

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

ELIŠKA ŽAHOUROVÁ

3. ročník – prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika pro 2. stupeň ZŠ a SŠ a ukrajinská filologie

**ADP-SANCO s.r.o. – následná ošetrovatelská péče, sociální
hospitalizace a domácí péče**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

Olomouc 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „ADP-SANCO s.r.o. – následná ošetrovatelská péče, sociální hospitalizace a domácí péče“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce a za použití pramenů uvedených v závěru práce.

V Olomouci dne 2. 4. 2012

.....

podpis

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné připomínky a rady k práci.

Děkuji i paní Mgr. Květoslavě Šťastné, ředitelce zařízení ADP-SANCO s.r.o., za možnost psát o tomto zařízení a za věcné rady.

Současně děkuji také respondentům, kteří vyplnili dotazníky potřebné při tvorbě této práce.

Obsah

Obsah	4
Úvod.....	6
TEORETICKÁ část	8
1. OSOBA SENIORSKÉHO VĚKU	8
1.1. Vymezení pojmů	8
1.2. Involuční změny (přirozené změny vznikající stárnutím)	11
1.2.1. Psychologické zvláštnosti.....	12
1.3. Chorobné změny	14
1.4. Problémy, které mohou vznikat ve stáří.....	17
2. SYSTÉM PÉČE O SENIORY	21
2.1. Terénní služby	21
2.2. Pobytové služby	22
2.3. Příspěvek na péči.....	25
EMPIRICKÁ část	27
Cíl šetření	27
Metoda šetření.....	27
3. ADP-SANCO S.R.O.	29
3.1. O firmě ADP-SANCO s.r.o.	29
3.1.1. Historie a začátky firmy	29
3.1.2. Současnost	30
3.1.3. Personální zastoupení	31
3.1.4. Plány do budoucna	33
3.2. Poskytované služby	33
3.2.1. SOCIÁLNÍ HOSPITALIZACE	34
3.2.2. NÁSLEDNÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	36

3.2.3.	DOMÁCÍ PÉČE	38
3.2.4.	AMBULANTNÍ PROGRAMY	39
3.2.5.	Kompenzační pomůcky	39
4.	PŘÍPADOVÉ STUDIE	40
4.1.	Popis šetření a rozbor dat	40
4.2.	Zhodnocení obou případových studií jako celku	43
4.3.	Závěr a návrh řešení pro klienty zařízení ADP-SANCO s.r.o.	45
	Závěr	49
	Seznam literatury a zdrojů	51
	Seznam příloh.....	54
	ANOTACE	

Úvod

Předmětem mé bakalářské práce je zařízení pro seniory v Prostějově s názvem ADP-SANCO s.r.o. Vybrala jsem toto téma, protože si myslím, že je potřeba neustále zmiňovat nové a nové služby pro tuto skupinu lidí. Nejprve jsem měla možnost do tohoto zařízení nahlédnout pouze jako pozorovatel, ale v pozdější době se mi naskytl možnost zde pracovat. Když jsem začala v tomto zařízení pracovat, byla jsem moc nadšená z toho, jaké jsou pro seniory v dnešní době možnosti a co vše jim může takovéto zařízení nabídnout. Je pravdou, že se potýkáme s problémy, kam vlastně seniory umístit, když rodina není schopna se o ně postarat sama. Z tohoto důvodu jsem chtěla toto zařízení zviditelnit a dopřát i ostatním seniorům možnost, aby si mohli vybrat, v jakém zařízení chtějí strávit příjemné chvíle v poslední třetině života.

Téma senior, domovy pro seniory, sociální služby atd. je neustále velmi aktuální, velmi potřebné a diskutované v celé široké veřejnosti. Rozhodně by se o zařízeních pro seniory mělo neustále hovořit. Stejně jako handicapovaní, by senioři měli mít co nejvíce možností různých sociálních služeb. Je potřeba neustále širokou veřejnost informovat o nových službách, aby se nemohlo stát, že senioři nebudou moci využívat dostupných sociálních zařízení. Toto téma má velký význam hlavně pro samotné seniory a jejich rodiny, kteří někdy ani neví, jaké služby vůbec senioři mohou využít a dokonce ani nevědí, že mohou existovat i jiná zařízení než jenom státního charakteru.

Hlavním cílem práce je návrh opatření pro lepší kvalitu života seniora v tomto zařízení. Nejprve toto zařízení ve stručnosti popíšeme a poté pomocí anamnézy, dotazníku a pozorování zjistíme, zda existuje něco, co by mohlo seniorům v tomto zařízení zpříjemnit jejich dosavadní pobyt.

V teoretické části se nejprve budeme zabývat osobou seniorského věku, jeho charakteristikou, vymezením termínů stáří a stárnutí. Potom se zaměříme na involuční změny u seniorů a na chorobné změny. Dále zmíníme, s jakými problémy by se senior mohl v budoucnu potýkat. Další kapitolou v teoretické části je systém péče o seniory, kde uvedeme, jaké jsou možnosti pobytových a terénních služeb, souvisejících se zařízením ADP-SANCO s.r.o., tedy se službami, které se s tímto zařízením úzce pojí.

V praktické části se budeme věnovat samotnému zařízení, kde popisujeme jeho vznik, současnost a plány do budoucna. Popíšeme jednotlivé služby, které zařízení v dnešní době poskytuje. V příloze jsou uvedené formuláře, které jsou důležité pro umístění v zařízení.

Poslední kapitolou je samotný rozbor dvou klientů. Jedná se o klienty zařízení ADP-SANCO s.r.o., budeme popisovat jejich osobní anamnézu, metodu dotazníku a metodu pozorování. Rozebrali jsme všechny dostupné metody a stanovili návrh, co by se pro naše seniory v zařízení mělo změnit a zlepšit, aby se cítili lépe.

TEORETICKÁ část

1. OSOBA SENIORSKÉHO VĚKU

Pro označení člověka žijícího v období stáří nacházíme v odborné literatuře různé pojmy. Gerontologie pracuje nejčastěji s pojmem "geront", v psychologické literatuře se používá pojem "senescent", jinde se hovoří o "starých" nebo o "důchodcích". Zejména označení "starý" má negativní citový náboj; jeho nevhodnost kritizovaly i materiály OSN při příležitosti Mezinárodního roku starších lidí. Pojem „senior“ se ve vzdělávací praxi začal používat především proto, že je významově neutrální. Pro jeho kodifikaci ve vědách o výchově mluví to, že neexistuje jiné emočně nezatížené obecné označení pro člověka v celém věkovém období stáří systémově; navazuje na pojem sénium; je jasný a flexibilní; je příznivě přijímán a používán i samotnými účastníky vzdělávacích aktivit. (Petřková, 2004, str. 27)

1.1. Vymezení pojmů

Se seniory se setkáváme celý život. Nejprve naše babičky a dědečkové, poté rodiče a nakonec my samotní. Stačí se podívat kolem sebe a zjistíme, že seniorů je v našem státě velké množství. Je však potřeba těmto lidem pomáhat.

Chceme nastínit stáří, potřeby starých lidí a onemocnění. Především poukážeme na možnou péči, kterou si senior může vybrat. Nejprve vymezíme termíny stárnutí a stáří, potřeby a sociální služby vhodné pro seniory.

Stárnutí

Podle Topinkové (2005, str. 8) je stárnutí nevratný, univerzální, i když druhově specifický biologický proces, který však stále jen obtížně definujeme. Postihuje s různou rychlostí prakticky všechny orgány, které ztrácejí svou funkční rezervu. Jedlička (1991, str. 7) uvádí, že stárnutí je tedy souborem celé řady pochodů, jejichž začátky se datují mnohem dříve, než postřehneme prvé zjevné známky stárnutí.

Za předělem neboli za začátek stárnutí můžeme považovat období, kdy se člověk začne vžívat do role slabého, nemocného a bezmocného s tím, že už nic nepotřebuje a nic už od života nečeká (Vítková, 1982).

Stáří

Podle Kalvacha (2004, str. 47) je stáří označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických. „Označení starý člověk se především zakládá na společenské konvenci, které má různé důvody, převážně ekonomické; současná společnost považuje za starého toho jedince, kterému vzhledem ke kalendářnímu věku vznikl nárok na starobní důchod“ (Haškovcová, 1989, str. 21).

Jak uvedla Haškovcová (viz výše), považujeme tedy člověka za starého (seniora) toho, kdo pobírá starobní důchod, což je v České republice hranice 65 let pro muže. Pro ženy se věk může snížit, podle počtu dětí. Nemůžeme ale jednoznačně říci, že je každý senior stejný. Věk je naprosto individuální záležitost – někdo se dožije 80 nebo 100 let, ale ani jeden senior nebude vitálně stejný jako ten druhý.

Někdy je stáří eufeministicky označováno za tzv. 3. věk a z ekonomického hlediska je považováno za věk postproduktivní (Jesenský, 2000). Ani toto není jednoznačné, a proto je stáří rozděleno do několika období. Většina autorů se shoduje v rozdělení stáří na 3 a více oblastí. Stáří kalendářní, biologické a sociální. Kozáková (2006) stáří ještě rozšiřuje o stáří psychické.

Stáří kalendářní neboli chronologické Kalvach (2004, str. 47) vymezil od věkové hranice 65 let, kdy seniory rozděluje na mladé seniory ve věku 65–74 let, zabývající se problematikou penzionování, volného času, aktivit, seberealizace; 75–84 let: staří senioři zabývající se problematikou adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělosti; 85 a více let: velmi staří senioři – problematika soběstačnosti a zabezpečení.

Podle Jedličky (1991, str. 7) můžeme členit stáří následujícím způsobem: 45 - 59 let se jedná o střední věk; 60 - 74 – vyšší starší věk, rané stáří; 75 – 89 let – pokročilý (stařecký) věk, vlastní stáří, senium a od 90 a více let - dlouhověkost. Z lékařského hlediska považujeme tedy osoby nad 75 let a starší za staré. Kozáková (2006, str. 9) uvádí, že v 60. letech minulého století stanovila komise expertů Světové zdravotnické organizace (WHO) jako hranici stáří věk 60 let. WHO pracuje s patnáctiletými cykly a s následující klasifikací: rané stáří 60 – 74 let -> starší, stárnoucí člověk, vyšší věk; vlastní stáří 75 – 89 let -> pokročilé pravé stáří, senium; dlouhověkost 90 a více let. Tuto klasifikaci uvádí ve své publikaci i Jedlička.

Vágnerová (2007) uvádí pouze 2 období stáří. Jedná se o období raného stáří ve věkové hranici 60 – 75 let a období pravého stáří od 75 a více let. „Rané stáří, resp. třetí věk, je období života, v němž sice dochází k evidentním změnám daným stárnutím, které ale nemusí být ještě tak velké, aby staršímu člověku znemožnily aktivní a nezávislý život.“ (Vágnerová, 2007, str. 299). Vágnerová (2007) hovoří o pravém stáří, kdy dovršením 80 let senior dosáhne tzv. čtvrtého věku. Spojuje toto období s nárůstem problémů spojených s tělesnou a mentální aktivitou, která je pro seniory náročná na adaptaci.

Podle všech dostupných materiálů můžeme kalendářní věk zahrnout do 3 věkových oblastí a to již zmíněných 65 let až 75 let – nižší starší věk, od 75 až po 85 nebo 90 let můžeme považovat za střední stáří, a dlouhověkost neboli vyšší věk se vztahuje na věkové období 85 nebo 90 let a více. Zlomovým věkem se určuje věk 80 let. Stručně řečeno „kalendářní stáří jednoznačně označuje dobu, jak dlouho je jedinec na světě“ (Pokorná, 2010, str. 51)

Biologické stáří je označení pro konkrétní míru involučních změn daného jedince (Kalvach, 2004, str.48). Tyto změny můžeme pozorovat ve výšce, hmotnosti, svalstvu, kostech, kloubech, v kůži, šedivění vlasů, respiračním systému, krevním systému, smyslových orgánech (Kozáková, 2006)... viz níže v kapitole involuční změny. Kozáková (2007) dále píše o tom, že se doposud nezdařilo přesně vymezit biologické stáří, které by bylo výstižnější než kalendářní věk konkrétního člověka. Podle Pokorné (2010, str.52) biologické stáří posuzuje konkrétní změny způsobené stárnutím na daném organismu.

Kalvach (2004, str.47) uvádí, že *sociální stáří* postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Pojem upozorňuje na společné zájmy i na rizika seniorů, k nimž patří např. maladaptace na penzionování, ztráta životního programu a společenské prestiže, osamělost, pokles životní úrovně, hrozba ztráty soběstačnosti, věková segregace a diskriminace (ageismus). Kozáková (2006, str.13) dále uvádí, že kvalita sociálního života je do jisté míry ovlivněna nejenom sociálním stavem, ale také ekonomikou. Kalvach (2004) doplňuje, že za sociální stáří obvykle považujeme vznik nároku na starobní důchod nebo na skutečné penzionování.

S *psychickým stářím* souvisí také subjektivní věk. To znamená jak se člověk sám cítí a jaké je jeho individuální seběvědomí. Subjektivní věk se projevuje v názorech, postojích a činech (Kozáková, 2006, str.13). Změny v psychickém stárnutí podle Kozákové

(2006) mohou nastat v poznávacích (kognitivních) schopnostech, paměti a učení, emocionalitě a ve zpomalení psychomotorické a percepční činnosti.

1.2. Involuční změny (přirozené změny vznikající stárnutím)

Kůže starého člověka se stává vrásčitá, ztrácí elasticitu, je suchá. Příčinou je úbytek vody, podkožního tuku, změn pojiva, objevují se pigmentové skvrny, kožní kapiláry jsou fragilní, takže již sebemenší pohmoždění způsobí podlitinu. (Jedlička, 1991, str. 7). Kozáková (2006) dále dodává, že kůže je suchá, vrásčitá a ještě má snížený turgor.

Jednou ze zásadních změn je šedivění *vlasů*. Podle Jedličky (1991, str. 7) je šedivění vlasů a jejich řídnutí nebo vypadávání (zvláště u mužů, u nichž dochází k tvorbě pleše nebo k úplné ztrátě vlasů), jednou z nejčastějších a nejvýraznějších známek stárnutí. „Existují zde značné individuální rozdíly podmíněné mj. dědičností“ (Kozáková, 2006, str. 11)

Kozáková (2006, str. 11) uvádí, že ve stáří *svalstvo* zmenšuje svůj objem a ztrácí elasticitu. Při nečinnosti se tento proces zvyrazňuje. Jedlička (1991) dodává, že nejenom že svalstvo ztrácí objem a pružnost, ale i sílu a snižuje se tím schopnost rychlé reakce. Je nutností pravidelné cvičení, aby se tonus svalstva neustále udržoval.

Jednou ze zásadních změn je určitě bolest *kostí a kloubů*. Čím je člověk starší, tím více pociťuje bolesti kolenou, kyčlí a dalších kostí v těle. S pozdějším věkem ubývá kostních trámců, kostní buňky zpomalují činnost, tím pádem se kost stává řidší, křehčí a snadno zranitelná (Jedlička, 1991). Při problémech s kostmi a klouby je důležité navštěvovat lékaře a doplňovat tělu vitamíny.

Snížení *hmotnosti* ve stáří je způsobeno – jak již bylo řečeno - úbytkem svalové hmoty a také poruchou trávení. Poruchy trávení spojené s úbytkem tuku neplatí u jedinců, kteří mají dobrý apetit a značně omezený pohyb, u těchto seniorů nemá snížení hmotnosti žádnou váhu, spíše naopak. „*Výška* se zmenšuje snížením meziobratlových chrupavčitých plotének, zmenšením svalové hmotnosti, snížením napětí svalů a také důsledkem změn na celém lokomočním aparátu.“ (Kozáková, 2006, str. 11). Proto se nám zdá, že jsou naši prarodiče menší a někdy se říká, že rostou do země.

Ve stáří se můžeme setkat s poruchami *smyslových orgánů* a to nejenom sluchu a zraku, ale i u čichu, hmatu a chuti. Topinková (2005) uvádí, že poruchy sluchu a hluchota

jsou čtvrtým nejčastějším chronickým onemocněním ve vyšším věku a dále píše, že důsledkem je nejenom porucha v komunikaci, ale i ztráta kontaktu s okolím a osamělost. „Z počátku trpí zejména příjem tónů o vyšší frekvenci (zvonění, vyzvánění telefonu...), s postupujícím zhoršováním přistupuje i porucha slyšení tónů o střední a hluboké frekvenci“ (Jedlička, 1991, str. 8). Za nejčastější zrakovou vadu uvádějí autoři Kozáková, Topinková, Jedlička vadu refrakční – presbyopii (způsobená sníženou pružností oční čočky) a kataraktu – což znamená v překladu šedý zákal. Šedý zákal se dá operativně odstranit a presbyopii můžeme vykompenzovat brýlemi bifokálními nebo kombinací čoček a brýlí.

Jednou z viditelných nebo spíše slyšitelných změn u seniorů je *komunikace*. Většinou u jedinců po mozkové příhodě nebo při demenci je komunikace značně omezena. Komunikace slábne už v počátcích stáří, kdy začíná senior zapomínat a na mnoho věcí není schopen si rozpomenout. Po úrazech mozkových většinou nejsou ani schopni mluvit jak verbálně, tak ani neverbálně. Při demenci je úplné zapomínání a ztráta jak v prostoru tak čase. Je dobré pokud může s respondentem procvičovat mluvu rodina nebo logoped, zvláště pak po cévních mozkových příhodách je nutností častého procvičování a využití např. klinického logopeda.

1.2.1. Psychologické zvláštnosti

Významnou změnou je celkové *zpomalení poznávacích procesů* a prodloužení reakčních časů. *Příjem podnětů* (neboli percepce či vnímání), které jsou nezbytné pro orientaci v prostředí, bývá ztížen či narušen *zhoršováním zrakových či sluchových funkcí*, starší člověk se musí např. mnohem více soustředit, aby dobře viděl a slyšel všechno, co potřebuje. Další z důležitých změn je *paměť*. V raném stáří se začínají objevovat nedostatky paměťových funkcí a s nimi spojené obtíže v učení. U starších lidí dochází ke *změnám morálního uvažování a vztahu k sociálním normám*. Zejména po 70. roce bývají ve vztahu k normám stejně konzervativní, jako jsou děti a ulpívají na zažitých pravidlech. Pro stáří je ještě typická redukce *sociálních rolí*. Změna role může být podmíněna sociálně – ztrátou jedné z důležitých rolí dospělosti je odchod do důchodu. (Vágnerová, 2007).

Haškovcová (1991, str. 15) uvádí, že některé psychické funkce se s věkem nemění. Slovní zásoba stejně jako jazykové znalosti zůstávají zpravidla zachovány. Často registrujeme paradox: starý člověk si nedovede vzpomenout kolikátého je dnes, co a kdy

naposledy jedl, ale plyně dokáže hovořit například německy, jestliže si uvedený jazyk osvojil v mladém věku. Naučit se však novým slovíčkům je díky snížené vstřípivosti obtížné nebo dokonce nemožné.

Další z psychologických zvláštností u seniora je adaptace na prostředí. Jedním z nejdůležitějších faktorů adaptace je osobnost člověka. Z hlediska přizpůsobování se seniorskému věku můžeme rozlišit pět strategií vyrovnávání se s vlastním stářím:

Konstruktivnost: je dobře vyvážený, těšící se ze života. Lidé mají optimistický postoj k životu, navazují vztahy s ostatními lidmi, jsou tolerantní a přizpůsobiví. **Obranný postoj:** typická strategie pro lidi, jejichž předchozí život byl plný aktivit, často i více orientován profesionálně. Tento typ lidí je většinou soběstačný a odmítá pomoc druhých. Na stáří hledí spíše pesimisticky, ale smíří se s ním. **Závislost:** člověka je poměrně vyrovnaný, ale závislý na druhých lidech, na které spoléhá. Své problémy často zveličují, což jim umožňuje snadnější manipulaci s okolím. Ve vztahu k druhým lidem bývají ostražití a podezřívaví. **Nepřátelství:** tito lidé měli již v předcházejícím životě časté neshody s ostatními. Pro tento typ osobnosti je charakteristickým rysem podezřívavost, hašteření a vyhledávání konfliktů. Žijí většinou osaměle, neboť rodina i ostatní lidé se jim raději vyhýbají. **Člověk, který nenávidí sám sebe:** pro tento typ osobnosti je typické zanedbávání společenského styku a depresivní naladění. Se stářím a zřejmě i se smrtí si tento typ osobnosti nedělá velké starosti (www.po-prechodu.cz, www.zdn.cz).

Z psychologického hlediska se starší člověk neliší od mladého svým zjevem, stavbou tkání či tělesnými funkcemi, ale svou psychickou zakotveností v reálném světě, která je přirozeně a nutně pro každého z nich jiná, tak jako byl jiný svět, do něhož se zrodili. Senioři příliš nemilují proměnlivost, více lpí na svých minulých návycích a hodnotách, jsou konzervativní v názorech a postojích (Vilhelm, 1982, str. 22-23).

Lidé by neměli zapomínat na to, že stáří je přirozeným návratem k minulému životu, z něhož starší člověk čerpá svou duševní sílu a vyrovnanost. Vztahy ke světu v mládí formují obsah a tvář stáří. Zatrplost, hašteřivost, lakota, vztahovačnost a deprese mohou vyrůstat z pocitu méněcennosti, odstrkování a izolace v mladším věku (Vilhelm, 1982, str. 30).

1.3. Chorobné zmeny

1.3.1. Najčastejšie ochorenia postihujúci seniory

V tejto podkapitole bychom sa chceli lenom krátce zmieniť o najčastejších ochoreniach ve stáří. Jsou to nemoci typické právě pro stárnoucí organismus.

Cévní mozková příhoda

Cévní ochorenia mozku jsou druhou nejčastejši příčinou smrti v České republice, u přežívajících osob způsobují významnou invaliditu (Topinková, 2005, str. 150). Podle Šafránkové (1991, str. 101) akutní cévní mozková příhoda patří do rozsáhlé skupiny chorobných stavů, které vznikají v důsledku poruch mozkové cirkulace. Celosvětově vykazují vzrůstající tendenci. Věková hranice jejich vzniku se stále snižuje do období produktivního věku.

Vágnerová (2007) dále uvádí, že lidé, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu, bývají pomalejší nebo naopak dráždiví a emočně labilní. Dále mluví o poruchách řeči, např. afázie, dysfázie, kdy postižený člověk přestává rozumět mluvenému i psanému sdělení. Soběstačnost narušuje i apraxie, kdy člověk ztrácí naučené motorické dovednosti.

Demence

Jedním z nejčastejších ochorenia u seniorů se jednoznačně stává demence. V každém zařízení sociální péče je několik lidí s touto poruchou, ať už příznivějšího nebo těžšího charakteru. Většinou rodiny určí jenom to, že starý člověk často zapomíná, což může být jednou ze známek začínající demence. U každého člověka má však demence jiný průběh a ne všichni musejí využívat domovů se zvláštním režimem.

Vágnerová (2007, str. 404) uvádí, že relativně častým problémem stáří je demence, to znamená závažnější úbytek rozumových schopností, který může starého člověka zcela zbavit soběstačnosti a učinit jej závislým na péči jiných osob.

Poruchy či ztráta paměti jsou typické pro stáří a lidé je tak přijímají a nestydí se za ně (Haškovcová, 1989, str. 295). Haškovcová dále uvádí, že zapomenout nějaké slovo a hned si nevzpomenout je nepříjemné, ale únosné, opakem je když člověk ztrácí rozum. „Ztráta rozumu člověka nebolí, zatímco porucha paměti jej neurotizuje a znejistňuje.“ (Haškovcová, tamtéž)

Podle Topinkové (2005, str. 137) bylo nalezeno více než 100 prokázaných příčin dementního syndromu a její klasifikaci uvádíme níže:

- **Alzheimerova nemoc** – tvoří asi 50 – 60 % ze všech demencí ve stáří;
- **Vaskulární demence** – jsou zastoupeny přibližně v 15 – 30 %;
- **Demence s Lewyho tělísky** – přítomna v 10 – 20 %, dosud je však málo diagnostikována v praxi;
- **Demence u Parkinsonovy choroby** (5 – 10 %)
- **Frontotemporální demence** 3 – 5 %, před 65. rokem až 15 %;
- **Sekundární demence**, tzv. potenciálně reverzibilní, se zastoupením 2 – 5 %. Bohužel ani při kauzální léčbě nedosahujeme u starých osob plné reverzibility stavu a kognitivní deficit přetrvává.

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus je porucha metabolismu sacharidů, v některých případech také tuků a bílkovin (Jedlička, 1991, str. 56). Jedlička dále nazývá diabetes mellitus “stařeckým diabetem“, kdy se jedná o menší produkci inzulínu.

Výskyt diabetu roste s věkem. Podle expertních odhadů bude v roce 2030 75 % všech diabetiků v geriatrickém věku. V současnosti ve věku nad 65 let trpí DM asi 18 – 20 %, nad 80 let 20 – 30 % populace (Topinková, 2005).

Diabetes se může projevovat při nedostatku cukru nebo při jeho nadměrném množství. Inzulínový šok neboli hypoglykemie je způsoben nedostatkem cukru. Hyperglykemie neboli diabetické koma je způsobeno nadměrným množstvím cukru a je nutností podat inzulín. U seniorů, kteří mají tzv. stařeckou cukrovku jsou podávány většinou léky pouze perorálně.

Inkontinence moči

Mezinárodní společnost pro inkontinenci definuje močovou inkontinenci jako nechtěný, samovolný, objektivně prokazatelný únik moči, který je pro pacienta či ošetřující osoby sociálním nebo hygienickým problémem (Topinková, 2005, str. 34).

Podle Gogela (1991, str. 136) inkontinence močová znamená mimovolný únik moči. Z hlediska vzniku, kliniky a léčby se dělí na stresovou, urgentní, absolutní a neurogenní. Janošíková (2000) uvádí jiné dělení na inkontinenci celkovou, funkční, reflexní, stresovou a urgentní. A dále uvádí, že při celkové inkontinenci dochází k nepřetržitému a nepředvídatelnému odchodu moče; funkční – bezděčné a nepředvídatelné odchody moči; v reflexní dochází k bezděčnému odchodu moči v určitou dobu; stresová – dochází ke zvýšení abdominálního tlaku; urgentní je stav, kdy dochází k bezděčnému odchodu moče brzy po začátku silného nucení na močení.

Dekubitální vřed

Dekubitální vřed, jinak řečeno proleženina, se vyskytuje u imobilních klientů. Tyto proleženiny právě získávají z ležení a je nutností vždy klienty polohovat v pravidelných intervalech, aby se předcházelo vzniku proleženin.

Proleženina je lokalizovaná oblast buněčného poškození způsobena poruchou mikrocirkulace a z ní vyplývající hypoxie. Podle Torrancovy klasifikace se rozděluje do 5 stádií (stupňů). 1. stupeň – překrvení se zblednutím; 2. stupeň – neblednoucí překrvení; 3. stupeň – zvrhodování kůže; 4. stupeň – zvrhodování subkutánní fascie; 5. stupeň - nekróza svalu (Mikšová, 2000).

Onemocnění pohybového aparátu

Už v době středního lidského věku (35-40let) dochází ke změnám v pohybovém ústrojí. Klesá postupně výška kloubní chrupavky a její zavodnění, snižuje se i počet chrupavčitých buněk, ubývá i kostních trámců, minerálů a organických látek, kost řídne, je křehčí a zranitelnější. Stárnou vlákna kolagenu, kloubní vazy a pouzdro mění délku a pružnost (Müller, 1991). Mezi nejznámější onemocnění pohybového aparátu patří osteoartróza, revmatoidní artritida, dna a osteoporóza.

Osteoporóza

Osteoporóza je metabolické kostní onemocnění charakterizované zvýšeným rizikem kostních fraktur v důsledku úbytku kostní hmoty a změněné mikroarchitektury kostní tkáně (Topinková, 2005, str. 167).

Revmatická onemocnění

Revmatická onemocnění jsou mylně veřejností označována za všechny kloubní potíže. U pravých revmatiků jde o zánětlivá onemocnění kloubní nitroblány s agresivní destrukcí kloubní chrupavky, deformacemi kloubů, odezvou na svalech a dalšími příznaky. U žen se jedná o zánětlivou revmatickou artritidu a u mužů mohou být postiženi spondartritidami typu Bechtěrevovy choroby (Müller, 1991).

Parkinsonova choroba

Jednou z dotazovaných nemocí u seniorů je právě Parkinsonova choroba. Není to příliš časté onemocnění, ale jedno ze známějších.

Šafránková (1991, str. 103) uvádí, že k hlavním příznakům patří zvýšení svalového tonu a snížení hybnosti. Zvýšení svalového tonu často znemožňuje aktivní hybnost, klidový třes, který postihuje hlavně akrální části (ruce, hlava, rty, brada), mizí ve spánku, zhoršuje se s emocí, mírní se při pohybu.

Nespavost

Velmi známé onemocnění je nespavost. Setkáme se s ní nejenom u seniorů, ale v celé populaci. Především je způsobena nadměrným stresem nebo nadměrnými starostmi, které nedovolují organismu odpočinout ani v noci.

Insomnie je definována jako subjektivně vnímaný relativní úbytek kvality nebo délky spánku. Chronická nespavost je provázena sníženou fyzickou a psychickou výkonností přes den. Insomnie postihuje až 25 % starší populace (Topinková, 2005).

Samořejmě je ještě plno onemocnění, které seniory postihuje. Jsou to však onemocnění, která nejsou natolik známá nebo frekventovaná, a proto jsme je zde již neuváděli.

1.4. Problémy, které mohou vznikat ve stáří

Ageismus

Poprvé byl pojem ageismus použit v Americe v 60. letech 20. stol. ředitelem amerického Národního institutu pro stárnutí Robertem N. Butlerem. Ageismus se skládá z anglického slova age – tedy v překladu věk (stáří). Jednoznačná definice tohoto pojmu

však neexistuje, protože se jedná o jeden z nejkompexnějších konceptů. Původní definice pojmu ageismus byla brána jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří (Pokorná, 2010).

Zdrojem ageismu jsou mýty o starých lidech. Podle Tošnerové existuje pět nejčastěji nekriticky přijímaných představ o stáří: 1. staří lidé jsou všichni stejní; 2. stáří mužů a žen jsou stejné; 3. staří nemají čím společnosti přispět; 4. stáří je křehké, potřebuje péči; 5. stáří je ekonomickou zátěží společnosti (Tošnerová, in Pokorná, 2002).

Jednou z hlavních příčin ageismu je zvyšování počtu a podílu starších lidí ve společnosti, což vede ke značným konfliktům. Mezi individuální zdroje ageismu pak patří především strach ze smrti a stárnutí, frustrace a agrese, ze které pramení, příklon společnosti k nepřátelským agresivním impulsům vůči členům minoritních skupin (tedy seniorům). Mezi mýty o stáří patří stáří jako nemoc, chudoba, impotence, ošklivost, duševní choroba, senilita, nepotřebnost, osamělost, deprese, dětinskost, ale i pozitivní vnímání stáří jako období moudrosti, politické moci, laskavosti, bohatství a individuální svobody. Tím vším vznikají i věkové nebo generační konflikty. Z oslovených respondentů, kteří nemají starší blízkou osobu nad 70 let, 30% prohlásilo, že se přidružuje ke stereotypnímu výroku „Staří lidé by měli žít někde, kde nikoho neobtěžují“. Segregace starších lidí je tedy další příčinou vzniku ageismu a vzniká zařazením seniorů do domovů pro seniory nebo vytváření seniorských obytných komplexů či „městeček“, v neposlední řadě vysokou koncentrací seniorské populace v historických centrech měst, čtvrtí či okrajů měst (Vidovičová, 2011).

Příčinou ageismu jsou stereotypy a předsudky. Kvůli nim nejsme schopni se adekvátně chovat ke starším lidem a potom může být péče nedostatečná nebo nadměrná. Nedokážeme přesně identifikovat míru, rozsah a úroveň požadované péče. V ošetrovatelské péči poté dochází u klientů ke sníženému sebehodnocení, zvýšené závislosti, zvýšení psychické a fyzické zátěže, nedostatečnému uspokojení s průběhem a výsledkem terapie, dopadu na kognitivní schopnosti a psychické zdraví klientů ... (Pokorná, 2010)

Socializace a důvěřivost u seniorů

Začleňování do společnosti souvisí hlavně s předsudky okolí. Pokud, jak již výše bylo zmíněno, si lidé myslí, že senioři nemají společnosti co dát a měli by se spíše někde zavírat, potom budou i nadále segregováni a odděleni od společnosti. Není pravdou, že plno starších lidí nemá společnosti co dát, už jenom své letité zkušenosti, které nasbírali, jsou důležitým faktorem pro rozvíjení společnosti. Dříve se předávala tradice řemesla a profesních zkušeností z otce na syna, tato tradice dnes již neplatí. Podle přístupu okolí a celé společnosti také lidé přistupují k seniorům, protože v případě starých lidí se odvíjí konkrétní přístup a chování vůči nim na základě předsudků, které jsou tradicí umně poskládané v mýty (Haškovcová, 1989).

Důvěřivost je u seniorů dána ve velké míře hlavně z důvodu stáří, kdy si mnozí senioři naivně myslí, že zrovna jim by se nikdy nic podobného stát nemohlo, že oni také nikomu nikdy nic neudělali. Dalším faktorem může být i začínající pozvolná stařecká demence, kdy staří lidé mnohdy nevědí, co činí a proto může docházet snadno ke krádežím a ubližování.

Úprava bydlení, pomůcky

Jestliže preferujeme, aby senioři nebyli segregováni, je zapotřebí jim přizpůsobit zázemí natolik, aby byli co nejvíce soběstační a samostatní. Pro seniory s omezenou hybností je nutnost vybudovat při vchodu do domu rampu, kterou preferují klienti na vozíku, nebo ti, kteří využívají hole, berle nebo tzv. chodítka. Z obou stran by rampa měla mít zábradlí. Dále můžeme v domech nebo domovních bytech zbudovat výtah, zdvihací plošinu šikmou nebo kolmou nebo schodišťové sedačky. Pokud není možné z jakéhokoliv důvodu vybudovat jednu z variant a senior je nucen využívat invalidní vozík, je možné se do objektu dostat pomocí tzv. schodolezů. V místech, kde se nachází schody, je vhodné je opatřit protiskluzovou úpravou. Okna v bytě volit se sníženým parapetem, aby senioři mohli vidět ven i ze sedu nebo z lehu. Dalším neméně důležitým faktorem je výběr lůžka, stejně tak jeho umístění v prostoru. Do lůžka by se mělo dostat ze všech tří stran, postel by měla být vyšší s volným prostorem pod postelí a nejlépe počítat s polohovacím, případně elektronicky ovládaným roštem – to vše může způsobit delší setrvání seniora v prostředí vlastního domova. Dalším důležitým faktorem je signalizační zařízení, které je vhodné umístit v místech nebezpečí úrazů, požárů, vytopení... (Glosová a kol., 2009)

Při úpravě koupelny, je vhodnější vybudovat sprchu nebo vanu s nižší hloubkou a vhodně umístěnými madly. Protiskluzová úprava v obou případech je nutností. Umyvadlo hlubší, taktéž s madly po bocích nebo ergonomickými opěrkami paží. Vybavit zařízení nádržkovitého typu bezpečnostním přelivem, aby nedocházelo k vytopení. U starších lidí se zhoršenou pohyblivostí se klozetové mísy doporučují zvýšené pro snadnější vstávání, po stranách úchytná madla, která zvyšují pocit bezpečí a jistoty. Další drobnou úpravou jsou pákové baterie nejenom v koupelně, ale i v kuchyni. Zde se doporučuje, aby se varná plocha umístila nejnižší (k nahlédnutí do hrnců), o něco výše přípravná plocha a nejvýše dřez, aby se na jeho dno mohli volně položit ruce, aniž by se ohýbala záda. V neposlední řadě je důležité nahradit spodní kuchyňské skříňky plnovýsuvnými objemovými zásuvkami. Vedle pečicí trouby a mikrovlnky by měla být nespálná odkládací plocha. (Lhotáková, 2009)

Doporučuje se, aby se s úpravou bytů začalo co nejdříve, aby se senior postupně naučil se všemi zařízeními a pomůckami pracovat. Pomůcky pomáhají seniorům co nejdéle vytrvat ve svém přirozeném prostředí, aby nemuseli brzo využívat institucí pro ně vybudovaných.

2. SYSTÉM PÉČE O SENIORY

System sociálních služeb je zakotven v zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, existují zařízení sociálních služeb: centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, pracoviště rané péče, intervenční centra, zařízení následné péče.

Ne všechna zařízení sociálních služeb jsou vhodná pro seniory, někteří služeb nemohou využít právě z důvodu jejich vysokého věku (např. nízkoprahová zařízení pro děti a mládež).

V § 33 výše uvedeného zákona jsou uvedeny tři formy sociálních služeb. *Terénní* - jedná se o poskytování služeb v přirozeném prostředí uživatele. *Ambulantní* - uživatel dochází do zařízení, ale nezůstává v něm. *Pobytová* - uživatel je ubytován v zařízení sociálních služeb. § 32 popisuje druhy sociálních služeb: *sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence*.

Níže uvedeme zařízení sociálních služeb, která využívají senioři nejčastěji a jsou tedy nejvíce frekventovanými službami. Jedná se o služby terénní – domácí péče, pečovatelská služba; pobytové – týdenní stacionář, hospicová péče, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

2.1. Terénní služby

Domácí péče, pečovatelská služba

Podle § 40 zákona 108/2006 Sb., je pečovatelská služba terénní nebo ambulantní. Služba se poskytuje osobám se sníženou soběstačností, s chronickým onemocněním, zdravotním postižením a rodinám s dětmi, které potřebují pomoc jiné fyzické osoby.

O zavedení pečovatelské služby si zažádá sám senior. O poskytnuté službě rozhoduje odbor sociálních věcí, který stanoví i výši úhrady za službu. Pečovatelská služba není nárokovatelná a může být i odmítnuta třeba z důvodu odlehlého bydliště žadatele. Pečovatelka dochází ke klientovi v pracovní dny, 1-2x denně v době mezi 7. až 17. hodinou (Hrabětová, Kalvach, 2005).

Nejčastější dělení v současné době najdeme mezi domácí zdravotní péčí – mezinárodně užívaný výraz z anglického HOME CARE a domácí pomocí HOME HELP. Pojem domácí péče má svá mezinárodní specifika, která jsou dána historií, tradicí a mentalitou národa. Pod pojmem domácí péče se v některých zemích schovává fakticky domácí pomoc, či obráceně. Pojem komplexní (komprehenzivní) domácí péče je otevřeným systémem individuální péče – v kterém jsou integrovány jak zdravotní, sociální i laické formy péče poskytované klientovi na základě ordinace ošetřujícího lékaře a rozsahu indikace sociální diagnózy klienta (Misconiová, str. 14).

Další z možností jsou domy s pečovatelskou službou, tzv. DPS. Byty v DPS jsou zřízené městem a určené občanům seniorského věku (pobírající důchod nebo plný invalidní důchod). Byty jsou přizpůsobené potřebám osob seniorského věku. Do těchto bytů dochází pečovatelská služba a nájemníkům je služba poskytnuta podle soběstačnosti obyvatel. Služba je nabízena seniorům, kteří žijí osamoceně, nebo nemají žádnou blízkou osobu, která se o ně může postarat. Potřebují výpomoc v běžných denních úkonech nebo vyžadují dohled.

2.2. Pobytové služby

Týdenní stacionář

Týdenní stacionář je pobytovou službou. Poskytuje se seniorům a osobám se zdravotním postižením. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, ubytování a stravování. Stacionář umožňuje kombinaci života ve vlastním prostředí a zajištění péče v době, kdy např. nikdo z rodinných příslušníků není pro pracovní vytížení přes den nebo přes týden seniorům nablízku (Grollová, 2009).

Hospicová péče

Misconiová uvedla ve své publikaci několik definic hospicové péče, zmíníme definici podle Světové zdravotnické organizace: Hospicová péče je integrovaná forma

zdravotní, sociální a psychologické péče poskytovaná klientům všech indikačních, diagnostických i věkových skupin, u nichž je prognózou ošetřujícího lékaře předpokládána délka dalšího života v rozsahu méně než 6 měsíců. V rámci hospicové péče je poskytována zejména paliativní péče (celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu).

Hospic je zdravotnické zařízení, které poskytuje paliativní péči, tedy péči zaměřenou na úlevu od nepříjemných příznaků (hlavně bolesti), kde se žije každým momentem (netýká se to jenom pacientů, ale i jejich blízkých). Většina hospiců poskytuje základní i odborné sociální poradenství podle § 37 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V hospicové poradně často spolupracují sociální pracovník, zdravotní sestry, lékař i psycholog. Jednou z nedílných součástí hospicového poradenství je podpora pozůstalých. Dokonce se v hospicích pořádá setkání pozůstalých 2x-3x za rok. Řada hospiců provozuje půjčovny zdravotnických a kompenzačních pomůcek. Dalšími nabízenými službami jsou terénní odlehčovací služby a pobytové odlehčovací služby. Terénní služba se poskytuje pouze v domácnostech, kde je přítomna trvale pečující osoba. Pobytová služba se řídí § 44 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, a je určena zejména pro osoby ve stupni závislosti III. a IV. a poskytováno je ubytování, včetně úklidu a praní, celodenní stravování, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu dle individuálních potřeb, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti, duchovní a pastorační služby (Neumannová, 2011).

Domov pro seniory

Haškovcová (1989) ve své publikaci uvádí, že dříve byly domovy důchodců určeny pouze pro obyvatele, kteří byli zcela, nebo prakticky zdraví a soběstační. Domovy důchodců se tedy stávaly lepším místem na dožití. Dříve byly důchody nižší a tím, že stát dotoval domovy, bylo pro lidi mnohem schůdnější zůstat v domovech než bydlet o samotě. Jenomže se doba posunula a lidé začali lépe žít a zvýšila se celková životní úroveň, tedy domovy už nebyly tím lukrativním místem. Stárnoucí člověk nechtěl opustit „své jisté“, nechtěl odejít do domova důchodců, protože věděl, že to první, co tam definitivně ztratí, je ostře střežená osobní intimita. To, co získá, je naopak traumatizující pocit definitivního řešení svého života. Z domova důchodců se neodchází; tam cesta života jednoho dne končí. Pokoje byly s větším počtem obyvatel a nemohli si vzít ani svůj vlastní nábytek. Ti,

kteří hned přistupovali k domovu negativně, třeba z toho důvodu, že byli vyhozeni z domu, s péčí a s domovem rozhodně spokojeni nebyli. Pokud však byli nachystáni, že budou muset využít těchto služeb, byli se službou smířeni a spojeni. Dříve tedy nemohli do domova důchodců jiní obyvatelé než soběstační a zdraví, i když byla v domově lékařská péče. Jenomže zdravotní stav klientů, se v budoucnu zhoršoval a díky potřebám se v praxi domovy začaly podobat spíše nemocnicím.

Domovy pro seniory dříve nazývané domovy důchodců (DD) jsou plně ústavní zařízení, která se řídí stanoveným provozním řádem. Senior je přijímán do DD na základě žádosti. Zdravotnická péče je zajištěna zdravotními sestrami a přes den i lékařem (Kalvach, 2004, str. 470).

V dnešní době jsou do domovů pro seniory přijímáni pouze klienti, kteří vyžadují pomoc druhé fyzické osoby, kteří nejsou soběstační, ne jak tomu bývalo v minulých letech. Někteří senioři, i podle Haškovcové, v dnešní době nejsou rádi, když své poslední chvíle života musejí trávit v nějakém zařízení, kde se jim omezí osobní svoboda a intimita. Proto se domovy v co největší míře snaží, aby se cítili jako doma, zaplňují jim celý den nejrůznějšími aktivitami, aby jejich život byl i v poslední třetině co nejdůstojnější.

Domovy se zvláštním režimem

Jedná se o pobytové zařízení. Od domova pro seniory se liší hlavně klientelou, kdy se převážně berou klienti se stařeckou demencí, Alzheimerovou chorobou a dalšími demencemi nebo se závislostí na návykových látkách. Tito klienti vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby právě z důvodu těchto onemocnění

Služba obsahuje tyto základní činnosti, které se shodují se službami domovů pro seniory a jinými pobytovými službami: *poskytnutí ubytování; poskytnutí stravy; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; aktivizační činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí* (zákon č. 108/2006 Sb., § 50).

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

Služba je uvedena v § 52 zákona 108/2006 Sb. Jedná se o pobytovou službu poskytnutou osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému

zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb (§ 52 odst. 1)

Služba poskytuje ubytování, stravování, pomoc při osobní hygieně, péči o vlastní osobu, aktivizaci atd. Služby jsou poskytnuty stejně jako v domovech se zvláštním režimem (viz výše).

Většinou se využívají zařízení státního charakteru, ale z důvodu přeplněnosti těchto zařízení se v dnešní době více využívá i služeb soukromých zařízení, která jsou mnohdy na lepší úrovni, než služby státního charakteru.

2.3. Příspěvek na péči

Většina domovů pro seniory požaduje po svých klientech, a to už při podání své žádosti, příspěvek na péči.

Podle zákona 108/2006 Sb. § 8 máme 4 stupně příspěvku na péči: **stupeň I** (*lehká závislost*), *jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 4 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti*; **stupeň II** (*středně těžká závislost*), *jestliže potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti*; **stupeň III** (*těžká závislost*), *jestliže potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti*; **stupeň IV** (*úplná závislost*), *jestliže potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti*.

Příspěvek na péči se pohybuje ve výši:

- I. stupeň - 800,- (od roku 2011 snížen z částky 2.000,- na 800,-),
- II. stupeň - 4.000,-,
- III. stupeň - 8.000,-,

IV. stupeň - 12.000,- -> nejvyšší možný stupeň

Podle zkušeností se většinou na imobilní klienty vztahuje příspěvek III. stupně a příspěvek IV. stupně. Pro mobilní klienty poté platí první dva stupně příspěvku na péči. O první stupeň (tedy i nárok na jeho vyplácení) je možné požádat hned v době, kdy je potřeba seniorovi pomáhat s nákupem nebo s jinými jednoduchými pracemi, ale pořád je klient schopen se sám o sebe postarat. Při podání žádosti na příspěvek na péči je jednou z prvořadých věcí posudek praktického lékaře, který většinou rozhodne o stupni příspěvku na péči, a posudek, který vypracovala u jednotlivých klientů sociální pracovnice.

EMPIRICKÁ část

V teoretické části jsme vymezili osobu seniorského věku a popsali jsme, jakou mají senioři možnost pobytových sociálních služeb. Praktická část se stejně jako teoretická rozděluje na 2 samostatné kapitoly. V první kapitole ve stručnosti uvádíme informace o zařízení ADP-SANCO s.r.o. a jeho službách. Druhá kapitola zahrnuje případové studie klientů ze zařízení ADP-SANCO s.r.o.

Cíl šetření

Na základě případové studie složené z anamnézy, pozorování a dotazníku určíme, co chybí seniorům v pobytovém zařízení ADP-SANCO s.r.o. a navrhneme, co by se mělo zlepšit pro kvalitnější život seniorů.

Za hlavní cíl považujeme návrh opatření pro lepší kvalitu života seniora pobývajícího v soukromém zařízení. Zjistíme, co je třeba změnit v zařízení, aby se klienti cítili jako doma. Jaké potřeby je třeba klientům splnit, co jim schází nebo naopak čeho mají nadbytek. Zda je péče poskytována v dostatečné míře nebo se klientům zaměstnanci věnují málo. Zaměříme se i na personál a vztahy mezi klienty služby, který mohou ovlivňovat pobyt v zařízení.

Vedlejším cílem č. 1 : Zjištění, zda jsou klienti relativně spokojeni s péčí nebo za jakou péčí chtějí nynější službu nahradit.

Vedlejším cílem č. 2 : Seznámení se zařízením ADP-SANCO s.r.o., s jeho historií, současností a poskytovanými službami.

Metoda šetření

Jako metodický prostředek pro zpracování šetření byl zvolen dotazník a metoda pozorování. Jedna z předností dotazníku je výhoda rychlého získání údajů od větší skupiny lidí. Otázky budeme pokládat jednotlivě dvěma seniorům, aby nedošlo k chybnému uvedení odpovědí nebo k jeho nepochopení. Metoda dotazníku nám tímto způsobem umožní získat přesné informace přímo od uživatelů bez případného nezodpovězení některých otázek. Otázky budou kladeny přesně v pořadí, jak jsou vypracovány, pouze odpovědi nebude vypisovat samotný respondent, ale jeho asistent. Zvolili jsme tuto

metodu, protože někteří senioři v zařízení ADP-SANCO s.r.o. mají narušenou jemnou motoriku a nemohou tedy vypsat dotazník vlastní rukou.

Byl vytvořen jednotný dotazník pro uživatele sociální péče v zařízení ADP-SANCO s.r.o. Dotazník se skládá ze 17 otázek, z toho jsou 4 otevřené, 2 uzavřené s možností bližšího vyjádření, 10 uzavřených s možností výběru odpovědí a 1 škálová. Otázky se vztahují pouze na pobyt a poskytované služby v zařízení, na personál, návštěvy rodiny a na další možnou sociální péči.

Druhá zvolená metoda je pozorování. Jedná se o metodu bez zasahování do dění kolem respondenta, kterého pozorujeme. Pozorování proběhne v přirozených podmínkách v zařízení ADP-SANCO s.r.o. a nebudou vyvolány žádné umělé situace. Zjišťujeme podobu chování mezi klienty, mezi personálem a klienty, mezi návštěvníky a klienty zařízení, reakce na situace při ošetření, na spolubydlící nebo příchod nového klienta do zařízení. Dalším zájmem šetření bude vyplnění celého dne u našich pozorovaných respondentů a reakce na každodenní činnosti. Potřebou je vysledovat, co se klientům nelíbí a co jim naopak vyhovuje. Pozorování proběhne v několika intervalech u dvou klientů, u kterých se prováděla i metoda dotazníku. Návštěvy v zařízení budou 3 krát v dopoledních a 3 krát v odpoledních hodinách, 2 krát bude celodenní forma pozorování.

Pro analýzu a interpretaci zjištěných dat zvolíme vyhodnocení podle jednotlivých otázek dotazníku a vyhodnocení z provedeného šetření metodou pozorování.

3. ADP-SANCO S.R.O.

Nejprve uvedeme ve stručnosti, o jaké zařízení se jedná. Co poskytuje za služby a kde se zařízení nachází.

3.1. O firmě ADP-SANCO s.r.o.

3.1.1. Historie a začátky firmy

Společnost vyrůstala nejdříve na živnostenský list paní ředitelky Mgr. Květoslavy Šťastné, která kolem roku 1992 začala spolu se dvěma pracovníci budovat domácí péči. Uzavřely se smlouvy s pojišťovnami, první z nich byla Všeobecná zdravotní pojišťovna a poté se přidalo 18 dalších pojišťoven. Název SANCO v překladu znamená vyléčení, uzdravení, zahojení a také ekonomické opatření proti finanční ztrátě podniku; ADP značí zkratku agentury domácí péče. Nejprve byli osloveni praktičtí lékaři s informacemi o následující péči. Informace se připravily i pro laickou veřejnost. Po dlouhé a vyčerpávající práci však přišla odměna – první klient. Díky němuž se mohly posunout dále. S ním přišli další a s tím souvisel i nárůst počtu zaměstnanců, který díky množství klientů stoupá i dnes. Největší odměnou pro zakladatelku však vždy bylo, že zařízení začali klienti vyhledávat na základě péče poskytované u sousedů, kteří byli velice spokojeni (www.adpsanco.cz).

V roce 2006 byla vybudována budova ve Vrahovicích 721/109 v Prostějově, která je i nyní mateřskou budovou. Vybuďovalo se zde 16 lůžek, tedy 8 pokojů po 2 lůžkách. V této době vznikl v ADP-SANCO týdenní stacionář.

Tato budova nabízí rodinné prostředí domova se zahradou. Pro každého zde byla individuální péče i režim dne, strava respektující zvyklosti i dietu klienta. Nepřetržitý provoz 24 hodin denně a k tomu zdravotnický dohled. Délka pobytu mohla být od 1 týdne až po 3 měsíce. Tato služba vznikla spíše jako odlehčovací služba pro rodiny, které si potřebovaly odpočinout, nebo byla využita ve chvílích, kdy onemocněl ten, kdo doposud péči zajišťoval. Tato služba byla zdravotně – sociální a poskytovala se uživatelům se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich vlastním sociálním prostředí.

Když v roce 2008 přibyla budova na Sportovní 1 taktéž v Prostějově, která byla v pronájmu, služba se z denního stacionáře převedla na službu sociální péče dle § 52,

zákona 108/2006 Sb., a následné ošetrovatelské péče, která funguje dodnes. Ve stejném roce byla zdravotní péče poskytována na oddělení Sportovní 1 a služba sociální péče ve Vrahovicích. Dnes jsou služby dohromady, nikdo není segregován, klienti se rozmísťují podle aktuálního volného místa.

3.1.2. Současnost

Hlavním mottem zařízení je: „Život v rodině, i při snížené soběstačnosti, je nejkrásnějším důkazem lásky.“ (Viz příloha č. 1 - obrázek)

Za současnost můžeme považovat rok 2011-2012, kdy jsem měla i já sama možnost pracovat jako řadový zaměstnanec na pozici sociálního pracovníka. ADP-SANCO s.r.o. se i v dnešní době rozděluje na 2 oddělení.

První oddělení se nachází na Vrahovické 721/109, Prostějov. Tato budova je nově postavena. Ve spodním patře se nachází kanceláře sociálního pracovníka, účetní, manažera provozu, kontroly, manažera společnosti, domácí péče a ambulance lékaře spolu s ambulantními programy – hydrocolon a se sociálním zařízením. Vrchní patro je pro klienty zařízení a případné návštěvy. Je zde sesterna a 8 pokojů po 2 lůžkách. Klienti mají v horních prostorách vybudovanu jídelnu – společenskou místnost, kde se stravují, a vytvářejí různé výrobky ve formě aktivizačních programů. Pokoje jsou vybaveny televizí, stolečky, skříněmi s trezorkem, závěsy a polohovacími postelemi. Každé dva pokoje mají společné sociální zařízení (WC, sprcha).

Druhým oddělením je Sportovní 1, taktéž v Prostějově. Nachází se nedaleko první hlavní (mateřské) budovy. Toto oddělení je v pronájmu, a proto se nyní provádí přístavba oddělení, které bude navazovat na mateřskou budovu ve Vrahovické ulici. Oddělení na Sportovní má 37 lůžek. Pokoje jsou po 2 a po 3 lůžkách. Mají zde velkou společenskou místnost s terasou, kam se chodí stravovat a také vyrábět různé výrobky v rámci aktivizačních terapií. Pořádají se zde i různé semináře pro sestry nebo školení pro pracovníky firmy. V prvním patře se ve větší míře nacházejí klienti, kteří jsou mobilní a mohou se tedy pohybovat po oddělení, dojít si do jídelny nebo na terasu. Ve spodním patře se většinou nachází imobilní klienti (hlavně z důvodu sociálního zařízení, které je přizpůsobené právě pro imobilní klientelu). Oddělení je samozřejmě vybaveno sesternou, šatnami a sociálními zařízeními pro každý pokoj.

Třetím oddělením je Domácí péče, kterou zařízení poskytuje v terénu a to péči jak sociální, tak zdravotní.

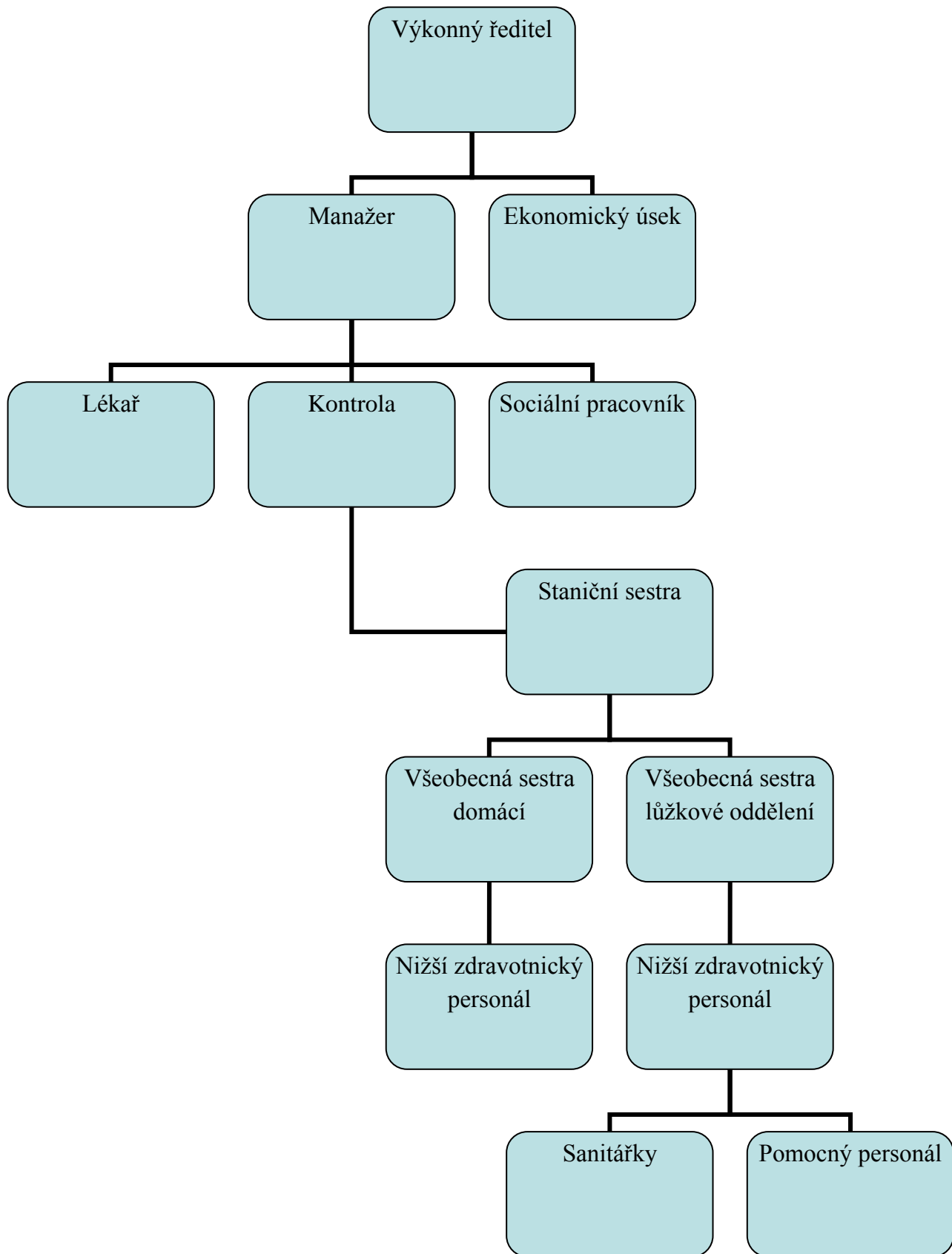
Klienti do zařízení mohou na sociální pobyt chodit od věku 26 let a výše, na lůžku následně ošetrovatelské péče se může služba poskytnout v jakémkoliv věku. Převážně však v zařízení dominují senioři.

Dohromady je možné umístit v zařízení maximálně 55 lidí na lůžkách sociální nebo zdravotní péče. Zaměstnanců je v zařízení kolem 50 a díky velkému zájmu o poskytované služby neustále přibývají další.

ADP-SANCO s.r.o. je nestátní zdravotnické zařízení NZZ na základě rozhodnutí o registraci vydané odborem zdravotnictví Krajského úřadu Olomouc.

3.1.3. Personální zastoupení

Rozložení firmy je uvedeno níže v tzv. pavouku. Jednatel firmy, majitelem a zároveň ředitelem je paní Mgr. Květoslava Šťastná, která je většinovou majitelkou a spolu s ní firmu zastupuje její dcera Monika Klíčová, která má ve firmě funkci manažera.



3.1.4. Plány do budoucna

Nová budova

Jedním z hlavních plánů, který se brzy dočká realizace, je přístavba budovy ADP-SANCO s.r.o.

Přístavba bude mít dohromady s mateřskou budovou 55 lůžek. Účelem přístavby je neschůdné, neustálé dojíždění a rozdělení budov, z nichž jedna (Sportovní) je navíc doposud nadále v pronájmu.

Tato budova má být kompletně hotová v červnu roku 2012 a také v červnu se vše z budovy Sportovní bude stěhovat, aby se mohla nová budova uvést, již ve zmíněném měsíci, plně do chodu.

Denní stacionář

Dalším velkým plánem paní ředitelky, je vybudovat denní stacionář tzv. školku pro seniory. Bude určena pro klienty, kteří chtějí zůstat doma ve svém přirozeném prostředí, ale nemohou zůstat sami a jejich rodina musí do práce nebo z jiných důvodů nemůže zůstat s nimi doma. Rodiny budou mít možnost přivést svého příbuzného ráno a odpoledne si jej vyzvednout.

Během dne budou vytvářet různé aktivity, spojené i s relaxací a odpočinkem a samozřejmě bude pobyt zahrnovat i stravu. Tedy na způsob nynějších služeb, podle § 46 zákona 108/2006 Sb., se bude také jednat o ambulantní službu, která bude poskytovat stravu, aktivizační činnost, pomoc při zvládnutí běžných úkonů, pomoc při osobní hygieně, kontakt se společenským prostředím ...

Tento plán je však zatím pouze myšlenkou a je nutností vše ještě domyslet a poté zrealizovat. Prvořadým a hlavním plánem je již zmíněná nová přístavba.

3.2. Poskytované služby

Služby, které SANCO poskytuje, jsou jak lůžkové tedy pobytové, tak i ambulantní a terénní.

Pobytová služba se provádí na dvou odděleních a dělí se na službu sociální a zdravotní. Službou ambulantní se rozumí ta služba, na kterou musejí klienti docházet na

oddělení, převážně se využívají služby hydrocolon terapie, o které se zmíníme níže (nyní nejvíce frekventovanou ambulantní službou). Terénní služba je domácí péče, která se rozděluje na službu sociální a zdravotní a je také prvotní službou v zařízení.

Nejprve zmíníme lůžkovou část. Jedním z pobytů v zařízení je zdravotní lůžko tzv. následná ošetrovatelská péče pro chronicky dlouhodobě nemocné, chápáno ve smyslu nižšího stupně LDN. Služba je zařazená pod zkratkou Ministerstva zdravotnictví České republiky jako 9H9. Dalším pobyttem je pobyt sociální podle § 52 zákona 108/2006 Sb. Jedná se o sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

3.2.1. SOCIÁLNÍ HOSPITALIZACE

Jak jsme již zmínili, sociální hospitalizace se řídí § 52 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách poskytovaných ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. Služba je poskytována pobytovou službou osobám, vyžadujícím ústavní zdravotní péči, kteří se neobejdou bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízení sociálních služeb. V zákoně je dále uvedeno jaké služby by měly být klientům poskytnuty: ubytování, strava, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnání běžných úkonů, kontakt se společenským prostředím, terapeutické činnosti, aktivizace, pomoc při uplatňování práv.

Dále poskytuje zařízení na sociálním lůžku odlehčovací službu dle § 44 zákon 108/2006 Sb. V tomto případě se jedná o pobytovou službu poskytovanou osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je pečováno v přirozeném prostředí. Cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Tato služba poskytuje ubytování, stravu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnání běžných úkonů, kontakt se společenským prostředím, terapeutické činnosti, aktivizace, pomoc při uplatňování práv.

Na sociální pobyt je nutné předložit „Doporučení lékaře na sociální hospitalizaci“ (viz příloha č. 2). Žádost vyplní praktický lékař klienta nebo ošetřující lékař. Na první straně jsou informace o klientovi: jméno, rodné číslo, národnost, tedy veškeré iniciály, a na druhé straně je zdravotní záznam, kam lékař vypisuje diagnózu, dávkování

léků, celkový zdravotní stav... Tuto žádost rodina předá, orazítkovanou a podepsanou lékařem, sociálnímu pracovníkovi v zařízení.

Dalším důležitým dokumentem je Smlouva (příloha č. 3), která se uzavírá mezi ADP-SANCO s.r.o. jako poskytovatelem služby a klientem služby. Smlouvu podepíše klient (nebo jeho zákonný zástupce či opatrovník) spolu s pracovníkem zařízení a smlouva se následně orazítkuje. Ve smlouvě jsou sepsány všechny podmínky od stravování (5x denně a pro diabetiky 6x denně), rozsahu poskytování sociální služby, péče sociální dle § 52 zákona o sociálních službách, místo a čas poskytování sociální služby, výše úhrady až po způsob jejího placení, ujednání o dodržování pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb spolu s výpovědními důvody a dobou platnosti smlouvy. Tato smlouva se předává i na odboru sociálních věcí, kde se vyplácí příspěvek na péči.

Posledním vyplněným dokumentem je klientův souhlas s nakládáním osobních údajů „Prohlášení ve smyslu § 11 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů“. (viz příloha č. 4). Tímto prohlášením klient souhlasí s nakládáním osobních údajů a to i po odchodu po dobu 5 let. Posledními potřebnými dokumenty je kopie rozhodnutí o přiznaném příspěvku na péči (mohou dokládat postupně) a výměr důchodu.

Všechny dokumenty rodina předá sociálnímu pracovníkovi v zařízení, vyplní s ním žádost do zařízení (viz příloha č. 5), obdrží informace k pobytu na sociálním lůžku (viz příloha č. 6) a vyčká na uvolnění místa.

V informacích k pobytu se rodina dozví, že je nutno zaplatit zálohu ve výši 2.000,- Kč 14 dnů před samotným nástupem, ta je potom započítána a odečtena u celkového vyúčtování. Před nástupem si rodina vyzvedne fakturu, kterou musí zaplatit nejpozději den před nástupem klienta do zařízení. Faktura se vystavuje vždy do konce měsíce a úhrada je vždy do 10. dne téhož měsíce. Možnosti placení jsou i v hotovosti. Ke každé faktuře rodina obdrží krátkou informační zprávu o zdravotním stavu svého rodinného příslušníka, možnosti konzultace s pracovníky, je zde uveden čas a den, kdy se mohou s pracovníky setkat.

Poplatky v zařízení se hradí dle hotelového typu - 200,- na den za bytovou režii a 160,- za stravu 5x denně. Tato sazba je stejná jako v domovech pro seniory. Jediné, co se liší, je příspěvek na péči: zařízení vyžaduje na den jednu deninu nejvyššího příspěvku na

péči, tj. 400 Kč. Je tedy možné v zařízení pobývat i bez příspěvku na péči, a klient si může z části službu hradit příspěvkem od státu a z části svým důchodem.

Příkladem může být klient, který má příspěvek na péči II. stupně a to tedy 4.000,-. Příspěvek bude zaslán rodině jako poskytovateli. Zařízení však bude účtovat plnou péči, tj. 760 Kč/den a je jedno zda tuto částku zaplatí rodina či samotný klient ze svých úspor. Pokud se klient nachází v domově pro seniory, tak tento příspěvek je zaslán na účet přímo domovu pro seniory a jestliže klient nemá IV.(nejvyšší) stupeň příspěvku, do celkové částky 12.000,- domovu pro seniory doplácí stát.

Pokud se rodina rozhodne pro podání žádosti o příspěvek na péči, musí být klient na sociálním lůžku před příchodem sociální pracovnice z úřadu. Den, kdy přijde sociální pracovnice, se již počítá do příspěvku na péči, který je zaslán zpětně. Na zdravotním pobytu si klient nemůže zažádat o příspěvek a nemůže být ani provedeno sociální šetření.

Lůžko sociální péče je časově neomezeno a mohou na něm být klienti do konce života. Většinou však klienti volí sociální pobyt krátkodobější, nebo ho využívají při propuštění z nemocnice do doby, než se v nějakém domově pro seniory uvolní místo.

Jedním z velmi častých a oprávněných dotazů jsou léky a inkontinentní pomůcky. Léky a inkontinentní pomůcky na sociálním lůžku si musí zajistit rodina, praktický lékař předepíše léky a inkontinentní pomůcky, a rodina je následně dodá do zařízení. Klienti, kteří nemají žádné příbuzné či blízké, nemusí mít obavy, vše zajišťuje, po dohodě s praktickým lékařem, zařízení.

V zařízení se provádí i různé druhy aktivizace formou četby, poslechu nebo vytváření různých výrobků. O víkendu zařízení navštěvuje canisterapeutka. Preferují zde ergoterapii a výrobky si klienti nechávají pro své rodinné příslušníky nebo slouží k vyzdobení areálu.

3.2.2. NÁSLEDNÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Tato péče je určena převážně pacientům z akutních lůžek nemocnic, z domácí péče a z rehabilitačních ústavů. Služba se poskytuje nejen klientům z regionu, ale z celé České republiky. Přicházejí sem na doporučení praktického nebo odborného lékaře. Služba je pouze pro pacienty se zdravotní indikací (tam, kde zdravotní důvod zanikne, je pacient propuštěn domů nebo do některého z ústavů sociální péče).(www.adpsanco.cz).

Jedná se o službu následné ošetrovatelské péče pro chronicky dlouhodobě nemocné. Tato služba se podle MZČR odborně nazývá 9H9.

Dokumentací potřebnou pro tento pobyt a tedy nutnou před nástupem do zařízení je "Doporučení k přijetí na oddělení ošetrovatelské péče" (viz příloha č. 7), které vyplní ošetroující nebo praktický lékař. Rodina tento dokument donese do zařízení spolu s klientovým souhlasem s poskytováním a nakládáním s jeho osobními údaji v zařízení dle § 11 zákona č. 101/2000 Sb. (viz příloha č. 4). Dále rodina se sociálním pracovníkem vyplní žádost do zařízení a vyčká, než se uvolní místo.

Poplatky za službu jsou oproti sociálnímu pobytu na první pohled levnější. Tato služba však není dlouhodobou záležitostí. Na lůžku následné ošetrovatelské péče je klient do doby, než se jeho zdravotní stav stabilizuje. Při ukončení zdravotní péče je nutností klienta buď propustit do domácího prostředí, nebo přeložit na sociální lůžko. Klient platí regulační poplatek za hospitalizaci (100 Kč/den) podle zákona č. 298/2011 Sb.

S sebou si klient přinese pyžamo, hygienické potřeby, oblečení nebo jiné osobní potřeby. Dalšími službami, které za příplatek mohou klienti využívat, je kadeřník, pedikúra, praní prádla a telefon. Na přání klientů sem může docházet i kněz.

Všechny pokoje jsou vybaveny polohovacími dřevěnými postelemi, televizorem, rádiem, klimatizací, skříní a stolky. Toto vše najdeme na každém pokoji bez ohledu na sociální nebo zdravotní lůžko.

Zdravotní péče se většinou využívá pro klienty, kteří jsou již delší dobu hospitalizováni na akutním lůžku v nemocnici a vyžadují následnou ošetrovatelskou péči. Zdravotní péče je poskytována ve stejné kvalitě jako na lůžcích následné dlouhodobé péče. Je poskytována ošetrovatelská rehabilitace, která seniorům umožňuje se nadále začlenit do běžného denního života.

Nevýhodou zdravotní hospitalizace (následné ošetrovatelské péče) je její časová omezenost. Tato péče není dlouhodobou péčí a rodiny jsou proto nuceny řešit do budoucna sociální péči. Dalším problémem jsou zdravotní pojišťovny a v případě tohoto zařízení se jedná o pojišťovnu vojenskou, se kterou zařízení nemá uzavřenou smlouvu. Pokud klienti opravdu chtějí využít služeb zařízení, musejí si změnit buď pojišťovnu, nebo využít služeb sociálního pobytu.

3.2.3. DOMÁCÍ PÉČE

Domácí péče má hluboké kořeny, protože byla tím prvním, s čím se začínalo. Dá se tedy považovat za stavební kámen. Na službu domácí péče je také kladen největší důraz.

Domácí péči poskytují registrované zdravotní sestry u MZČR s praxí, fyzioterapeutky, ošetrovatelky a sanitářky. Klientům se poskytují dva druhy péče a to jak sociální tak zdravotní, které vychází z jejich potřeb. Cílovou skupinou jsou osoby s akutním a chronickým onemocněním všech věkových skupin, se zdravotním postižením, senioři, osoby v nepříznivých sociálních situacích, klienti s různým stupněm snížené soběstačnosti a bezmocnosti.

Cílem každé domácí péče je, aby klient byl co nejdéle ve vlastním domácím prostředí, které ho nestresuje.

3.2.3.1. Zdravotní

Zdravotní péči indikuje praktický lékař, je určena klientům vyžadujícím kvalitní odbornou zdravotní péči, hrazenou ze zdravotního pojištění klienta, poskytnutou přímo v domácím prostředí klienta. Služba je poskytnuta v době vyhovující klientovi dle jeho zdravotního stavu. Služba je poskytována všem věkovým kategoriím. Zpracovávají se i rodinní příslušníci ke zvládnutí jednoduchých ošetrovatelských intervencí proto, aby mohli jednoduché úkony provádět sami.

Do zdravotní péče se zahrnují aplikace injekcí, zavádění katetrů, aplikace léků, převazy, měření tlaku, vyšetření glykémie glukometrem aj. Provádí se i ošetrovatelská rehabilitace – nácvik soběstačnosti, mobilizace, nácvik chůze.

3.2.3.2. Sociální

Druhou péčí je péče sociální, kterou si může rodina objednat sama. Péče je poskytnuta osobám se zdravotním postižením, seniorům, osobám v nepříznivé sociální situaci a pro klienty s různým stupněm snížené soběstačnosti a bezmocnosti.

Jedná se o pečovatelskou službu, která pomáhá při doprovodu na lékařské vyšetření, edukaci jednoduchých odborných přístupů k péči, dovoz léků a kompenzačních pomůcek na adresu, zajištění komplexní hygienické péče, pomoc při podávání jídla a pití, vedení klienta k sebeobsluze, pomoc v péči o domácnost, zajištění nákupu, pochůzky po

lékaři a poště aj., dovoz prádla do prádelny, dovážka obědů i dietní stravy (www.adpsanco.cz).

Tato služba je plně hrazena klientem. Klient hradí částku za jednu hodinu 100kč. Pokud tedy bude čerpat péči 30 minut, klient uhradí částku 50 Kč a k tomu dopravu, kdy 1 ujetý kilometr stojí 11 Kč.

Úplně novou službou je nyní služba SOS - soukromá ošetrovatelská služba. SOS služba je poskytnuta v domácím prostředí ošetrovatelkou s praxí. Poskytnutí služby je až s možností až 24hodinnové péče v domácnosti.

3.2.4. AMBULANTNÍ PROGRAMY

Pro detoxikační program má firma jedno velmi výstižné motto: „Pomáhat lidem je dobré, ale naučit je, aby si pomohli sami, je lepší.“

3.2.4.1. Hydrocolon terapie

Znamená ozdravné pročištění tlustého střeva filtrovanou teplou vodou. Ve střevě se nachází podstatná část imunitního systému, proto má terapie pozitivní vliv na zvýšení obranyschopnosti organismu. Terapie se užívá jako prevence i jako léčba již vzniklých civilizačních onemocnění. Střevní sprcha zajistí odstranění příznaků, které jsou buď přímo, nebo nepřímo spojeny s nefunkčním střevem (www.adpsanco.cz).

Na hydrocolon terapii se objednává telefonicky s externí pracovnící firmy. Zdravotní sestra si své klienty zve podle svých časových možností, většinou však v odpoledních hodinách. O hydrocolon má zájem čím dál více lidí a nejenom starších, ale i poměrně mladých. Jedna provedená terapie se hradí částkou 700 Kč.

Další terapie, které je možné v zařízení využít: Ionizované teplo, Lymfodrenáž a Vacumpress. Na všechny uvedené terapie je nutností se objednat dopředu, protože služby vykonávají převážně externí pracovníci.

3.2.5. Kompenzační pomůcky

Kompenzační pomůcky jsou uvedeny v příloze č. 8 i s ceníkem určených k možnému vypůjčení ze zařízení.

4. PŘÍPADOVÉ STUDIE

Případové studie provádíme u dvou klientů zařízení ADP-SANCO s.r.o. Jedná se o jednoho muže a jednu ženu. Nejprve *uvedeme případ, tedy jeho krátkou charakteristiku* (o koho se jedná, pouze pohlaví a věk. Kdo vyřizoval přijetí do zařízení a odkud klient přišel). Další použitá metoda je *osobní anamnéza* – zde uvedeme zázemí, úrazy a nemoci, které klient prodělal (z lékařské zprávy) + současný stav a jeho diagnóza. *Dotazník* (viz příloha č. 9) – provedeme rozbor dotazníku, jejich odpovědí. V dalším odstavci popíšeme výsledek *pozorování*.

Na konci kapitoly uvedeme zhodnocení, celkový závěr a návrh na řešení u zkoumaných seniorů pobývajících v soukromém zařízení ADP-SANCO s.r.o.

4.1. Popis šetření a rozbor dat

Případ č. 1:

Jedná se o ženu s rokem narození 1927. Klientka do zařízení přišla z LDN nemocnice v Prostějově. Žádost do zařízení vyřizovala rodina, která se nemohla již o klientu starat 24 hodin denně, ale klientka tuto péči potřebovala.

Osobní anamnéza

Klientka byla na LDN přeložena z neurologie nemocnice Prostějov, kde byla hospitalizována pro narůstající zmatenost a dehydrataci. Zde proběhlo vyšetření CT mozku, které ukazovalo postischemické změny v levé mozečkové hemisféře, mozková atrofie, neurolog konstatuje suspektní centrální parézu vpravo, nelze vyloučit smíšenou fatickou poruchu. K pokračování léčby a k rehabilitaci přeložena do LDN v Prostějově. Na LDN hospitalizována 2 měsíce. Zpočátku stavy neorientovanosti. Byla zahájena rehabilitace, nejprve nácvik chůze s chodítkem, později chůze o 2 francouzských holích a při propuštění zvládla chůzi i bez kompenzačních pomůcek.

Do zařízení ADP - SANCO s.r.o. byla klientka přijata dne 20. 11. 2011 na sociální lůžko a k pokračování rehabilitace. Při přijetí klientka klidná, ale mírně zmatená, je třeba ji některé věci vícekrát vysvětlovat. Klientka je mobilní s pomocí 2 francouzských holí, slabě inkontinentní, na WC je schopna si přejít. Na stravu si dochází do jídelny.

U klientky byly stanoveny tyto ošetřovatelské intervence: Podávání léků per os z důvodu občasné zmatenosti a neschopnosti dodržet léčebný plán. Kondiční cvičení na

lůžku, kontrola a podpora při vertikalizaci¹ za účelem zlepšení stability. K dalším onemocněním klientky patří primární oboustranná gonartroza; oboustranná, vaskulární demence; žilní městky dolních končetin; mozkový infarkt způsobený neurčenou okluzí nebo stenózou mozkových tepen. U klientky byly stanoveny tyto ošetřovatelské diagnózy: Riziko deficitu tělesných tekutin; Snížený srdeční výdej; Riziko pádu.

V současné době je klientka bez obtíží, komunikace a spolupráce bez problému, mobilní s pomocí 2 francouzských holí.

Dotazník

Z dotazníku jsme se dozvěděli, že zde klientka pobývá od 3 měsíců do 6 měsíců. Celkový dojem je spokojenost. Odráží se i na jídle a vybavení, které hodnotí dostatečně. V pokoji ji chybí jeden stůl a ještě jedna židle navíc, v koupelně sušák na ručníky, malý věšák a skříňka na kosmetiku. Rodina a přátelé klientku chodí navštěvovat občas a propustky domů nevyužívá. Co se týče zaměstnanců, hodnotila je známkou 2, což je chvalitebné. Pracovníci se jí věnují dostatečně a lékař zařízení ji navštěvuje pravidelně. Možnost aktivizace v zařízení má a využívá ji. Celkově na ni zařízení působí barvou žlutou. V zařízení by si přála více klidu a aby starým osobám více naslouchali. Žádost do žádného zařízení sociální péče nemá.

Pozorování

Klientka se během pozorování chovala přirozeně. Velmi dobře se chovala ke svým spolubydlícím a k ostatním klientům zařízení. K personálu byla velmi přívětivá a ochotná se přizpůsobit. Během pozorování jsme zastihli i rodinu klientky a dokonce rodiny spolubydlících. Všichni k sobě byli moc milí a dokonce si navzájem nosili různé dobroty a věci, které zrovna potřebovali.

Celý den měla respondentka velmi nabytý. Ráno snídane spolu s kávou, kterou si vypila na terase s ostatními klienty, kde si všichni povídali. Dopoledne se dívali na pokoji na film. Následoval oběd a po obědě odpočinek. Odpoledne proběhla aktivizace různého typu. Jednou vyráběli výrobky, podruhé se bavili, četli, luštili křížovky a dokonce je navštívila i canisterapeutka s labradorem. Nadešla večere a televizní noviny spolu s celovečerním filmem. Během celého dne na klientce nebylo poznat, že by se nudila nebo

¹ Vertikalizace = podpora při rovnováze

naopak něco nestihla. Celý den byl vyplněný podle jejích potřeb. Výsledek našeho pozorování vyšel kladně. Klientka byla po celý den klidná, přívětivá a velmi ochotná k druhým lidem. Nikomu nebyla nijak na obtíž, právě naopak.

Případ č. 2:

Jedná se o muže ročník 1925. Do zařízení byl přeložen z LDN nemocnice Přerov. Pobyt v zařízení zařizoval jeho syn, který ho doma nemůže mít z důvodu malého prostoru a pracovní vytíženosti.

Osobní anamnéza

Klient byl na LDN oddělení přeložen z úrazové nemocnice po pertrochanterické zlomenině krčku a to z úrazové nemocnice, kde byla tato zlomenina řešena operativně. Na LDN hospitalizován 3 měsíce, zde prováděna rehabilitace, kde přes nácvik vertikalizace, chůzi v chodítku, klient zvládl i pár kroků za pomoci dvou francouzských holí. Během hospitalizace zjištěna laboratorně anémie. Při traumatologické kontrole za hospitalizace v LDN - fraktura zhojena v korektním postavení, povolena plná zátěž. Klient z LDN propuštěn s výsledkem: zvládá chůzi v pultovém chodítku s dopomocí druhé osoby, v rámci lůžka soběstačný, sám zvládne přesun na WC křeslo. Částečná inkontinence moči, vložky nutné. Do zařízení ADP-SANCO s.r.o. klient přijímán 30. 6. 2011 a to k další rehabilitaci a doléčení. K dalším onemocněním klienta patří Diabetes mellitus II. typu na PAD, HN, polyarthrosa nosných kloubů. Zavedeny tyto ošetrovatelské diagnózy: porušené vyprazdňování moči; snížený srdeční výdej; porušená kožní integrita; riziko pádu.

Dnes klient postupně opět nabírá sílu, rehabilituje chůzi v chodítku, v rámci lůžka je soběstačný, krvácivé projevy nejsou. Je spokojený, velmi dobře spolupracuje s personálem, jediné, co ho nadále trápí, je občasná zácpa.

Dotazník

Dotazník se z 10 případů v 16 shoduje s předešlým dotazníkem. Dozvěděli jsme se, že zde klient pobývá 6 měsíců - rok. Celkový dojem je vyhovující. S jídlem a vybavením zařízení je spokojen a také mu v pokoji chybí stůl. Rodina a přátelé klienta chodí navštěvovat velmi zřídka a propustku domů využívá většinou o svátcích. Co se týká zaměstnanců, hodnotil je známkou 2, což je chvalitebné. Pracovníci se věnují klientovi dostatečně a lékař zařízení ho navštěvuje pravidelně. Možnost aktivizace v zařízení má a

využívá ji. Celkově na něho zařízení působí barvou modrou. V zařízení by si přál, aby byl personál více přívětivý a věnoval se klientům více než doposud. Žádost má podanou do domova pro seniory v Prostějově na Nerudově ulici a v CSS Lidická, taktéž v Prostějově.

Pozorování

Klient se během pozorování choval přirozeně, i když byla přítomna třetí osoba. Choval se ke svým spolubydlícím s úctou, někdy utrousil nějakou poznámku. K personálu byl trochu odtažitý, nebral je za rovnocenné partnery, až na výjimky. Během pozorování jsme rodinu klienta nezastihli, pouze návštěvy u spolubydlících. Nijak se s návštěvami ne bavil a raději z místnosti vždy odešel. Choval se ke všem decentně a nikomu žádným způsobem neublížoval.

Celý den byl pro něho už velký stereotyp, který byl narušen pouze nějakou odpolední aktivitou. Ráno snídaně, potom do pokoje, oběd, odpočinek a odpoledne aktivizace, na kterou se celý den velmi těšil. I když se zrovna jednalo o čtení nebo malování, byl velmi nadšený, když se mohl jakkoliv ukázat. Po večeři se vždy díval na televizní noviny spolu s celovečerním filmem jako ostatní klienti. Výsledek našeho pozorování vyšel průměrně, zjistili jsme, že klient, který je v zařízení delší dobu, by potřeboval upravit denní harmonogram, aby se necítil tak nepotřebně. Nikomu v zařízení klient ne vadí, nijak dalším klientům ani personálu neškodí. Personál jej má za bezproblémového a soběstačného klienta.

4.2. Zhodnocení obou případových studií jako celku

Zkoumali jsme dva odlišné klienty. Odlišnost byla jak ve věku, pohlaví, diagnóze a dokonce i v charakteru jednotlivých klientů. Oba klienti pobývají v ADP-SANCO s.r.o. více jak 5 měsíců a za tu dobu byli schopni si povšimnout několika nedokonalostí. Spokojenost z jejich strany byla v prostředí a stravě. Oba shodně uvedli, že jim ubytování ve všem vyhovuje, ale uvedli, že vybavenost zařízení je pouze dostatečné nikoliv, že jim vyhovuje 100%. Oba respondenti uvedli, že jim v zařízení chybí stůl a větší vybavenost pokojů. Rodiny a přátelé respondentů chodí do zařízení pouze občas nebo velmi zřídka, ale propustky využívá pouze jeden z respondentů.

Co se týče personálu, nejsou klienti 100% spokojeni, oba personál oznámkovali známkou 2 – chvalitebně. Uvedli však, že se jim pracovníci věnují dostatečně a to platí i o

pravidelných návštěvách lékaře. Jediné, co shodně uvedli, je nedostatečnost v naslouchání starým lidem. Pro naše klienty je důležité, aby se jim personál věnoval spíše po stránce komunikace a psychiky než provedené denní péče. Klientka dále uvedla, že by si v zařízení přála, aby slova „Ticho pomáhá léčit“ platila a byla zde dodržována. Díky metodě pozorování jsme zjistili, že většina klientů v zařízení jsou velmi rušní, což je podle jejich diagnóz způsobeno i velmi častým výskytem demencí různého typu. Zařízení má z 90% právě klienty se začínající demencí nebo v pokročilém stádiu, kteří jsou občas dezorientovaní a někteří jsou i výbušné povahy. Proto respondentka uvedla, že by ocenila více klidu, protože jsou někteří obyvatelé zařízení trochu více hlučnější.

Oba klienti nejevili žádnou agresi vůči obyvatelům zařízení ani když byli příliš hluční nebo se chovali nepatřičně. Ani jeden z nich neprojevil žádné známky opovržení, naše klientka dokonce pomáhala ostatním a naslouchala jim nebo vysvětlovala, proč musí klienti být klidnější nebo zodpovídala na otázky ostatních.

Co se týče denního režimu u našich respondentů, klientka byla s denním harmonogramem velmi spokojena a celý den si uměla velmi dobře rozvrhnout. Je to také dáno tím, že je velmi komunikativní a pokud se jí občas naskytla volná chvíle, tak ji vyplnila se spolubydlíci, se kterými si uměla pěkně popovídat. Všechny aktivizace prováděla s opravdovou pílí a láskou. Podle výsledku pozorování, byla klientka velmi spokojená jak s personálem, svým okolím i aktivizací a nic jí nikterak nenarušovalo její pohodu. Klient, kterého jsme pozorovali, byl spíše otažitý. Uměl být ve společnosti, ale nebyl tolik komunikativní jako naše respondentka. Proto také mohlo docházet po celý den k větším volným chvílím, které naše respondentka vyplňovala povídáním s ostatními obyvateli zařízení. Velkým problémem tady začal být stereotyp každého dne. Jediné pozitivum bylo, že se klient vždy velmi těšil na jakoukoliv aktivizaci, ve které byl velmi samostatný a soběstačný.

Přitom všem, i když se klient místy nudil, označil zařízení modrou barvou. Tato barva je velmi uklidňující a musíme s určitostí říci, že i podle pozorování ho zařízení velmi uklidňuje a dodává mu pocit bezpečí. Klientka k zařízení přiřadila barvu žlutou. Tato barva je také velmi pozitivní, takže se dá usoudit, že i podle dotazníku a pozorování jsou klienti v zařízení poměrně spokojeni.

Klient uvedl, že má podanou žádost do domova pro seniory v Prostějově. Klientka zatím žádnou žádost do domova podanou nemá.

4.3. Závěr a návrh řešení pro klienty zařízení ADP-SANCO s.r.o.

Závěr po zhodnocení obou klientů by mohl být velmi kladný. Klienti jsou se službami v zařízení ADP-SANCO s.r.o. poměrně spokojeni. V zařízení jsou drobnosti, které jim chybí, ale zatím pro ně nejsou tak velkou překážkou. Jednou z uvedených věcí u klientky bylo to, že se za chvíli celé oddělení bude stěhovat pouze na ulici Vrahovickou, kde se dostavuje část zařízení. Z tohoto důvodu očekávají změny jak ve službách, ve vybavení a v dalších věcech.

Jedním z cílů bylo zjistit, zda jsou klienti s péčí spokojeni. Jak uvedli oni sami (viz výše) péče je pro ně dostačující a na nic si extrémně nestěžovali. Jediným nedostatkem pro ně je, že by si přáli, aby jim personál více naslouchal. Dále jim schází nějaké drobnosti ve vybavení a trochu více klidu.

Návrhem řešení pro lepší kvalitu života pro seniory v zařízení ADP-SANCO s.r.o. by byla určitě větší vybavenost zařízení. Shodně uvedli, že není příliš dostatečná. Je tedy nutností přidat do zařízení a do jednotlivých pokojů navíc stůl a židli, do koupelny věšák a skříňku na kosmetické potřeby. Toto je úprava, která snad klienty čeká v nové budově. Pokud klientům schází cokoli z vybavení, mohou se svěřit svým rodinám, zaměstnancům nebo vše napsat do schránky důvěry. Samozřejmě pokud je to pouze drobný nedostatek ve vybavení, věřím, že je firma klientům ráda dopřeje. Jenom stoleček a židle navíc není pro firmu takový problém, pokud by však klienti potřebovali jiné vybavení, muselo by se na dražší vybavení sehnat peníze, například z dotací.

Jednou z dalších možností, jak dosáhnout toho, aby zařízení mělo větší vybavenost je zapojit rodinu. Klienti zařízení mají možnost si cokoli ze svého bývalého domu donést i do tohoto zařízení. Rodina může svému příbuznému dovézt věci, které měl doma rád a využíval je, pomůže to klientovi cítit se zde opravdu jako doma. Rodina může po domluvě s vedením přivést do zařízení některé vybavení, které je pro ně doma nepotřebné. V neposlední řadě se může i uspořádat sbírka. V zařízení se dá návrh, co by se mělo dokoupit, informují se rodiny, že se dělá sbírka třeba např. na nové židle v zařízení a peníze mohou dávat do schránek, které se po určité době vyberou a za to se nakoupí potřebné vybavení. V neposlední řadě si mohou i sami klienti zakoupit co potřebují, pokud

mají našetřené peníze a chtěli by si v zařízení dopřát nějaké vlastní věci. Dobré je pro zařízení uvést na svých internetových stránkách číslo účtu, na které se mohou posílat peníze na různé vybavení firmy.

Dalším z důležitých faktorů pro zkvalitnění života je personál. Velmi důležité je pro staré lidi, aby si měli s kým povídat a aby cokoliv, co chtějí, mohlo být alespoň vyslyšeno. Jedním z řešení této situace a nejspodnější by bylo, zaměstnat o jednoho zaměstnance v zařízení více. Bohužel, ne vždy je tato alternativa reálná. Pracovníci v zařízení totiž nemohou u každého klienta trávit tolik času, jak by si každý představoval. Jedním z důvodů je náročnost jejich práce, musejí se věnovat velkému počtu klientů a na oddělení jich není tolik, aby každý ze zaměstnanců měl na klienta delší úsek, třeba právě na chtěný rozhovor. Ve firmě není takový dostatek financí, aby si mohli dovolit mít na oddělení navíc jednoho pracovníka, aby si „jenom povídal“ s klienty. Bylo by to pro klienty velmi příznivé, ale z ekonomického hlediska naprosto nereálné.

Co by se mohlo zlepšit? V první řadě by se měli upozornit členové rodiny, aby častěji navštěvovali své příbuzné. Většina starších lidí má už i vnoučata a ti by mohli své prarodiče navštěvovat častěji. Dalším méně finančně náročným zlepšením by mohlo být najmutí dobrovolníků, nebo případně studentů, kteří chodí na praxi. Za další je tu možnost mateřských škol. Děti, když mají nacvičenou besídku, se velmi rády předvedou a zrovna starší lidé ocení jakoukoliv změnu v dosavadním celodenním stereotypu. Bude pro ně určitě velmi příjemné si o tom na pokojích popovídat. Další s možností může být najatý psycholog, psychiatr nebo terapeut, který do zařízení bude občas docházet, aby si s klienty mohl pohovořit. Terapeut se dá využít i na další terapeutické aktivity, kromě ergoterapie, kterou zařízení již provozuje, je tady možnost i muzikoterapie, dramaterapie... Určitě by pro klienty bylo přijatelnější pohovořit si s nějakým odborníkem o svých problémech, ať už s psychologem a pro psychicky náročnější klienty s psychiatrem. V neposlední řadě mohou klienti využít schránek důvěry, které jsou umístěné na každém oddělení. Je nutností o této schránce informovat samotné klienty, aby i oni mohli přispívat svými nápady, stížnostmi nebo jinými problémy. Jednou z možností by mohlo být i dopisování si se seniory z jiných zařízení, někdy však jejich jemná motorika není moc dobrá, ale nemusel by být problém poprosit jednu ze sanitářek nebo ze spolubydlících, aby dopis psali za někoho z klientů. Další možností by mohlo být, kdyby se vedení firmy (ředitelka a

manažerka) mohlo více pohybovat mezi klienty a zjišťovat, co jim v zařízení schází, aby se v něm každý cítil jako doma.

Posledním problémem je větší klid v zařízení. Kvůli tomu, že jsou zde i klienti, kteří jsou dezorientovaní, je nutné tyto klienty umět oddělit nebo zabavit. Není však jednoduché jenom tak odstříhnout větší část klientely. V zařízení nejsou prostory proto, aby se mohli někteří klienti oddělit. Jednou z možností rozhodně může být, aby se klienti podobného typu dávali k sobě na pokoj. Nemělo by se stát, že se na pokoji ocitne paní s velmi klidnou povahou, která chce mít více klidu na čtení a vedle ní mít spolubydlící, co v jednom kuse bouchá, křičí, nadává apod. Je vhodné klienty přemísťovat podle diagnóz a aktuálního chování. Starším lidem sice nedělá moc dobře přesun z místa na místo, ale pro jejich klid je toto určitě dobrou volbou. Bylo by i dobré, kdyby se předem lékař informoval o opravdu aktuálním stavu klientů a již podle toho klienty po pokojích rozmísťoval. Také to vždy není věrohodná informace, takže se někdy musí jednat až na místě. Pro další zklidnění klientů by měl nastoupit terapeut. Určitě zkoušet různé formy terapie – arteterapii, muzikoterapii, dramaterapii, biblioterapii, poetoterapii a další z možných terapií, různé formy masáží a uklidňujících relaxací. Je vhodné v takovém zařízení, kde přebývá více klientů se začínající nebo pokročilou demencí, vybudovat tzv. snoezelenovou místnost. Jedná se o uklidňující místnost, kde jsou různé prvky pro zklidnění těla i mysli. V pokoji může být vodní postel, uklidňující hudba, vůně, projektor pro promítání různých efektů na stěnu, bývají zde i pomůcky na rozvíjení smyslů (písek, různé tvary, materiály). Celá místnost by měla být v duchu relaxace a odpočinku. Pokud zařízení buduje novou stavbu, mělo by se s touto místností počítat.

Ještě se nabízí možnost klientům podávat léky na uklidnění, nebo je přesunout do zařízení se zvláštním režimem. Tlumení pomocí léků není v tomto případě na místě, a ani není účelem jakéhokoliv zařízení. Do zařízení se zvláštním režimem se bohužel čeká i několik let. Další z možností je, že zařízení bude mít buď klienty soběstačnější a plně orientované nebo bude brát pouze klienty dezorientované. Což v reálné době nejde. Je dobré, když se klienti po zařízení rozmístí tak, aby nenarušovali klid všech ostatních. Jednou z možností je dávat klienty dezorientované na jednu část budovy a na druhou část budovy plně orientované. Nová budova bude rozdělena na dvě patra, je tedy možné klienty dezorientované umístit na jedno podlaží a klienty plně orientované na podlaží druhé.

Závěrem chceme zmínit, že jsou zde tři návrhy na změnu. Tyto návrhy jsou ve značné míře realizovatelné a některé nejsou ani pro zařízení finančně náročné. Jedná se o návrh, kdy se do zařízení přidá více vybavení – stolek, židle, skříň, věšák. Další možnou změnou je přidat do zařízení pracovníka, který by se staral pouze o potřeby klienta a naslouchal jim, tím myslíme krom rodiny a přátel také externího psychologa nebo terapeuta. Posledním návrhem, aby se klientům v zařízení bydlelo lépe a v tichosti, kterou vyžadují, je buď oddělení hlučných klientů od těch klidnějších, využití různých terapií a uklidňujících metod, nebo přestěhování do jiného zařízení sociální péče, kde by tyto problémy nenastaly (protože jsou pro ně jiná zařízení přizpůsobená).

Závěr

Téma ADP-SANCO s.r.o. jsem si vybrala proto, že jsem zde měla možnost pracovat a zjistila jsem jak je důležité se o staré lidi starat. Stáří je dnes velmi citlivé téma a společnost je spíše zaměřena proti stárnutí, já to však vnímám jako součást běžného života, o kterém je třeba hovořit. Stáří se neustále prodlužuje a neznamena, že když má člověk kolem 70. let, že pro někoho život končí, ale spíše naopak. Je moc důležité, aby se starým lidem žilo co nejlépe. Přece jenom důchodový věk začíná 65. rokem a pokračuje dnes do poměrně vysokého věku až kolem 90. let, což je ještě více jak 20 let pokojného stáří.

Bakalářská práce je rozdělena na dva větší celky, teoretickou a praktickou část. Úkolem teoretické části byl obecný popis některých oblastí osob seniorského věku. Byla zde popsána problematika stáří a stárnutí, involuční změny, které jsou způsobené přirozeným stárnutím a problémy, se kterými se senior může potýkat. Stáří je vnímáno u autorů shodně, rozdělují je do 3 stupňů – kalendářní, sociální, biologické. Stáří vymezují věkem od 65 let až po 90 a více let, kdy se jedná o dlouhověkost. V první kapitole jsem uvedla nejčastější onemocnění, se kterými se staří lidé nejčastěji potýkají. Dále je zde uveden systém možné péče o seniory a v něm je vyjmenováno pouze několik zařízení sociální péče, které souvisí se zařízením ADP-SANCO s.r.o. V praktické části byl uveden popis zařízení a jeho služeb. Pro šetření v praktické části byli vybráni dva klienti tohoto zařízení a byly popsány všechny výsledky použitých metod.

Základem pro stanovení cíle byly vyplněné dotazníky od respondentů a použitá metoda pozorování. Z těchto metod nám vyplynulo, že jsou klienti v zařízení poměrně spokojeni. Problémy však zde jsou. Klienti by chtěli větší vybavenost zařízení, klid, pohodu a v neposlední řadě by si přáli, aby jim bylo více nasloucháno.

V návrhu řešení pro lepší kvalitu života pro seniory v zařízení ADP-SANCO s.r.o. jsme vyjmenovali několik možností. V první řadě by se klientům měla umožnit větší vybavenost v zařízení, buď dokoupením potřebných věcí, které sami klienti označili, zapojení rodiny, vyhlášení veřejné sbírky nebo využití dotací. Řešením druhého problému (klienti mají pocit, že je jim málo

nasloucháno) by bylo přijetí nového pracovníka. Tento pracovník může být i dobrovolník, student nebo odborník jako je psycholog, psychiatr, terapeut. Nutností je větší zapojení rodiny a přátel. Další z možností může být pro klienty dopisování, ať už s jinými seniory, nebo psaní do schránek důvěry. V neposlední řadě je nutností, aby zařízení a hlavně klienty v co největší míře navštěvovalo vedení firmy. Posledním problémem pro naše klienty byla přílišná hlučnost na odděleních. Je vhodné pro hlučnější klienty zvýšit péči formou terapií, masáží a uklidňujících prostředků. Dobrým nápadem pro zvýšení klidu klientů je separace hlučných od plně orientovaných tým, že se přesunou jenom na jedno oddělení nebo na jedno z pater oddělení. Dobré je i v zařízení vybudovat snoezelenovu místnost.

Všechny cíle, které jsme si na začátku stanovili, byly plně splněny. Cílem bylo navrhnout, co by se pro lepší život seniora v soukromém zařízení ADP-SANCO s.r.o. mělo změnit. Vedlejším cílem bylo zjistit, zda jsou klienti se službami spokojeni a jak shodně uvedli barvou modrou a žlutou – jsou v zařízení velmi spokojeni. Posledním cílem bylo poskytnout informace o nestátním zdravotnickém zařízení ADP-SANCO s.r.o.

V praktické části je představeno jak zařízení ADP-SANCO s.r.o., tak je rozepsán samotný rozbor dvou klientů. Na konci práce je uvedeno celkové zhodnocení výsledků a návrh na jeho řešení. V závěrečném zhodnocení výsledků se podařilo odpovědět na hlavní cíl a vedlejší cíle této práce.

Seznam literatury a zdrojů

Knižní publikace

1. GOGEL, J. Gynekologická onemocnění. In JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. 2. přepracované vyd. Brno : Institut pro vzdělávání dalších pracovníků ve zdravotnictví, 1991, s. 135 – 141. ISBN 80-7013-109-8
2. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha : Panorama, 1989. ISBN 80-7038-158-2.
3. HAŠKOVCOVÁ, H. Psychologie starého člověka. In JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. 2. přepracované vyd. Brno : Institut pro vzdělávání dalších pracovníků ve zdravotnictví, 1991, s. 11 – 29. ISBN 80-7013-109-8.
4. JEDLIČKA, V., a kol. *Praktická gerontologie*. 2. přepracované vyd. Brno : Institut pro vzdělávání dalších pracovníků ve zdravotnictví, 1991. ISBN 80-7013-109-8.
5. JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha : Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.
6. KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. Vydání 1. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
7. KALVACH, Z., HRABĚTOVÁ, E. *Senior a já...já a senior*. Společnost přátelská všem generacím, 2005.
8. KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc : UP, 2006. ISBN 80-244-1552-6.
9. MIKŠOVÁ, Z., JANOŠÍKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Vsetín: NALIOS, 2000.
10. MÜLLER, I. Nemoci pohybového ústrojí. In JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. 2. přepracované vyd. Brno : Institut pro vzdělávání dalších pracovníků ve zdravotnictví, 1991, s. 89 – 100. ISBN 80-7013-109-8.

11. PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika : úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. Olomouc : UP, 2004. ISBN 80-244-0879-1.
12. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.
13. ŠAFRÁNKOVÁ, M. Neurologie ve stáří. In JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. 2. přepracované vyd. Brno : Institut pro vzdělávání dalších pracovníků ve zdravotnictví, 1991, s. 101 – 120. ISBN 80-7013-109-8
14. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
15. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II : Dospělost a stáří*. Praha : Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

Časopisy a brožury

16. GLOSOVÁ, D. a kol. Jak upravit byt, aby byl bezpečný. *O bydlení seniorů*. Praha: Diakonie Českobratrské církve evangelické, 2009, s. 26 – 36.
17. LHOTÁKOVÁ, Z. Jak vybavit koupelny, WC a kuchyně pro seniory. *O bydlení seniorů*. Praha: Diakonie Českobratrské církve evangelické, 2009, s. 37 – 56.
18. MISCONIOVÁ, B. *Management Komplexní domácí péče*. Praha: Asociace domácí péče ČR, 1998.
19. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající hospicová péče*. Praha: Asociace domácí péče ČR, 1998. ISBN 80-239-1915-6.
20. NEUMANNOVÁ, J. Sociální služby v hospicích v ČR. *Odborný časopis sociální služby*, 2011, roč. 13., č. 3, s. 24-25. ISSN 1803-7348.
21. VIDOVIČOVÁ, L. Ageismus seriál o věkové diskriminaci v ČR. *Odborný časopis sociální služby*, 2011, roč. 13., č. 5, s. 18-19. ISSN 1803-7348.
22. VILHELM, J. Problematika psychické adaptace ve stáří. In MOHAPL, P. *Současné problémy péče o staré spoluobčany*. Olomouc: Okresní ústav národního zdraví, 1989, s. 20 – 34.

23. VÍTKOVÁ, V. I stárnout se musíme naučit. In MOHAPL, P. *Současné problémy péče o staré spoluobčany*. Olomouc: Okresní ústav národního zdraví, 1989, s. 53 – 68.

Zákony:

24. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Elektronické zdroje:

25. ADP-SANCO s.r.o. [online]. 2008 [citováno 2012-03-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.adpsanco.cz>>.
26. *Jak se připravit na příjemné stáří*. [online]. 2006-2009 [cit. 2012-03-24]. Dostupný z WWW : <<http://www.po-prechodu.cz/konicky/jak-se-pripravit-na-prijemne-stari.html>>.
27. POLÁCHOVÁ, E. *Adaptace a příprava na stáří*. [online]. 2007-2012 [cit. 2012-03-24]. Dostupný z WWW : <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/adaptace-a-priprava-na-stari-305689>>.

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Obrázek mateřské budovy ADP-SANCO s.r.o.

Příloha č. 2 – Doporučení lékaře na sociální hospitalizaci

Příloha č. 3 – Smlouva o poskytování sociálních služeb

Příloha č. 4 – Prohlášení ve smyslu § 11 zákona č. 101/2000 sb., o ochraně osobních údajů

Příloha č. 5 – Žádost do zařízení

Příloha č. 6 – Informace k pobytu na sociálním lůžku

Příloha č. 7 – Doporučení k přijetí na oddělení ošetrovatelské péče

Příloha č. 8 – Seznam kompenzačních pomůcek a jejich ceny

Příloha č. 9 – Dotazník pro klienty ADP-SANCO s.r.o.

Příloha č. 1 – Obrázek mateřské budovy ADP-SANCO s.r.o.



(z archivu firmy ADP-SANCO s.r.o.)

Příloha č. 2 – Doporučení lékaře na sociální hospitalizaci

DOPORUČENÍ LÉKAŘE NA SOCIÁLNÍ HOSPITALIZACI

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:

Pojišťovna:

Zdravotní záznam

D i a g n ó z a – PROSÍME O UDÁNÍ ČÍSELNÉHO KÓDU DIAGNÓZY

T e r a p i e a dávkování:

RTG plic:

Kontroly a vyšetření/Dieta:

Sdělení dalších důležitých výsledků vyšetření (HbsAg apod.), pokud jsou k dispozici ve Vaší zdravotní dokumentaci:

Zajištění potřeb zdravotní péče doporučuji ve frekvenci 60 – 120 – 180 min/den, neboť zdravotní stav klienta vyžaduje ošetrovatelskou péči v ústavních podmínkách do 3 hodin denně.

Jak často budete jako ošetřující lékař klienta navštěvovat v ADP – SANCO s.r.o.?

Chcete, aby Vám náš lékař podával informace o zdravotním stavu vašich klientů, kteří jsou u nás hospitalizováni?

ANO NE

Ošetrovatelský plán bude zaslán po odběru sociální anamnézy.

Péči poskytujeme dle zákona 48/1997 Sb. par.22 odst.c),e), klient nadále zůstává ve Vaší registraci.

Datum.....

.....

IČZ ,razítko a podpis lékaře

Operace a úrazy:

Rodinná anamnéza:

Osobní anamnéza:

Medikace:

Název léku	ráno	poledne	večer	noc

Datum:

Odesílající:

SMLOUVA O POSKYTNUTÍ SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE
uzavřena v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., podle § 52

Poskytovatel služby

ADP – SANCO s.r.o., Vrahovická 721/109, Prostějov, PSČ 798 11, IČO 276 85 934

a

Klient služby

Jméno.....Příjmení.....

Datum narození.....

Bydliště.....Zdrav.poj.....RČ.....

Smluvní strany se níže uvedeného dne, měsíce a roku dohodly na této:

**Smlouvě o poskytnutí služby sociální péče podle
zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen „smlouva“).**

I.

Rozsah poskytování sociální služby

1. Poskytovatel se zavazuje poskytovat klientovi
 - a) ubytování
 - b) stravování
 - c) úkony péče

2. Klientovi mohou být poskytovány zprostředkovaně další činnosti
 - a) pedikúra
 - b) kadeřnictví
 - c) rehabilitace – fakultativně

3. V zařízení se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Zdravotní stav klienta musí být stabilizovaný.

4. Klient podpisem smlouvy prohlašuje, že nevyžaduje léčení a trvalé odborné ošetřování ve zdravotnickém zařízení, netrpí infekční a parazitární chorobou, tuberkulózou, pohlavní chorobou v akutním stadiu, kterou by mohl ohrozit sebe či ostatní klienty a personál. Není závislý na alkoholu či jiných omamných a psychotropních látkách.

II. Stravování

1. Stravování probíhá na základě a podle pravidel předem zveřejněného jídelního lístku.
2. V případě potřeby poskytovatel zajistí stravování podle individuálního dietního režimu klienta.
3. Strava je poskytována klientovi 4x denně, diabetikům 5x denně, odpovídajících věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování.
4. Výše stravovací jednotky:

Strava normální	160,- Kč
Strava dietní	165,- Kč
Strava diabetická	170,- Kč

III. Péče sociální

Poskytovatel se zavazuje a je povinen poskytovat klientovi, který je příjemcem příspěvku na péči, tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- e) sociálně terapeutické činnosti
- f) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

IV. Místo a čas poskytování sociální služby

Služba se sjednává v zařízení provozovaném poskytovatelem v ulici Vrahovická 721/109 a Sportovní 1, Prostějov.

Sjednaná služba se poskytuje 24 hodin denně, a to každý den po dobu platnosti smlouvy.

V. Výše úhrady a způsob jejího placení

- a) Klient je povinen zaplatit úhradu za ubytování v částce **200,- Kč** za den a úhradu za stravu v částce - dle čl. II. odst. 4 Smlouvy za den. Zařízení pobírá za den 1 deninu z příspěvku na péči ve výši IV. stupně.
- b) Poskytovatel je povinen předložit klientovi vyúčtování úhrady za ubytování a úhradu za stravu podle předem dohodnutého termínu poskytované služby. Klient je povinen

platbu uhradit převodem na bankovní účet č. **217705239/0300**, a to vždy nejpozději 5 dní před nástupem klienta do zařízení, s tím, že variabilní symbol je **004**, specifický symbol je **rodné číslo klienta** a konstantní symbol je **0308**, **popřípadě je možno úhradu složit hotově u sociálního pracovníka nejpozději při nástupu klienta do**

zařízení. V případě, že nebude platba za ubytování a stravu prokazatelná z výpisu z bankovního účtu, a nedojde k její úhradě v hotovosti, není možné klienta do zařízení přijmout. Při podpisu smlouvy poskytnutí sociální péče v zařízení je klient, resp. zástupce klienta povinen složit zálohu ve výši 2.000,- Kč, která bude následně klientovi započítána při celkovém vyúčtování při odchodu ze zařízení. Pokud klient neuhradí sjednanou částku v termínu stanoveném ve smlouvě, bude mu vypočítáno penále ve výši 0,05 % za každý den prodlení.

- c) Úhradu nákladů za poskytování sociálních služeb hradí klient ve výši sjednané ve smlouvě uzavřené s poskytovatelem služby. Poskytovatel se může dohodnout na spoluúčasti na úhradě nákladů s osobou blízkou klientovi, kterému je sociální služba poskytována, pokud klient nemá vlastní příjem nebo jeho příjem nepostačuje na úhradu nákladů.
- d) Ve vyúčtování budou předloženy i účty o doplatcích za léky, zdravotní pomůcky a fakultativní služby dle ceníku služeb.
- e) Přeplatky na úhradách za služby poskytované poskytovatelem je poskytovatel povinen vyúčtovat a písemné vyúčtování klientovi předat nejpozději do dne ukončení pobytu.

VI.

Ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb

Klient prohlašuje, že byl seznámen s vnitřními pravidly zařízení, v němž se poskytuje sociální služba podle této smlouvy. Vnitřní pravidla jsou přílohou této Smlouvy v písemné podobě a klient jim plně porozuměl. Klient se zavazuje tato pravidla dodržovat.

VII.

Výpovědní důvody

1. Klient může smlouvu vypovědět bez udání důvodu. Výpověď klienta musí být podána, resp. oznámena poskytovateli nejpozději 2 týdny před plánovaným nástupem do zařízení, a v případě dlouhodobých pobytů v zařízení, tzn. 14 dní a více, je klient nebo zástupci klienta povinni oznámit výpověď rovněž nejpozději 14 dní předem před plánovaným odchodem ze zařízení. Pokud nebude shora uvedená výpovědní lhůta dodržena, bere klient, resp. jeho zástupce na vědomí, že záloha ve výši 2.000,- Kč, která je splatná při podpisu této smlouvy, propadá ve prospěch zařízení.

Pozn.: V případě okamžité hospitalizace z důvodu zhoršeného zdravotního stavu záloha ve výši 2.000,- Kč nebude účtována.

2. Poskytovatel může smlouvu vypovědět, pouze pokud klient hrubě porušuje povinnosti vyplývající ze smlouvy, vnitřních pravidel organizace a domácího řádu.

VIII.

Doba platnosti smlouvy

1. Smlouva nabývá platnosti a účinností okamžikem jejího podpisu oběma smluvními stranami.
2. Doba platnosti a účinnosti smlouvy je sjednána od okamžiku jejího podpisu oběma smluvními stranami do dne.....
3. Smlouva je vyhotovena ve dvou vyhotoveních. Každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
4. Smlouva může být měněna nebo zrušena pouze písemně.
5. Smluvní strany prohlašují, že smlouva vyjadřuje jejich pravou a svobodnou vůli a že smlouvu neuzavřely v tísní za nápadně nevýhodných podmínek.
6. Smluvní strany prohlašují, že smlouvu přečetly, jejímu obsahu rozumí a s jejím obsahem úplně a bezvýhradně souhlasí, což stvrzují vlastnoručními podpisy.

V dne.....

podpis klienta

podpis poskytovatele

Vnitřní pravidla

Nástup a ukončení pobytu klienta

- Budete-li k pobytu vyzváni, prosím, abyste pro nástup i ukončení využili čas mezi 9.00-10.00 hod. dopolední. Vaším prvním jídlem v našem zařízení bude oběd a při ukončení pobytu se s Vámi rozloučíme snídaní.
- Léky, které klient užívá, by měl mít sebou alespoň na první 3 dny, u sociálního pobytu na celou dobu pobytu.
- Pokud je klient přeložen do zařízení po hospitalizaci, má nárok na sanitku.
- Pokud jde klient na sociální pobyt z domu má dopravu vlastní (možno zajistit sanitku na přímou platbu). Po ukončení sociálního pobytu, když jde klient domů, musí si zajistit dopravu sám nebo sanitku uhradit přímo.
- Pokud je pobyt ukončen pro zhoršení zdravotního stavu a klient je hospitalizován, sanitku i lékařskou zprávu k hospitalizaci napíše praktický lékař.

Návštěvy

- Návštěvy v zařízení Vašich blízkých záleží na jejich individuálním časovém rozvrhu a domluvě s personálem, který je vždy pustí přes hlavní vchod při zazvonění. Je lépe se předem dohodnout z důvodů bezpečnosti klienta a personálu.
- Při příchodu a odchodu se prosím zapište do knihy návštěv.
- Nevhodné je chodit na návštěvu v době podání jídla, tedy snídaně od 8,00 do 8,30, obědu od 11,30 hod. do 12,30 hod., večeře od 16,30 hod. do 17,30 hod.
- Po dohodě se sestrou je možno si vzít klienta na procházku nebo jinou aktivitu.
- Klienti jsou na pokojích po dvou až po třech, proto žádáme o vzájemnou toleranci.
- Na sociální hospitalizaci je možno využít propustky, po dobu kdy je klient mimo zařízení, je mu rezervováno lůžko za ubytovací režii

Informace

Příbuzným podává informace staniční sestra na Sportovní ul, Prostějov v době pondělí, úterý, pátek od 14:30 do 15:30 hod.

Důchod

Důchod Vám bude zasílán na adresu Vašeho stávajícího pobytu, tedy k nám. Stačí, když změnu adresy nahlásí poště rodina, nebo zařídíme tuto změnu my.

Stížnosti

Stížnost se podává pouze písemnou formou na výše uvedenou adresu a lhůta pro vyřízení je 30 dnů od podání žádosti. O vyřízení stížnosti je stěžovatel vyrozuměn písemnou formou.

Domácí řád, Standardy

Všechny dokumenty týkající se chodu oddělení najdete vždy vyvěšené na příslušných odděleních.

Příloha č. 4 – Prohlášení ve smyslu § 11 zákona č. 101/2000 sb., o ochraně osobních údajů

P R O H L Á Š E N Í

Souhlasím, aby NZZ ADP – SANCO s.r.o. zpracovalo poskytnutá data na dokumentech pro účely vykonání mnou žádané služby prováděné ve smyslu příslušných zákonů a to po dobu trvání a následných 5-ti let po ukončení. Zavazuji se bez zbytečného odkladu nahlásit jakoukoliv změnu zpracovávaných osobních a zdravotních údajů.

Dále prohlašuji, že jsem byl(a) ve smyslu § 11 zákona č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů řádně informován(a) o zpracování osobních údajů v souvislosti s pobytem na následném ošetřovatelském lůžku.

V dne.....

.....
podpis žadatele

Žádost o umístění č.

(vyplněnou žádost prosím odešlete na adresu ADP - SANCO s.r.o., Vrahovická 109, Prostějov)

*nevyplňujte
(vyplní
poskytovatel)*

Následná péče - zdravotní

Následná péče - sociální

Osobní údaje žadatele

Příjmení a jméno:

Jiné údaje

Praktický lékař:

Datum narození:

Rodné číslo:

Šetření sociálním pracovníkem:

Rodinný stav:

Opatrovník (zákonný zástupce):

Národnost:

Pojišťovna:

Žádost do jiných zařízení, kdy:

Trvalé bydliště:

Kde jste se o nás dozvěděli:

Následná péče
zajištěna:

Finanční prostředky

Důchodové pojištění: výše:

změna:

Stupeň závislosti:

starobní

1.stupeň

1.stupeň

vdovský/vdovecký

2.stupeň

2.stupeň

plný invalidní

3.stupeň

3.stupeň

4.stupeň

4.stupeň

zažádáno

Rodina - osoby blízké

Jméno a příjmení:

Vztah k žadateli:

Kontakt (telefon, email):

Zdravotní stav žadatele

Ošetřující
lékař:

Diagnózy:

po CMP

stařecká demence

Alzheimerova choroba

Parkinsonova choroba

srdeční onemocnění

diabetes

jiné:

Hygiena:

samostatně

s pomocí

není schopen/a

Použití WC:

samostatně

s pomocí

není schopen/a

Inkontinence:

trvalá

v noci

občasná

Chůze:

- sám/a
 s holí/ berlemi/ chodítkem
 s pomocí druhé osoby
 vozík
 není schopen/a

Dorozumívání:

- komunikativní
 nekomunikativní

jiné:

Oblékání:

- samostatně
 s pomocí
 není schopen/a

Schopnost najít se:

- samostatně
 s pomocí
 není schopen/a

Heslo pro komunikaci:**Adresa pro
doručení
platby:****Prohlášení žadatele (zákonného
zástupce):**

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Vyjadřuji výslovný souhlas s tím, aby ADP - SANCO s.r.o., Vrahovická 109, Prostějov zpracovával a uchovával osobní údaje, obsažené v této žádosti, a to pro účely poskytování sociálních služeb, a to po dobu nezbytnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze smlouvy o poskytnutí sociální služby. Zavazuji se bez zbytečného odkladu nahlásit jakoukoli změnu zpracovávaných osobních údajů. Pověřuji výše uvedenou kontaktní osobu k zastupování v jednání s ADP - SANCO s.r.o.

vlastnoruční podpis žadatele
(zákonného zástupce)

Základní informace pro klienty služeb ADP – SANCO s.r.o.

Potřeby klienta před nástupem:

- ❖ Doporučení na sociální hospitalizaci § 52 / hotelového typu/ vyplněná klientem, který
žádá o poskytnutí služby a potvrzení doporučení praktickým lékařem
- 2. Uzavřená smlouva s ADP – SANCO s.r.o. – 2x (1x , 1x ADP - SANCO s.r.o.)
- 3. Výměr důchodu- kopie
- 4. Rozhodnutí o přiznaném příspěvku na péči – kopie
- 5. **Poplatky** : - ubytování a režie - 200Kč / 1den
- strava - 160Kč / 1den
- 1 denina příspěvku na péči ve výši IV. stupně (dle § 52 Zák. 108/2006)
- 5. **Celková úhrada 1 den / 760 Kč**
Další poplatky za služby: - 50Kč / týden – na úhradu telefonátů konzultací s praktickým lékařem pro informace zdravotního stavu ,objednávky léků apod.

- 100Kč / 1 den – zajištění odborné rehabilitace dle přání klienta

5. Důležité informace před nástupem:

- 6. 14 dnů před nástupem klient – uhradí zálohu 2 000Kč a tím je mu místo rezervováno tato záloha mu bude odečtena při úhradě faktury
- 7. 5 dnů před nástupem do zařízení klient uhradí fakturu na smlouvenou dobu pobytu vždy do konce měsíce. Při jednání u sociálního pracovníka vždy nahlásíte kontaktní adresu pro zasilání faktur, která vám bude doručena do 4 v měsíci na uvedenou adresu se splatností 10 v měsíci.

Osobní potřeby klienta při nástupu:

- 3. sprchový gel, holení, šampon, hřeben,toaletní papír
- 4. při intikonenci čistící pěnu a ochrannou pastu MENALIND
- 5. papírové utěrky, kapesníčky,
- 6. 2 ks / 1 den jednorázové žíněnky
- 7. 4 ručníky (2 světlé, 2 tmavší)
- 8. 2x pyžamo na noc
- 9. 2x civilní oděv
- 10. přezůvky – je-li mobilní

Služby: - praní osobního prádla – buď rodina, nebo za smluvní poplatek prádelnou
- kadeřník - za smluvní poplatek kadeřnic
- pedikúra – za smluvní poplatek pedikérky

CELKOVÁ ÚHRADA VE VÝŠI 760 ,- Kč je platná od 1.4.2012.

Rodinná anamnéza:

Osobní anamnéza:

Operace a úrazy:

Zdravotní stav pacienta vyžaduje poskytování náročné ošetrovatelské péče v ústavních podmínkách, neboť potřeba péče přesahuje 3 hodiny denně a 3 návštěvy denně. Prostřednictvím poskytovatelů domácí péče nelze takový rozsah péče v rodině zajistit.

Datum:

Od

ADP – SANCO s.r.o.
se sídlem Vrahovická 721/109 Prostějov
PSČ 798 11
IČO 276 85 934
tel. 582 343 370

AKTUÁLNÍ CENÍK KOMPENZAČNÍCH POMŮCEK

	sazba v Kč na jeden den
Postel polohovací s příslušenstvím	100 ,-
Hrazda k posteli	20 ,-
Antidekubitní matrace	20 ,-
Podložní kolo na dekubity	10 ,-
Kálecí křeslo	20 ,-
Podložní mísa	10 ,-
Močová láhev mužská	10 ,-
Močová láhev ženská	10 ,-
Sběrný močový set	30 ,-
Nádstavec na WC	10 ,-
Invalidní vozík	50 ,-
Chodítko	30 ,-
Berle francouzské, podpažní, hůl	10 ,-
Koupací člun	100 ,-
Protiskluzová podložka	10 ,-
Sedačka do vany	20 ,-
Oxygenátor + set	50 ,-
Springfusorová pumpa + set	30 ,-
Odsávačka	30 ,-
Glukometr	30 ,-
Tlakoměr automat	30 ,-

Příloha č. 9 – Dotazník pro klienty ADP-SANCO s.r.o.

Dotazník pro klienty zařízení ADP-SANCO s.r.o., Prostějov

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Eliška Žahourová a jsem studentkou speciální pedagogiky na Univerzitě Palackého v Olomouci. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, jež poslouží jako podklad pro mou bakalářskou práci. Tématem mé práce je zařízení ADP-SANCO s.r.o. – sociální hospitalizace, následná ošetrovatelská péče a domácí péče. Všechny otázky se

vztahují pouze na pobyt v zařízení ADP-SANCO s.r.o.

Děkuji Vám za ochotu a čas, který vyplnění dotazníku věnujete.

1) Jak dlouho jste v zařízení?

- a) Méně než měsíc
- b) Měsíc – 3 měsíce
- c) 3 měsíce – 6 měsíců
- d) 6 měsíců – rok
- e) Více jak rok

2) Jak jste spokojeni se službami v zařízení?

- a) Velmi spokojen/a
- b) Spokojen/a
- c) Ani nespokojen ani spokojen/a
- d) Nespokojen/a
- e) Velmi nespokojen/a

3) Jste spokojen/a s kvalitou jídla?

- a) Ano
- b) Ne – (co Vám tedy schází)

.....

4) Jak byste hodnotil/a ubytování?

- a) Vyhovuje
- b) Vyhovuje méně
- c) Spíše nevyhovuje
- d) Nevyhovuje

5) Jak hodnotíte vybavenost zařízení?

- a) Vybavené
- b) Dostatečně vybavené
- c) Nedostatečně vybavené

6) Co Vám v zařízení chybí?

.....
.....
.....

7) Navštěvuje Vás často rodina nebo přátelé?

- a) Ano velmi často
- b) Občas
- c) Velmi zřídka
- d) Vůbec

8) Jak hodnotíte prostředí v zařízení (čistotu, upravenost...)

- a) Příjemné a upravené
- b) Vyhovující
- c) Nevyhovující – (důvod).....

9) Jakou známkou byste ohodnotil/a pracovníky v zařízení? (5 je známka nejhorší)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10) Věnují se Vám pracovníci dostatečně?

- a) Ano
- b) Spíše ne
- c) Minimálně

11) Máte v zařízení možnost aktivizace?

- a) Ano a využívám ji
- b) Ano, ale nevyžívám
- c) Ne, v zařízení se nudím

12) Navštěvuje Vás pravidelně lékař ze zařízení nebo využíváte možnosti externích lékařů (př. návštěvy v nemocnicích)?

- a) Ano, lékař zařízení mě navštěvuje pravidelně

- b) Lékař zařízení mě navštěvuje minimálně
- c) Ne, využívám externích lékařů

13) Využíváte možnosti propustky domů?

- a) Ano, velmi často
- b) Zřídka (pouze na svátky)
- c) Ne, vůbec nevyžívám

14) Jakou barvu byste přiřadili k pobytu v zařízení?

- a) Modrou
- b) Červenou
- c) Černou
- d) Bílou
- e) Žlutou
- f) Zelenou

15) Co byste si přál/a změnit?

.....

.....

.....

16) Zde máte prostor pro vlastní vyjádření:

.....

.....

.....

.....

17) Do jakého zařízení sociální péče máte podanou žádost (př. domovy pro seniory)

.....

Děkuji Vám za čas strávený vyplňováním tohoto dotazníku a přeji Vám příjemný den a pobyt v zařízení ADP-SANCO s.r.o.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Eliška Žahourová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	ADP-SANCO s.r.o. – následná ošetrovatelská péče, sociální hospitalizace a domácí péče
Název v angličtině:	ADP-SANCO s.r.o. - subsequent alteration nursing care, social hospitalization and home care
Anotace práce:	Bakalářská práce je zaměřena na osobu seniorského věku a na služby, které může využívat. Cílem práce je seznámení se službami zařízení ADP-SANCO s.r.o. a hlavním cílem je navrhnout, jak zkvalitnit život seniora v tomto zařízení. Výzkum práce je proveden u dvou odlišných seniorů a pomocí případové studie je stanoven výsledek zkoumání. V práci je použita metoda pozorování a dotazníku.
Klíčová slova:	Senior, důchodce, stáří, domov pro seniory, domov důchodců, ADP-SANCO s.r.o., sociální hospitalizace, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče
Anotace v angličtině:	The thesis is focused on a person that is in a senior's age and the services he can use. The aim of this thesis is to acquaint with the services of the ADP-SANCO s.r.o. and the main goal is to suggest how to make a senior's life better in this institution. The research of this thesis was made with two different seniors and the result was determined by the help of the case study. I used the method of observing and the questionnaire in this thesis.
Klíčová slova v angličtině:	Senior, pensioner, old age, home for the elderly, retirement home, ADP-SANCO Ltd., social hospitalization, social services provided in a hospital environment

Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1 – Obrázek mateřské budovy ADP-SANCO s.r.o.</p> <p>Příloha č. 2 – Doporučení lékař na sociální hospitalizaci</p> <p>Příloha č. 3 – Smlouva o poskytování sociálních služeb</p> <p>Příloha č. 4 – Prohlášení ve smyslu § 11 zákona č. 101/2000 sb., o ochraně osobních údajů</p> <p>Příloha č. 5 – Žádost do zařízení</p> <p>Příloha č. 6 – Informace k pobytu na sociálním lůžku</p> <p>Příloha č. 7 – Doporučení k přijetí na oddělení ošetrovatelské péče</p> <p>Příloha č. 8 – Seznam kompenzačních pomůcek a jejich ceny</p> <p>Příloha č. 9 – Dotazník pro klienty ADP-SANCO s.r.o.</p>
Rozsah práce:	54 stran
Jazyk práce:	český jazyk