, že nechtěli využívat pečovatelské služby, protože nechtěli být sami doma a chtěli mezi lidmi. 2 z těchto seniorů byli, ale v zařízení umístění 4 a 10 let, což dokazuje fakt, že dříve se přijímali i senioři relativně soběstační. Výše uvedené odpovědi příliš nekorespondovaly s odpověďmi sociálních pracovníků na otázku „*Mají senioři jinou možnost péče, než péči v domově pro seniory?*“ Sociální pracovníce odpovídaly, že umístění senioři většinou nemají jinou možnost. Jak uvádí Matoušek ve své publikaci čtvrtině seniorů v domovech pro seniory, ale nebyl přiznán příspěvek na péči, což znamená, že nejsou závislí na péči druhé fyzické osoby a nejsou pro tuto službu indikováni. (37) Souhlasím s odpovědí sociální pracovníce, která říká že, jiná situace je u soukromých domovů, které přijímají seniory i soběstačnější, u kterých je rozhodující spíše, zda mají peníze na úhrady. Dalším problémem je jak řekly 2 sociální pracovníce s dostupností terénních zdravotních a ošetrovatelských služeb na odlehlých vesničkách. Seniory z těchto vesniček přijmou, protože nemají jinou možnost zajištění péče. Tuto skutečnost popisuje i Petr Wija (viz. níže)

Co se týče množství nabídky domovů pro seniory v České republice. 1 sociální pracovníce říká že, je málo domovů se zvláštním režimem. Ombudsman také zdůrazňuje, že domovy se zvláštním režimem nemají dostatečnou kapacitu pro přijetí starých osob s demencí. Specializují se nejen na seniory, ale i na osoby závislé na alkoholu a jiných návykových látkách. (57) Množství nabídky domovů pro seniory hodnotí sociální pracovníce převážně kladně. Toto tvrzení koresponduje s názorem Haškovcové, že nedostatek míst v domovech pro seniory je pouze optický klam. Dle statistického údajů vypovídajících o nabídce i poptávce domovů je podle ní nabídka dostačující. Existují podle ní velké regionální rozdíly v nabídce a poptávce, ve smyslu, že někde převažuje nabídka nad poptávkou a naopak. Je zde ještě zkrslující skutečnost,

že jeden senior může mít podané žádosti do více zařízení současně. (15 str. 240–241.) Hana Matějovská Kubešová předsedkyně České gerontologické a geriatrické společnosti naopak uvádí, že „od roku 2007 v Česku přibylo 150 zařízení typu domov pro seniory či domov se zvláštním režimem, které disponují 48 tisíci lůžek. Ani to nestačí. Počet žádostí o umístění, jimž nešlo vyhovět, se rovná 1,5násobku dostupné kapacity. Podle odhadů teď chybí desetitisíce lůžek.“ Petr Wija z Centra pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče uvádí k výše popsanému fakt že, „ne všechny žádosti vycházejí z tíživé situace, kdy se rodina o nemohoucího seniora nedokáže postarat z objektivních důvodů. Třeba proto, že jeho choroba vyžaduje každodenní lékařskou péči. Převis poptávky nad nabídkou je důsledkem různých problémů s bydlením, nedostatečné podpory rodinných pečovatelů a alternativ k pobytové péči. Zejména ambulantních a domácích služeb v menších obcích.“ (1) Francová a Novotný také zdůrazňují, že v České republice je množství pobytových sociálních služeb na stejné úrovni jako v zahraničí, ale terénní služby se u nás vyskytují v polovičním počtu. (12)

Většina seniorů si, myslí, že domovů pro seniory je spíše málo. Rodinní příslušníci si také, ve 2 z 3 případů myslí, že jich je málo. Dle mého názoru je to proto, že neví, v dnešní době by se měli přijímat do těchto zařízení přijímat nesoběstační senioři, u kterých už nezbyvají jiné alternativy péče. Sociální pracovnice a 1 rodinný příslušník si myslí, že to bude problém především v budoucnu, kdy bude seniorů přibývat. Toto souvisí i s odhady MPSV. Celková kapacita lůžek v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem je 46 000. Jedno lůžko tedy připadá na 35 obyvatel České republiky ve věku nad 65 let. Dle demografických prognóz lze očekávat, že tato kapacita nebude dostačující. (37) Petr Wija, ale nevidí řešení ve stavění dalších domovů pro seniory. „Mnohem více bude třeba podporovat nové formy komunitních a ambulantních služeb a bezpečný život seniorů doma.“ (1)

Výše uvedená otázka souvisela s otázkou „Jak hodnotíte množství nabídky zařízení, ze kterých jste si vybíral/a?“. Senioři často odpovídali, že si příliš vybírat nechtěli. Vybírali si maximálně ze dvou zařízení. Chtěli často blízko místa, ke kterému mají nějaký vztah. Rodinní příslušníci také odpovídali, že si senioři vybírali maximálně z 2

zařízení. Dále byli toho názoru, že v našem regionu je dostatek zařízení, což si myslí i sociální pracovnice.

Další otázka se týkala hodnocení finanční dostupnosti domovů. Setkávala jsem se především se zápornými komentáři seniorů, sociálních pracovníků i rodin. Téměř všichni informanti kritizovali nízké starobní důchody. S čímž také souhlasím. Podle údajů ČSSZ činila výše průměrného starobního důchodu (vč. předčasného) na konci září roku 2013 10 957 Kč. U mužů pak dosáhl výše 12 138 Kč a u žen 9 944 Kč. (10) Což vzhledem k výši měsíční platby v domovech pro seniory cca (11 400 Kč.) není velká částka. Často zdůrazňovali špatnou finanční dostupnost soukromých zařízení, kde požadují platby do plné výše (dle mých informací, některé tyto domovy nedodrží ani vyhlášku, kde je stanovena maximální výše úhrad) a pokud zájemce nemá na zaplacení, do zařízení ho nepřijmou. Od roku 2014 se poplatky v domovech pro seniory navýšily o 20 Kč. Toto není podle mého velká částka. Nicméně, jak říkají ředitelé domovů pro seniory, smysl ve zvyšování poplatků nevidí, pokud je nebude následovat valorizace důchodů. Hlavně z důvodu, že již nyní některým klientům peníze na poplatky nestačí. Nedoplněnou částku si budou muset hradit sami domovy pro seniory z dotací, pokud za klienty nebudou doplácet jejich rodiny. Ředitel Domova u jezera v Hlučíně Petr Jančík dodává, že tento rok ale stejně zdražovat budou muset, protože MPSV neustále snižuje dotace na sociální zařízení. Nezbývá jim tak nic jiného, než vybrat více peněz na chod domova. (34) Před finančním kolapsem zařízení sociálních služeb varuje také Asociace poskytovatelů sociálních služeb, podle níž ministerstvo práce a sociálních věcí v roce 2013 snížilo svůj příspěvek o 360 milionů korun. Podle průzkumu Asociace kvůli snížení dotací hrozí ukončení činnosti minimálně 50 zařízení, další ji pak budou muset utlumit. To by znamenalo tisíce propuštěných zaměstnanců i lůžek v pobytových zařízeních. „*Také by ubylo patnáct tisíc míst v denních stacionářích,*“ konstatoval prezident Asociace Jiří Horecký. (56)

Za nelogické považuji to, že pokud má senior naspořeno na vkladní knížce, nemůže z těchto peněz hradit částku za pobyt a stravu, pokud mu nestačí důchod, či za něj z různých důvodů nehradí platby jeho rodina nebo jiná fyzická osoba. Jak říká 3. odstavec § 71 zákona o sociálních službách, pokud senior nemá vlastní příjem nebo mu jeho

příjem nestačí, může za něj doplácet osoba blízká, jiná fyzická nebo právnická osoba. Co se rozumí příjmem je popsáno v zákoně o životním a existenčním minimu. (67) Úspory jsou tedy v tomto případě vyloučeny. Proč by si ale nemohli klienti hradit z těchto peněz, pokud už je nechtějí či nebudou využívat na nic jiného?

Další otázka se týkala překážek při umisťování. Senioři při umisťování žádné překážky nezaznamenali. Pouze 1 informantka si stěžovala na dlouhou čekací dobu. Tato informantka měla, ale podanou neurgentní žádost a nikdy ji neurgovala. 1 z rodinných příslušníků viděla problém v tom, že nebylo volné místo v domově, k jehož okolí měl její otec určitý vztah. Toto se shodovalo i s výpovědí 1 sociální pracovnice, která vidí v této situaci také problém. Odpovědi sociálních pracovníků na tuto otázku byly variabilní a téměř v ničem se neshodovaly. 1 sociální pracovnice zdůrazňuje velké množství žádostí, obzvláště na jednolůžkové pokoje, kdy žadatelé v tomto případě mohou čekat dlouho na umístění. Toto uváděla i jedna z informantek v rozhovoru, která na jednolůžkový pokoj čekala 1,5 roku. Tuto skutečnost mi potvrdily i sociální pracovnice, když jsem prováděla kvantitativní výzkum v jiných zařízeních. Jiná sociální pracovnice říkala, že muži mají v jejich zařízení určitou výhodu při přednosti v přijmutí. Mužů v jejich zařízení a všeobecně v těchto zařízeních bývá méně, protože v seniorské populaci početně převažují ženy. Pokud si muž podává žádost na dvoulůžkový pokoj, přijmou ho dříve, než ženu, která je v pořadníku před tímto mužem a není pro ni volné místo na ženském pokoji. Na dvoulůžkovém pokoji nemohou logicky být cizí žena s mužem. Dále sociální pracovnice kritizuje, že senioři si dávají žádosti i z důvodů řešení své samoty. Říká, že dříve se přijímali i tito žadatelé, ale dnes to tak není. 3 senioři, kteří žili v zařízení déle, mi také udávali tento důvod jako hlavní pro přestěhování do domova pro seniory. Další sociální pracovnice vidí jako problém finance, s čímž také souhlasím. Průša ve své publikaci píše také o ekonomickém tlaku, kteří vytvářejí zřizovatelé i konstrukce systému financování sociálních služeb na registrované poskytovatele sociálních služeb. Kvůli tomuto tlaku favorizují při příjmu klienty, kteří mají vyšší příspěvek na péči. (62 str. 59) Dalším problémem, (který se mi v mém výzkumu nepodařilo zjistit) je dle ombudsmana, který v březnu 2013 zveřejnil na svých internetových stránkách zprávu o diskriminaci některých skupin seniorů v přijímání do

domovů pro seniory. Týká se to zvláště žadatelů trpících demencí, seniorů, kteří měli někdy problémy s alkoholem nebo těch, kteří byli někdy léčeni pro duševní poruchu. *Jejich chování přitom není tak náročné či rizikové, aby závažně narušovalo kolektivní soužití v pobytovém zařízení.* Některé domovy pro seniory na svých webových stránkách oznamují, *že nepřijímají „společensky nepřizpůsobivé“, klienty bez „vytvořených základních sociálních návyků“ nebo dokonce odmítají přijímat osoby po výkonu trestu odnětí svobody.* Jiná zařízení si zjišťují o svých zájemcích osobní informace nepodstatné pro vyhodnocení žádosti. Všechny těchto chyb se dopouští více, než 90 % domovů pro seniory zřízených kraji. Domovy se zvláštním režimem nemají dostatečnou kapacitu pro přijetí seniorů s demencí. Specializují se nejen na staré lidi, ale i na osoby závislé na alkoholu a jiných návykových látkách. Ombudsman bude během roku navštěvovat pobytová sociální zařízení pro seniory, zvláště ta, která se specializují na klienty s demencí. Bude zjišťovat jak je zde poskytována péče. (57)

Co se týkalo zajištění péče před umístěním do domova pro seniory, sociální pracovníce odpovídaly, že k nim chodí spousta lidí rovnou z nemocnice. 1 sociální pracovníce podotýkala, že klienti často nevědí o možnosti pečovatelské služby ani osobní asistenci. Další sociální pracovníce odpovídala, že hodně lidí chodí nejdříve do domovů s pečovatelskou službou. Rodinní příslušníci seniorů, také měli své příbuzné nejdříve v nemocnici. 2 z nich s diagnózou CMP. 1 z nich byla poté umístěna v domově s pečovatelskou službou, než se u ní objevila recidiva CMP. 3 senioři, se kterými jsem dělala rozhovory, byli umístěni také rovnou z nemocnice, 2 z nich ze sociálního lůžka. 2 senioři byli v domově s pečovatelskou službou. 2 bydleli u svých dětí a jeden šel přímo z domova.

Problematiku opatrovnictví rodiny u svých rodinných příslušníků řešit nemuseli. Všichni senioři byli svéprávní. Všechny sociální pracovníce se shodly, že na názor na opatrovnictví dle nového občanského zákoníku je brzy. 2 Sociální pracovníce se shodovaly v názoru, že podle starého občanského zákoníku trvalo řízení o způsobilosti k právním úkonům a následné zařizování opatrovnictví dlouhou dobu. 1 sociální pracovníce uvedla, že senior často zemřel, než došlo k ustanovení opatrovníka. Toto tvrzení se shoduje i s publikací Chloupkové. (22) V případě opatrovnictví vidím určité

překážky při přijímání zájemců do domovů pro seniory např. problémy při kontaktování opatrovníků (např. pokud jsou na dovolené atp.). Dále také při samotném zařizování opatrovnictví, nebo pokud senior potřebuje nějakou formu podpůrného opatření.

Sociálních pracovnic jsem se ptala, zda pozorují za dobu jejich praxe nějaké zlepšení. 1 sociální pracovnice měla pouze 1 rok praxe, tak odpovědět nemohla. 2 sociální pracovnice se ale shodly, že praxe se zlepšila. To dokazují i skutečnosti popsané v teoretické části práce. Např. se zlepšilo prostředí domovů pro seniory. Byly zavedeny standardy kvality sociálních služeb, jejichž dodržování kontrolují inspekce kvality sociálních služeb. Dále se zlepšila komunikace díky internetu. Zájemci o službu si mohou přečíst informace o jednotlivých zařízeních. Začal fungovat projekt Značka kvality, kde jsou hodnocena jednotlivá zařízení uživateli atd. S výše uvedeným souhlasím, i když nepracuji jako sociální pracovnice a nemohu tuto skutečnost natolik posoudit, soudím tak podle toho, co jsem se dočetla v literatuře a dalších informačních zdrojích.

Kvantitativní část výzkumu byla prováděna pomocí řízených rozhovorů se seniory. Tento výzkum byl mnohdy obtížný, z důvodů, že mnozí dotazovaní nedoslýchali a otázky jsem jim musela několikrát opakovat. Někdy také otázku nepochopili, tak jsem občas musela pozměnit její formulaci. Zabývala jsem se jejich povědomím o možnosti jiných forem péče, než jsou domovy pro seniory. Jak píše Průša „*Limitem života seniorů v původním prostředí může být nedostatečná nabídka terénních a ambulantních služeb a mnohdy i nedostatečná informovanost o těchto způsobech zajištění péče.*“ (48 str. 33) Tuto skutečnost také zdůrazňovala 1 sociální pracovnice. Výzkum mi, ale potvrdil opak, že je více seniorů, kteří znají jiné možnosti péče. 56 dotazovaných znalo alternativy péče domovů pro seniory a 44 neznalo.

Ptala jsem na jejich hlavní zdravotní diagnózu/problém. Výzkum ukázal, že nejvíce se u dotazovaných objevovala diagnóza centrální mozková příhoda. Což souhlasí s výzkumem VÚSP z roku 2006. Na druhém místě byla diagnóza artróza. Tato diagnóza se výzkumu VÚSP objevila na 4. místě v kategorii nemoci svalové a kosterní soustavy za poruchami nervovými a duševními a endokrinními nemocemi. (6) Kategorie duševní

poruchy se v mém výzkumu neobjevují z důvodu, že jsem cíleně hovořila pouze se seniory orientovanými, kteří byli schopni odpovídat na otázky.

Dále jsem zjišťovala, jak je dlouhá čekací doba na umístění do domovů pro seniory. Kategorie méně, než 1 měsíc zahrnovala 26 odpovědí. Nejvíce odpovědí (33) se objevilo v kategorii 1–2 měsíce. Nejméně odpovědí (11) bylo v kategorii 3–4 měsíce. Překvapilo mě trochu, že v kategorii 5 a více měsíců se objevil poměrně stejný počet odpovědí (30), jako u první a druhé kategorie. Jak jsem uváděla výše, výzkum byl proveden u seniorů, kteří měli podané urgentní žádosti, zároveň to ale byli schopni komunikace a byli orientováni. Stav respondentů v kategorii 5 a více měsíců možná ještě nevyžadoval příliš velkou péči a přednost před umístěním měli tedy senioři méně soběstační, kteří již nekomunikovali a byli odkázáni na plnou ošetrovatelskou péči. Jak naznačuje graf, kde znázorňuji čekací dobu u jednotlivých diagnóz, nejkratší čekací doba se vyskytuje u dotazovaných, kteří prodělali CMP, dále u seniorů, kteří trpěli artrózou. Toto dokazuje skutečnost, že přednost při umístování by měli mít nesoběstační zájemci. Jak popisuji výše, mnoho lidí dnes kritizuje údajně nízkou kapacitu domovů pro seniory, se kterou souvisí i délka čekací doby. Tento fenomén je, ale zkruslen několika faktory. V případech, kdy senior má podané žádosti do několika zařízení najednou, či pokud má podanou žádost neurgentní, kdy je ještě soběstačný a podal si ji pro případ zhoršení svého stavu. Dále mohou být některé žádosti neaktuální např., pokud již zájemce zemřel. Problémem je také, že v domovech pro seniory je z minulých let spousta uživatelů, kteří ještě nepotřebovali, tak intenzivní péči a do domovů odcházeli např. z důvodu řešení samoty. Jak odpovídali sociální pracovníce v kvalitativní části výzkumu, většinou se u nich jednou za měsíc či dva měsíce jedno místo uvolní.

Kvantitativní stejně tak jako kvalitativní část výzkumu ukázala, že senioři hodnotili čekací dobu na umístění převážně kladně. Hypotéza se tedy nepotvrdila. Myslím si, že tato skutečnost souvisí s tím, že v dnešní době netrvá čekací doba řádově roky, pokud jde o případ, kdy je zájemce nesoběstačný a vyžaduje to jeho zdravotní a sociální situace. Dále jsem zkoumala, jestli hodnocení seniorů závisí na čekací době. Tedy jestli stoupá poměr záporného hodnocení s vyšší čekací dobou. Výzkum ukázal, že jejich

hodnocení na čekací době nezávisí. Domnívám se tedy, že na hodnocení měly vliv i jiné faktory např. byli před umístěním hospitalizováni v nemocnici, kde jim vyhovovala péče, zda se o seniory starali jejich rodinní příslušníci před umístěním, zda se jim do zařízení vůbec chtělo nastoupit atd. Jak je píše Zadák a kol. ani osoby starší 75 let neuvažují o možnosti pobytu v některém z rezidenčních zařízení. *Většina těchto osob se cítí nejlépe ve vlastním domácím prostředí a počítá s tím, že se o ně postará rodina.* (27 str. 478) Tento názor ale nekoresponduje s výsledky kvalitativního výzkumu.

V této práci byla stanovena hypotéza „*Senioři negativně hodnotí čekací dobu na umístění do domova pro seniory.*“ Tato hypotéza se nepotvrdila. Přesto, že se ve výzkumu objevovaly nejčastěji odpovědi 1–2 měsíce ve 33 případech a více, než 5 měsíců ve 30 případech, což bylo poměrně vyrovnané. Druhá hypotéza zněla „*Senioři znají jen možnost péče v domově pro seniory*“ Tato hypotéza se také nepotvrdila, i když byl poměrně vyrovnaný počet kladných odpovědí (znají) a odpovědí záporných (neznají) statisticky významná byla odpověď „*znají*“. Nejčastěji dotazovaní odpovídali, že znají pečovatelskou službu. Myslím, že je to tím, že staří lidé v dnešní době spíše nejdříve pečovatelskou službu využívají a poté, co se jejich soběstačnost zhorší, nastoupí do domovů pro seniory. Myslím si, že je to tak v pořádku, protože dnes by se měli do domovů pro seniory přijímat především lidé nesoběstační. O existenci pečovatelské služby ale musí seniory nejdříve někdo informovat. Sociální pracovnice v rozhovoru zdůrazňovala, že zájemci, kteří si přijdou podat žádost o umístění, většinou o pečovatelské službě neví a musí jim o ní často říkat. Skutečnost malé informovanosti starých lidí i jejich rodin o jiných možnostech a podmínkách péče, než je péče v domovech pro seniory je popisována i v knize Geriatrie a gerontologie. (27) Jak uvádím výše, velkým problémem je také nedostupnost terénních služeb na odlehlých vesničkách.

6. ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jak dlouhá je čekací doba na umístění do domova pro seniory. Tento cíl jsem se snažila naplnit v kvantitativní části výzkumu, kdy jsem čekací dobu zjišťovala z osobních dokumentací klientů umístěných v domovech pro seniory.

Dalším cílem bylo zjistit, jaké jsou překážky a problémy při umisťování do domova pro seniory. Tento cíl jsem se snažila naplnit v kvalitativní části výzkumu pomocí polostandardizovaného rozhovoru se seniory, jejich rodinami a sociálními pracovníci otázkou „*Jaké jsou překážky při umisťování do domovů pro seniory?*“ Odpovědi sociálních pracovníků na tuto otázku byly variabilní. V jednom případě, kritizuje sociální pracovníce podání žádostí zájemců, kteří chtějí být umístěni z důvodu řešení své samoty v případech, kdy jsou ještě soběstační. Další sociální pracovníce vidí problém v tom, že si často podávají žádosti lidé, kteří svým věkem nespádají do cílové skupiny. Dále v nepřiznání příspěvku na péči nebo přiznání prvního stupně příspěvku na péči, kdy senioři nemohou zůstat doma a potřebovali by umístit v rezidenčním zařízení. Dále pokud žadatel není z kraje, kde sídlí domov pro seniory. Ve třech případech se objevovaly odpovědi, jako dlouhá čekací doba při podání žádosti na jednolůžkový pokoj. Tato doba může trvat i jeden rok a více. Myslela jsem si, že se tu objeví ještě odpověď, jako „*dlouhá čekací doba*“ obecně. Jak se, ale ukázalo i v kvantitativním výzkumu, čekací doba na umístění do domovů pro seniory netrvá dnes řádově roky. Pokud je to u případů, které potřebují intenzivnější péči. Sociální pracovníce uváděla jako problém finanční situaci klientů a výši úhrad, obzvláště u soukromých zařízení. S čímž také souhlasím vzhledem k výši starobních důchodů. Dále byl uváděn problém, kdy není volné místo v domově pro seniory, k jehož okolí má zájemce určitý vztah. Senioři v umisťování žádné překážky nezaznamenali. Pouze 1 informantka odpověděla, že jí vadilo, že musela čekat dlouho. Tato informantka měla ale podanou neurgentní žádost a v době, kdy si ji podávala, byla ještě soběstačná. Třetí sociální pracovníce si myslí, že překážkou jsou finance. Vzhledem k tomu, že si na finance stěžovali mnozí senioři, také bych tuto skutečnost nazvala překážkou. Dále uváděla dostupnost služeb.

Pokud klient chce být ve městě, pokud chce zůstat tam, kde má vytvořené nějaké vztahy nebo kořeny a v daném místě zrovna není volné místo. Což zdůrazňovala i jedna z rodinných příslušnic. Další z rodinných příslušníků odpověděl, že za překážku považoval situaci, když nevěděl, kam má jít pro rady ohledně péče o svou matku. Odpovědi na tuto otázku byly variabilní a nedají se generalizovat. Myslím si, že by se dala odpověď zjistit lépe rozhovory s několika dalšími sociálními pracovníci. Osobně, bych za další překážky označila ještě přijímání seniorů, kteří mají opatrovníky (např. v případech, kdy je nutné je kontaktovat a oni jsou na dovolené atd.) Dále případy pokud se musí opatrovnictví teprve zařizovat, či pokud se musí využít jiného podpůrného opatření. Jako další překážku bych označila, jak uvádí ombudsman diskriminaci některých skupin seniorů, hlavně osob trpících demencí, těch, kteří měli problémy s alkoholem či byli léčeni pro duševní poruchu. Dále kritizuje zařízení, která si zjišťují o svých zájemcích osobní informace nepodstatné pro vyhodnocení žádosti.

Druhou výzkumnou otázkou byla otázka „*Má senior jinou možnost péče, než péči v domově pro seniory.*“ Tuto otázku jsem pokládala sociálním pracovnícům. Jejich odpovědi se shodovaly v tom, že v dnešní době se do zařízení přijímají většinou pouze senioři, kteří jsou nesoběstační a vyžadují intenzivnější péči. U rodinných příslušníků jsem se tuto výzkumnou otázku snažila zjistit otázkou „*Měli jste možnost zajištění péče o Vašeho příbuzného před umístěním?*“ a otázkou „*Z jakého důvodu byste se nemohla o Vašeho příbuzného postarat?*“ Rodinní příslušníci často uváděli k péči před umístěním nemocnici nebo domov s pečovatelskou službou. Sami se o seniory nemohli postarat zejména z důvodů finančních, kdy si nemohli dovolit opustit zaměstnání, či z důvodů bariérových v jejich domech či bytech. 1 informantka se již starala o svou matku po centrální mozkové příhodě, takže by péči o oba rodiče nezvládala. U seniorů jsem se na tuto otázku snažila odpovědět otázkou „*Z jakého důvodu jste se rozhodl/a pro pobyt v domově pro seniory?*“ 5 z 8 dotazovaných by mělo jinou možnost péče např. jako dům s pečovatelskou službou, pečovatelskou službu či rodinu. Z různých důvodů (nechtěli zatěžovat rodinu, nechtěli být sami doma, přišlo jim, že rodině péče o ně vadí) se rozhodli jít raději do domova pro seniory. Celkem tedy na tuto otázku odpovídalo

kladně 5 informantů a 9 informantů odpovídalo, že senioři nemají jinou možnost péče, než péči v domově.

V této práci byla stanovena hypotéza „*Senioři negativně hodnotí čekací dobu na umístění do domova pro seniory.*“ Tato hypotéza se nepotvrdila. Přesto, že se ve výzkumu objevovaly nejčastěji odpovědi 1–2 měsíce ve 33 případech a více, než 5 měsíců ve 30 případech, což bylo poměrně vyrovnané. Myslím, si že to může být tím, že čekací doba na umístění v případech, kdy zájemcova zdravotní a sociální situace vyžaduje péči druhé osoby, v dnešní době netrvá několik let. Určitý vliv může mít i skutečnost, že se seniorům do zařízení příliš nechtělo nastoupit a raději by chtěli zůstat ve svém domácím prostředí.

Druhá hypotéza zněla „*Senioři znají jen možnost péče v domově pro seniory*“ Tato hypotéza se také nepotvrdila. Myslím si, že tato skutečnost platila spíše v minulosti. V dnešní době, kdy se upřednostňuje deinstitucionalizace před institucionalizací už má více seniorů zkušenosti s terénními sociálními službami.

Na závěr této práce bych doporučila, jak uvádí i výše zmiňovaní autoři. Podporu rodin, které jsou ochotné starat se o své rodinné příslušníky. Efektivní komunitní plánování, které mapuje a zároveň reaguje na sociální služby. Depistáž osamělých seniorů a následné poradenství o možnostech využívání terénních, pobytových sociálních i zdravotních služeb. Dále souhlasím s Průsou, který doporučuje změny v organizaci sociálních a souvisejících zdravotních služeb, např.: propojování různých typů terénních a ambulantních služeb do jednoho organizačního celku, propojování sociálních a zdravotních služeb a jejich koordinaci, podporu rozvoje služeb v malých obcích, podporu tísňové péče a poradenství, individualizace péče, architektonické bariéry především v domácím prostředí uživatelů služeb, rozvoj dobrovolnických center a rozšíření dobrovolnické práce. Dále doporučuje zajistit dostatečný počet vzdělaných sociálních pracovníků, odborně vzdělaný jiný personál a navýšení pracovníků přímé obslužné péče.

Osobně bych povolila hrazení úhrad v domovech pro seniory z jejich úspor. Zaměřila bych se také na soukromá zařízení a jejich kontroly. Tyto kontroly jsou ale obtížné, protože tato zařízení nejsou často registrována. Vydávají se za hotely, sanatoria

atd. Nepodléhají tedy státní kontrole, protože oficiálně neposkytují sociální služby. Kontroly mohou být uskutečňovány pouze na základě stížnosti na špatnou péči. Dále bych se zaměřila na kontroly všech zařízení, aby nedocházelo k výše uvedenému favorizování některých potencionálních klientů.

7. SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

- 1) BERNÁ, Veronika. Zprávy-politika. *Medical tribune CZ: tribuna lékařů a zdravotníků*. [online]. 10. 2. 2014 [cit.2014-4-14]. dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/32113>.
- 2) BEŠŤÁKOVÁ, Veronika. *Stárnutí v komunitě*. [online]. 2009 [cit.2013-3-4]. dostupné z: <http://www.zdravy-senior.cz/domovy-duchodcu/starnuti-v-komunite.html>
- 3) BURIÁNEK Jiří, Jiří KOVAŘÍK, Petra ZIMMELOVÁ a kol. *Domácí násilí: násilí na mužích a seniorech*. Praha : Triton, 2006. ISBN 80-7254-914-6.
- 4) ČÁMSKÝ Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.
- 5) CESARI LUSSO, Vittoria. *Prarodiče, rodiče a vnoučata: o emočních, vztahových a komunikačních úskalích*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0003-1.
- 6) ČERVENKOVÁ Anna, Daniela BRUTHANSOVÁ a Marie PECHANOVÁ. *Sociálně zdravotní služby poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a léčebnách dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. [online]. Praha: VÚPSV,2006. ISBN 80-87007-35-2. [cit.2014-1-15]. dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_211.pdf
- 7) ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
- 8) Česká Alzheimerovská společnost. *Domovy pro seniory. Gerontologie informační servis o službách pro seniory*. [online]. 2003 [cit.2014-3-12]. dostupné z: <http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=30>.

- 9) Český statistický úřad: Statistiky-senioři. *Český statistický úřad: statistiky-senioři* [online]. 2011 [cit. 2013-06-07]. dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/senioři>
- 10) ČSSZ. Česká správa sociálního zabezpečení. [online]. 30. 10 2013 [cit.2014-4-12]. dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/media/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2013/2013-10-30-temer-11-tisic-korun-to-byl-prumerny-starobni-duchod-na-konci-zari.htm>.
- 11) DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- 12) FRANCOVÁ, Hana a Aleš NOVOTNÝ. Podmínky péče o seniory se sníženou soběstačností v kontextu současných změn. In: *Kontakt*. Jihočeská univerzita v českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta, 2008. 2. ISSN 1212-4117.
- 13) GLOSOVÁ Dagmar, Jiřina ŠIKLOVÁ, Tomáš KUČERA a kol. *Bydlení pro seniory*. Brno: ERA, 2006. ISBN 80-7366-057-1.
- 14) HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, Jaroslava. Genderové nerovnosti ve stáří: marginalizace a zvýhodnění žen ve stáří. [online]. *Gender: rovné příležitosti, výzkum*. 2008, roč. 8, č. 2, s. 28-36. [cit.2013-2-2]. dostupné z: http://www.gendersonline.cz/uploads/009617b14a01d44269742809c2b61c26700cbb66_genderove-nerovnosti-ve-stari.pdf
- 15) HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- 16) HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie aneb seniory mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

- 17) HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3849-9.
- 18) HEGYI Ladislav a Danka FARKAŠOVÁ *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí*. Trnava: Slovak Academic Press, 2005. ISBN 80-89171-06-0.
- 19) HROZENSKÁ Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ . *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
- 20) HROZENSKÁ Martina, Robert DRATVA, Darina MATUČŠINOVÁ a kol. *Sociálna práca so staršími ľuďmi: a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-282-3.
- 21) HROZENSKÁ Martina a Milan TOMKA. *Posudzovanie životnej situácie klientov a klientiek prijímaných do domova dôchodcov a domova sociálnych služieb*. In: *Posuzování životní situace v sociální práci*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008. Sborník z konference V. Hradecké dny sociální práce. ISBN 978-80-7041-419-4.
- 22) CHLOUPKOVÁ, Soňa. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4678-4.
- 23) JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně socální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
- 24) JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
- 25) JUŘÍČKOVÁ Lubica, Kateřina IVANOVÁ a Jaroslav FILKA. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4786-6.

- 26) KALIBOVÁ, Květa, PAVLÍK Zdeněk a Alena VODÁKOVÁ. *Demografie (nejen) pro demografy*. 3. přeprac. vyd. Praha: Slon, 2009. ISBN 978-80-7419-012-4.
- 27) KALVACH Zdeněk, Zdeněk ZADÁK, Roman JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- 28) KALVACH Zdeněk, Libuše Čeledová, Iva HOLMEROVÁ a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
- 29) KLEVETOVÁ Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
- 30) KOCÁBOVÁ, Magda. Návštěva v Nizozemí. *Sociální služby*. 2010. roč. 12, č. 1. s. 20-22 ISSN 1803-7348.
- 31) KRÁLOVÁ Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. *Sociální služby a příspěvek na péči*. Olomouc: Anag, 2012. ISBN 978-80-7263-748-5.
- 32) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: Možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.
- 33) MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- 34) MAREK, Jiří. Finance, společnost. *invArena: deník pro čtenáře se specifickými potřebami*. [online] 4. 4 2013. [cit.2014-4-14]. dostupné z: <http://www.invarena.cz/?p=3405>.

- 35) MATOUŠEK Oldřich, Pavla KODYMOVÁ, Jana KOLÁČKOVÁ a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-818-0.
- 36) MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- 37) MATOUŠEK Oldřich, Libor MUSIL, Pavel NAVRÁTIL a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
- 38) MERHAUTOVÁ, Iva. Zdravotně sociální lůžko ve zdravotnických zařízeních. *Sestra*. [online]. 2007, č. 2, s. 11. [cit. 2013-1-29]. dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/archiv/sestra/?id=2694>
- 39) MICHALÍK, Jan. *Smluvní vztahy v sociálních službách*. Praha: VCIZP - sekce vzdělávání, 2008. ISBN 80-903658-1-7.
- 40) MIOVSKÝ, Milan. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- 41) MOLEK, Jan. *Řízení organizací sociálních služeb: vybrané problémy*. [online]. Praha: VÚPSV, 2011. ISBN 978-80-7416-083-7. [cit.2013-2-2]. dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_332.pdf
- 42) MPSV. Reformy MPSV základní otázky a odpovědi. *MPSV*. [online]. 20. 9 2007. [cit.2013-5-30]. dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/4620>.
- 43) MPSV. *Kvalita sociálních služeb standardy podpora*. [online]. 2002 [cit.2014-4-12]. dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf>. 80-86552-45-4.

44) NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka 2. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3709-6.

45) Odbor anlyz a statistik MPSV. *Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení ve vývojových řadách a grafech*. [online]. Praha: MPSV ČR, 2012. ISBN 978-80-7421-050-1. [cit.2013-12-6]. dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/16801/final_press_zakladni_ukazatele_CZ.pdf

46) POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.

47) PRUDÍKOVÁ Dana, Kateřina SMOLÍKOVÁ, Eva HRUBÁ, Kateřina PLHÁKOVÁ a Monika ČERMÁKOVÁ. *Podkladový materiál k semináři pro veřejné opatrovníky k problematice výkonu opatrovnictví uživatelů služeb sociální péče ve vztahu k procesu transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb* [online].2012 [cit.2014-3-12]. dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/15636/podklady_pro_opatrovniky_final.pdf.

48) PRŮŠA Ladislav, Martin HOLUB, Miriam KOTRUSOVÁ a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV. [online] 2010. [cit.2014-4-15]. dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_313.pdf. ISBN 978-80-7416-048-6.

49) REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.

50) RICHTAŘÍKOVÁ, Jitka. Demografické faktory stárnutí. *Demografie: revue pro výzkum populačního vývoje*. 2011, roč. 53, č. 2, s. 97. ISSN: 0011-8265. dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/2C0035B3D9/\\$File/180311q2.pdf](http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/2C0035B3D9/$File/180311q2.pdf)

51) SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3850-5.

52) Studie a analýzy. *Švýcarsko-česká spolupráce*. [online]. 2012 [cit.2013-3-12]. dostupné z: <http://apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Komparation%20CZ-CH.pdf>.

53) ŠRAJER Jindřich, Libor MUSIL, Martina HRUŠKOVÁ a kol. *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. Brno, České Budějovice: Albert, 2008. ISBN 978-80-7326-145-0.

54) TORSTEN L. Hecke and Melanie ERZBERGER. *Continuous Case Management of a German Statutory*. [online]. 2005 [cit.2013-5-12]. dostupné z: <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Research/HealthCareFinancingReview/downloads/05Fallpg59.pdf>.

55) TOŠNEROVÁ, Tamara. *Ageismus: Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. [online]. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. ISBN 80-238-9506-0. [cit.2013-1-4]. dostupné z: http://aa.ecn.cz/img_upload/07bc9d1453b4bc61934a7ebb36075df2/ageismus.pdf.

56) TÝDEN. Zprávy. *InvArena: deník pro čtenáře se specifickými potřebami*. [online]. 26.3. 2013. [cit.2014-4-14]. dostupné z: <http://www.invarena.cz/?p=3130> ?.

57) VARVAŘOVSKÝ, Pavel. Tiskové zprávy 2013: Zaostřeno na péči o seniory. *Veřejný ochránce práv Ombudsman*. [online]. 13. 3 2013. [cit.2013-13-3]. dostupné z: <http://www.ochrance.cz/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2013/zaostreno-na-peci-o-seniory/>.

58) VAŠKOVÁ, Radka. Návštěva ve Slovinsku. *Sociální služby*. 2011, roč. 13, č.1, s. 26. ISSN 1803-7348.

- 59) VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Univerzita Karlova Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- 60) VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
- 61) VIDOVIČOVÁ Lucie a Ladislav RABUŠIC. *Věková diskriminace - ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha : VÚPSV Brno, 2005. [online]. 2005 [cit.2013-2-2]. dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_158.pdf
- 62) VÍŠEK Petr a Ladislav PRŮŠA. *Optimalizace sociálních služeb*. [online]. Praha: VÚPSV, 2012. ISBN 978-80-7416-099-8. [cit.2013-3-8]. dostupné z:http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_343.pdf.
- 63) Vyhláška č. 505/2006 Sb., k Zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění
- 64) WALKER Ian, Nigel HOLT, Rob LEWIS a kol. *Výzkumné metody a statistika z pohledu psychologie*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3920-5.
- 65) Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník
- 66) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění
- 67) Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, v platném znění
- 68) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění
- 69) Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

70) ZNAČKA KVALITY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH. *Značka kvality v sociálních službách: První externí systém hodnocení kvality sociálních služeb z pohledu uživatele v České republice.* [online]. IRESOFT S.R.O. , 2011 [cit.2013-2-21]. dostupné z: <http://www.znackakvality.info/>.

8. PŘÍLOHY

Příloha č.1 - Souhlas s polostandardizovaným rozhovorem

Příloha č.2 - Souhlas s řízeným rozhovorem a nahlížením do osobní dokumentace

Příloha č. 3 – Otázky k polostandardizovanému rozhovoru

Příloha č. 4 – Otázky k řízenému rozhovoru

Souhlas s polostandardizovaným rozhovorem

V rámci mé diplomové práce na téma „Problematika umístování seniorů do domovů pro seniory“ bude realizován kvalitativní výzkum, který se týká problematiky umístování seniorů do domovů pro seniory. Bude použita metoda dotazování a technika sběru dat bude polořízený rozhovor se seniory, rodinami seniorů a sociálními pracovníci.

Všechny informace a údaje získané během rozhovoru s jednotlivými informanty budou anonymní a budou použity pouze pro potřeby této diplomové práce.

Písemný souhlas:

Tímto prohlašuji, že jsem byl/a studentkou Alenou Vančurovou řádně informován/a o podmínkách účasti ve výzkumu a o zachování důvěrnosti všech informací, které jsem jí poskytl/a.

Souhlasím s poskytnutím informací Aleně Vančurové, studentce magisterského studia oboru Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v rámci výzkumu k její diplomové práci.

.....

Souhlas s řízeným rozhovorem a nahlížením do osobní dokumentace

V rámci mé diplomové práce na téma „Problematika umístování seniorů do domovů pro seniory“ bude realizován kvantitativní výzkum, který se týká problematiky umístování seniorů do domovů pro seniory. Bude použita metoda dotazování a technikou sběru dat bude řízený rozhovor se seniory. Dále bude použita metoda sekundární analýzy dat z osobní dokumentace seniorů.

Všechny informace a údaje získané během rozhovoru i z osobních dokumentací budou anonymní a budou použity pouze pro potřeby této diplomové práce.

Písemný souhlas:

Tímto prohlašuji, že jsem byl/a studentkou Alenou Vančurovou řádně informován/a o podmínkách účasti ve výzkumu a o zachování důvěrnosti všech informací, které jsem jí poskytl/a a informací, které získala z mé osobní dokumentace.

Souhlasím s poskytnutím informací a nahlížením do mé dokumentace Aleně Vančurové, studentce magisterského studia oboru Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v rámci výzkumu k její diplomové práci.

.....

Otázky k polostandardizovanému rozhovoru

Otázky seniři:

- 1) Jaké máte pocity z toho, že budete bydlet v domově pro seniory?
- 2) Jak funguje Vaše rodina?
- 3) Jak dlouho jste čekal/a na umístění do domova pro seniory?
- 4) Jak hodnotíte čekací dobu na umístění do domova pro seniory?
- 5) Jak hodnotíte spolupráci zdravotních pracovníků při umisťování?
- 6) Jak hodnotíte spolupráci sociálních/ho pracovníků při umisťování?
- 7) Měl/a jste pře umístěním dostatek informací o tomto zařízení?
- 8) Jak hodnotíte péči v domově pro seniory?
- 9) Z jakého důvodu jste se rozhodl/a pro pobyt v domově pro seniory?
- 10) Jak hodnotíte množství nabídky domovů pro seniory v České republice?
- 11) Jak hodnotíte množství nabídky zařízení, ze kterých jste si vybíral/a?
- 12) Jak hodnotíte finanční dostupnost domovů pro seniory?
- 13) Byly při umisťování do domova pro seniory nějaké překážky?
- 14) Kolik je Vám let?
- 15) Jak jste zde dlouho?

Otázky rodina:

- 1) Jak hodnotíte spolupráci se sociální/mi pracovníci/íky při umisťování?
- 2) Jak hodnotíte spolupráci se zdravotními pracovníky při umisťování?
- 3) Měli jste dostatek informací o zařízení, kam šel Váš rodinný příslušník?
- 4) Jaké pro Vás byly největší překážky při umisťování Vašeho příbuzného do domova pro seniory?
- 5) Jaký máte názor na počet domovů pro seniory v České republice?
- 6) Měli jste možnost zajištění péče o Vašeho příbuzného před umístěním?

- 8) Jaké máte pocity z umístění Vašeho příbuzného do domova pro seniory?
- 9) Jaký máte názor na péči v domovech pro seniory?
- 10) Jak hodnotíte Vaše rodinné vztahy?
- 11) Z jakého důvodu byste se nemohla o Vašeho příbuzného postarat?
- 12) Jak hodnotíte cenovou dostupnost domovů pro seniory?
- 13) Jak hodnotíte množství nabídky zařízení, ze kterých jste (Váš rodinný příslušník) si vybíral/a?
- 14) Máte nějaké zkušenosti s opatrovnictvím Vašeho příbuzného?

Otázky sociální pracovnice:

- 1) Jak hodnotíte spolupráci se členy rodiny?
- 2) Jaké jsou překážky při umístění do domova pro seniory?
- 3) Jaká je spolupráce s ostatními domovy pro seniory a institucemi, kde jsou senioři umístěni?
- 4) Jaký máte názor na počet domovů pro seniory v České republice?
- 5) Mají senioři jinou možnost péče, než v domově pro seniory?
- 6) Jak hodnotíte čekací dobu na umístění do domovů pro seniory?
- 7) Zajištění péče před umístěním do domova pro seniory?
- 8) Jaké máte zkušenosti s opatrovnictvím?
- 9) Jaký máte názor na péči v domovech pro seniory?
- 10) Jak hodnotíte rodinné vztahy seniorů?
- 11) Jak hodnotíte cenovou dostupnost domovů pro seniory?
- 12) Jaký je Váš věk?
- 13) Počet let v praxi?
- 14) Pozorujete zlepšení za dobu Vaší praxe?

Otázky k řízenému rozhovoru

- 1) Jaký je Váš věk
- 2) Jaká je Vaše hlavní zdravotní diagnóza/problém?
- 3) Jak hodnotíte čekací dobu od podání žádosti do umístění do tohoto zařízení?
- 4) Znáte jiné možnosti péče o seniory, než jsou domovy pro seniory?