

Univerzita Karlova v Praze
Fakulta humanitních studií

Bakalářská práce

Studie domovů důchodců v Anglii

Náhled do historického vývoje a kvality péče podle druhu domova důchodců

Vypracovala: Anna Kněžů

Vedoucí práce: Mgr. Ladislav Hrdý

Praha 2006

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a souhlasím s jejím eventuálním zveřejněním v tištěné nebo elektronické podobě.

V Praze dne 26. 9. 2006

.....

podpis

Obsah

ÚVOD	4
Druhy poskytovatelů péče pro staré lidi	5
Problém stárnoucí společnosti	6
Umístění člověka do domova (Finance)	7
Růst poplatků za péči	9
HISTORIE	11
Stručný historický vývoj institucionální péče před druhou světovou válkou	11
Zrození sociálního státu	12
Vývoj mezi roky 1948 a 1979	14
Změna Proudů	16
Vláda konzervativců	16
Plody konzervativní politiky	18
1997 - Nástup Nové Labouristické strany	19
Zákon o standardech péče z roku 2000	21
Politická změna?	25
Nedávné trendy v domovech důchodců – současná situace	26
VÝZKUM	30
Výzkum domovů důchodců podle zpráv CSCI	30
System hodnocení CSCI	31
Výsledky výzkumu domovů důchodců podle zpráv CSCI	33
O dotazníkovém výzkumu	39
O dotazníku	40
Výsledky dotazníkového výzkumu	43
ZÁVĚR	48
Bibliografie	49

ÚVOD

Jak Peter Townsend vyslovil skoro před 50-ti lety, “definitivní test kvality svobodné, demokratické a prosperující společnosti se nachází v míře svobody, demokracie a prosperity užívané jejími nejslabšími členy”¹. V roce 1963 se podle idealisty Townsenda britská společnost ocitla na křižovatce: “S hororem se díváme zpátky na některé z krutostí, jež byly spáchány v šedesátých letech 19. století, tak jako se za sto let naši potomci s hororem ohlédnou na některé z krutostí, jež pácháme dnes”². Zajímám se o historický vývoj péče o starší lidi v Británii od poválečné situace, jež tvoří předmět Townsendovy vyčerpávající studie, až do současné doby, abych zjistila v jakých směrech se péče o starší lidi zlepšila a v jakých zůstává zanedbaná. Nicméně nejde mi jen o textuální rekonstrukci historických trendů v péči o starší, ale chtěla bych přidat více aktuální poznatky. Z těchto důvodů bych chtěla k tématu přinést vlastní zkušenost předmětu a tak prozkoumat relativně malou část z residenčních domovů v hrabství Devon v Anglii.

V listopadu 2004 jsem začala pracovat v jednom ze soukromých domovů důchodců v Exeteru, a tak jsem mohla pohlédnout na péči o staré lidi zevnitř a uvědomila si, že pojem kvalitní péče je složitější, než se zdá. Skutečnost, že regulace standardů residenční péče je nejlepší jaká kdy byla nutně neznamená to, že je zajištěna řádná péče.

Také mě zajímá jak a zda je kvalita péče ovlivněna typem domova – znamená motiv zisku v soukromém domově důchodců to, že majitel bude zabezpečovat povrchní plnění standardů, zatímco potřeby méně viditelné, ale důležitější pro residenty, jsou záměrně opomíjeny? Ovlivňují požadavky komerčního podniku kvalitu péče o seniory? Musím přiznat, že kvůli negativní zkušenosti ze soukromého domova, ve kterém jsem pracovala, jsem ke svému předmětu přistupovala s poněkud naivní teorií, že dobrovolné domovy a domovy místních úřadů musí poskytovat kvalitnější péči než soukromé domovy

¹ Townsend, Peter. *The Last Refuge: A Survey of Residential Institutions and Homes For the Aged in England and Wales*. London: Routledge, 1962. Str. 438

² Ibid, str. 438

jednoduše proto, že jim nejde o zisk. Ale jak se ukázalo z historického vývoje, problém je o trochu složitější.

Druhy poskytovatelů péče pro staré lidi

Existují 3 kategorie v rámci poskytování péče: **veřejný sektor**, jenž je zřizován místními úřady, **soukromý sektor**, jehož celkovým cílem je vytvářet zisk a **dobrovolný - neziskový sektor**, jenž je veden a financován charitami nebo neziskovými organizacemi a je nezávislý na státu. Aby se organizace mohla stát charitou, musí přesvědčit Komisi pro Charity (*Charity Commission*), že prospívá potřebám společnosti. Jakmile se stane registrovanou charitou, je způsobilá k úlevě z daní a další peněžní podpoře. Některé dobrovolné organizace používají dobrovolné pracovníky, jiné mají jen placené zaměstnance. Hodně organizací využívá kombinace placených a neplacených pracovníků.

Podle O. Matouška³ v České republice existují 3 typy rezidenční péče:

1. Domovy – penzióny pro důchodce, kteří jsou zcela zdraví a soběstační. Pronajímají si zde byt, který si vybavují svým nábytkem a mohou si objednat a zaplatit některé služby (úklid, praní a žehlení, nákupy, doprovod či stravování).
2. Domy s pečovatelskou službou, které také nabízejí byty uživatelům do pronájmu. Jsou to ale byty zvláštního určení, v nichž jsou kromě ubytování poskytovány i sociální služby. V pracovní dny je zde přítomná pečovatelská služba, která poskytuje pomoc v péči o domácnost staršího člověka a pomoc při aktivitách denního života, jako je základní hygienická péče, pomoc při jídle, zajišťování věcí na úřadech, doprovod k lékaři, příp. i jednoduché ošetřovatelské výkony, např. převazy.
3. Domovy důchodců představují klasickou formu institucionální péče o seniory, nabízejí trvalé ubytování a široké spektrum služeb od péče o domácnost člověka, přes nejrůznější programy aktivit až po náročnou ošetřovatelskou i rehabilitační péči o těžce zdravotně postižené seniory a hospicovou péči o umírající.

Ve Velké Británii se domovy důchodců ještě dělí na 2 odlišné typy zařízení: “care home” a “nursing home”.

“**Care home**” budu překládat jako “domov důchodců” a rozumím mu jako společnému

³ Matoušek, Ondřej. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. Str.178-9

ubytování pro starší lidi, ve kterém má člověk buď vlastní pokoj nebo jej sdílí s jedním nebo i více dalšími lidmi. Některé pokoje mohou mít vlastní toaletu, ale většinou je na patře jedna nebo více společných toalet a koupelen. 24 hodin denně jsou obvykle přítomni alespoň dva, ale většinou více pečovatелů, kteří residentům pomáhají s běžnými denními aktivitami (hygiena, stravování apod.). Domovy důchodců také zaměstnávají kuchaře.

“**Nursing home**” budu překládat jako “domov důchodců se zdravotnickou službou” a rozumím mu jako společnému ubytování pro starší lidi, kteří vyžadují každodenní zdravotní péči, někteří jsou upoutáni na lůžko. 24 hodin denně je přítomna zdravotní sestra a několik pečovatелů, kteří residentům pomáhají s běžnými denními aktivitami.

Problém stárnoucí společnosti

V současné době se lidé v residenční péči stávají čím dál tím méně schopní a čím dál tím závislejší, což je výsledkem několika faktorů. Lidé žijí déle a počet starších lidí vzrůstá; díky zavedení komunitní péče jsou starší lidé schopni žít ve svých domovech mnohem déle a ubytování s pečovatelskou službou (*sheltered housing*) vytváří přechodný stupeň mezi životem ve vlastním domově a residenční péčí.

Starší lidé (muži starší 65-ti let a ženy starší 60-ti let⁴) v procentech populace UK mezi roky 1901 a 2025⁵:

Rok	Celková populace (v miliónech)	Starší lidé (v miliónech)	Starší lidé v procentech z celkového počtu lidí
1901	38,2	2,4	6
1951	50,5	6,9	14
1981	56,4	10,0	18
1991	57,8	10,6	18
1994	58,4	10,6	18
2001	59,5	10,7	18
2011	60,5	11,9	20

Umístění člověka do domova (Finance)

Místní úřady zařizují posouzení potřeb člověka (*needs assessment*) a tak dojde k vytvoření balíčku potřebných služeb, rozhodnutí o tom, jakou pomoc člověk potřebuje – zda stačí pomoc sociální (jako např. pečovatelská služba, domácí pomoc, osobní asistence apod.) nebo je nutná pomoc zdravotnická; a kdy stačí péče domácí, kdy poloinstitucionální (denní stacionář) a kdy je třeba dlouhodobá institucionální péče. Spolu s balíčkem služeb vzniká individuální plán péče člověka.

Když už starý člověk není schopen žít doma sám nebo v chráněném ubytování (*warden-assisted home*), přechází do residenční péče. Místní úřad posoudí jeho příjmy, úspory a ostatní majetek a na základě tohoto posudku rozhodne, zda si člověk může péči zajistit a financovat sám nebo mu musí s náklady pomoci. Úřad bere v úvahu jen vlastní příjmy a úspory člověka. Pokud má člověk více než určitý obnos kapitálu (což zahrnuje jeho úspory, akcie apod. a nemovitosti, jež vlastní), musí hradit všechny výlohy, bez ohledu na to, jaké jsou jeho příjmy. Obvykle si také musí domov najít sám (pokud nemůže a nemá nikoho, kdo by to pro něj udělal, radnice mu musí pomoci).

⁴ Důchodový věk pro ženy je 60 let, pro muže 65 let

⁵ Tinker, Anthea. *Older People in Modern Society*. 4. ed. Harlow: Longman, 1997. Str. 14

Je stanoven pevný ‘horní limit’ množství úspor, které člověk může mít a stále získat financování od místního úřadu. A také ‘spodní limit’ – jakékoliv úspory člověk má pod tento limit by neměly být započítávány.

Limity úspor se obvykle zvyšují každý duben. Tyto sazby jsou platné pro rok 2005-2006:

Horní limit	Anglie a Severní Irsko	£ 20 500	cca 820 000 Kč
	Skotsko	£ 19 500	cca 780 000 Kč
	Wales	£ 21 000	cca 840 000 Kč
Spodní limit	Anglie a Severní Irsko	£ 12 500	cca 500 000 Kč
	Skotsko	£ 12 000	cca 480 000 Kč
	Wales	£ 14 750	cca 590 000 Kč

Pokud má člověk více, než horní limit v úsporách, musí hradit celkovou částku za svůj pobyt v domově důchodců. Pokud vlastní dům, jeho hodnota nebude brána v úvahu v prvních dvanácti týdnech jeho trvalého pobytu v domově. Po těchto dvanácti týdnech se obvykle hodnota domu počítá jako ‘kapitál’ a to obvykle znamená, že jej člověk bude muset prodat, aby uhradil poplatky. Dům se jako kapitál započítávat nebude v případě, že:

- manžel nebo manželka (nebo partner) v domě žijí; nebo
- blízký příbuzný starší 60-ti let, mladší 16-ti let nebo příbuzný mladší 60-ti let s postižením tam potřebuje zůstat bydlet.

Místní úřad také nemusí brát hodnotu domu v úvahu pokud je trvalým bydlištěm někoho jako pečovateli; to zda jí bude brát v úvahu nebo ne si může úřad zvolit.

Pokud má člověk méně úspor než je horní limit, nebo když jeho úspory klesnou na tuto úroveň, pak budou jeho příjmy (které zahrnují penzi, příjmy z úspor a jakékoliv dávky) a úspory brány v úvahu při určení výše jeho podílu na poplatcích za pobyt v domově. Místní úřady mají povinnost nechat člověku “částku na osobní výdaje” (*personal expenses allowance*) – částku na týden, kterou člověk může utratit, jak si přeje. Zvyšuje se každý duben, pro rok 2005/6 je v Anglii stanovena na £18.80 (cca 752 Kč). Jakýkoliv

příjem nad stanovený limit je odveden místním úřadům na pokrytí nákladů za péči o člověka. Úspory pod hranicí spodního limitu nejsou brány v úvahu vůbec.

V některých případech je residenční péče zdarma, nezávisle na tom, kolik peněz člověk má:

- v situaci, kdy člověk přechází do domova jako pacient “pokračující NHS⁶ péče” (*continuing NHS care*) – pokud jsou zdravotní potřeby člověka považovány za “složité nebo intenzivní nebo nepředvídatelné”
- když člověk dostává dočasnou “přechodnou péči”
- v situaci, kdy člověk přechází do residenční péče poté, co byl držen v nemocnici na základě jistých částí Zákona o duševním zdraví (*Mental Health Act*).

Ve většině případů ale musí člověk platit alespoň část poplatků.

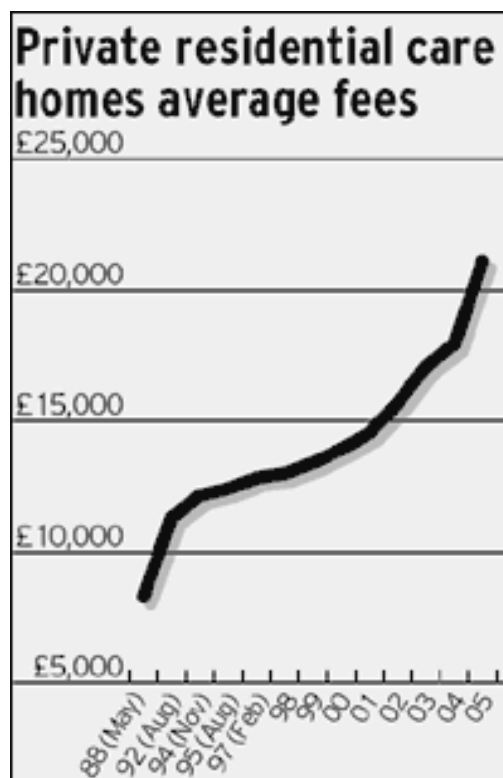
Pokud je posouzeno, že člověk potřebuje péči zdravotní sestry, NHS obvykle přispívá na poplatky za jeho péči v domově důchodců. Resident je posouzen zdravotní sestrou, která v Anglii rozhodne, zda jsou zdravotní potřeby člověka nízké, střední nebo vysoké a NHS zaplatí částku odpovídající úrovni péče, kterou člověk potřebuje. Pokud jsou jeho zdravotní potřeby nízké, NHS přispívá alespoň £40 týdně (cca 1600 Kč), pokud střední, NHS přispívá £80 týdně (cca 3200 Kč), pokud vysoké, je to £129 týdně (cca 5 160 Kč). Ve Walesu jsou příspěvky NHS jednotné sazby £107,63 (cca 4305,2 Kč). V Severním Irsku Ministerstvo zdravotnictví a sociálních služeb uhradí až £100 za týden (cca 4 000 Kč).

Růst poplatků za péči

Daily Telegraph⁷ v květnu 2006 informoval, že nový výzkum charity ‘*Help the Aged*’ varuje, že cena za pobyt v domovech důchodců vzrostla o více než 51,5 procent během 5–ti let od roku 2000–2001, zatímco základní státní důchod vzrostl o méně než polovinu této částky.

⁶ NHS - National Health Service - britský státní zdravotnický systém - v práci jej budu označovat jako "NHS"

⁷ Britský národní list



Podle *Help the Aged* činily v roce 2000-2001 průměrné roční poplatky za residenční péči £13 936 (cca 557 440 Kč), v současné době jsou £21 112 (cca 844 480 Kč). Průměrné roční příjmy residentů činí £7418 (cca 296 720 Kč) a jsou tvořeny státním důchodem, podporou na ošetřování (*attendance allowance* - nezdanitelný přírůstek pro invalidy starší 65-ti let, kteří potřebují pomoc s osobní péčí) a soukromou penzí. Vzniká tak schodek £13 694 (cca 547 760 Kč), který musí být vyrovnán z osobních úspor residentů. Průměrné týdenní poplatky za péči v domovech důchodců vzrostly z £280 (cca 11 200 Kč) v roce 2001 na £373 (cca 14 920 Kč) v březnu 2005, což znamená vzrůst o téměř 33 procent.

Help the Aged odhaduje, že lidé, kteří si musí částečně nebo úplně hradit péči v domově důchodců, tvoří přibližně čtyřicet procent lidí vstupujících do residenční péče. Kolem 70 000 starších lidí je každý rok nuceno prodat vlastní domovy, aby mohli uhradit svou péči.

HISTORIE

Stručný historický vývoj institucionální péče před druhou světovou válkou

Organizovaná institucionální péče pro staré lidi není fenoménem nedávné doby. Původ filosofie zajišťování sociálního zabezpečení lze datovat zpět přinejmenším k ranným křesťanským přikázáním milosrdenství a soucitu. Obzvláště učení sv. Pavla zdůrazňuje přednost charity pro duchovní obohacení a jako dobro samo o sobě. A vskutku, mezi nejranější instituce sociálního zabezpečení patří ty založené křesťanskou církví na Východě ve třetím a čtvrtém století, které se staraly o různé kategorie nuzných lidí: *Gerontochia* o staré, *Noscomia* o nemocné, *Ptochia* o chudé atd.⁸ Tyto náboženské instituce dorazily do západní Evropy o něco později, *Noscomia* byla založena v pátém a šestém století.

Ve středověku v Anglii existovaly tzv. Domy slitování (*Houses of Pity*) pro staré lidi, nuzné, nemocné a invalidy, spravované podle klášterního řízení. Avšak zrušení klášterů Reformačním Parlamentem v šestnáctém století skoncovalo tento systém náboženských institucí. Na jeho místo nastoupily alžbětinské Chudinské domy (*Poor Houses*) zřízené Zákonem o úlevě chudých (*Poor Relief Act*) z roku 1601. Ten ustavil základní myšlenku, jež po staletí ovládala nařízení o sociálním zabezpečení v Británii – jak Peter Townsend napsal: “myšlenka ubytování velkého množství sociálních případů ve vazebních institucích se v Británii rozvinula proto, že se to zdálo jako jediný způsob jak je ochránit před nouzí, zanedbáním a zahálčivostí a zároveň ochránit samu společnost před morálním úpadkem a rozpaky”⁹.

I když malé množství lidí bylo sociálně zabezpečeno formou “Domů z almužny” (*Almhouses*) nebo pomocí od dobrovolných agentur, většina nuzných lidí podléhala Zákonu o nemajetných (*Poor Law*) a byla nacpána do “Pracovních domů” (*workhouse*). Podmínky v nich byly záměrně horší než ty, které zažíval nezávislý dělník nejnižší třídy

⁸ Townsend, op cit.

⁹ Ibid, str. 18.

a neexistovalo tam odlišení mezi typy nouze: staří, mladí, šílenci a invalidní byli ubytováni dohromady. Navzdory několika reformám “pracovní dům” přetrval do dvacátého století.

Zrození sociálního státu

“Poněkud zanedbaný systém nařízení”¹⁰ popisuje stav domovů důchodců ve Velké Británii před rokem 1939. Druhá světová válka je považována za ten nejdůležitější faktor pro vytvoření poválečného sociálního státu. Předchůdcem jeho uskutečnění byla zpráva liberála Williama Beveridge “*Sociální pojištění a s ním spojené služby*” (*Social Insurance and Allied Services*), která znamenala důležitý politický posun směrem k státnímu plánování zdravotní a sociální politiky. Tento posun je zejména připisován úspěšnému ekonomickému řízení válečného státu a obecně sjednocenému záměru, který se vytvořil díky společnému úsilí během války¹¹. William Beveridge se zvýraznil během liberální vlády mezi roky 1906 a 1914 jako poradce tehdejšího ministra financí a později premiéra Davida Lloyda George ohledně starobních důchodů a státního pojištění. Zpráva usilovala o vypořádání se s tzv. “Pěti Obřimi Zly ... Nedostatkem, Chorobou, Ignorancí, Bídou a Zahálčivostí”.

Ačkoliv byl architektem sociálního státu liberál W. Beveridge, byla to poválečná labouristická vláda, zvolená v roce 1945, která měla myšlenku realizovat. Ke klíčovým změnám patřil Zákon o národním pojištění z roku 1946 (*National Insurance Act*), který zavedl státní penzijní systém založený na příspěvcích zaměstnavatele i zaměstnance vytvořených během pracovního života a Zákon o státní zdravotní péči - NHS (*National Health Service (NHS) Act*) ze stejného roku, který načrtnul plán pro státem financovanou zdravotní péči, jejíž hlavní zásadou mělo být “zdarma při využití služby” (*free at the point of service*).

Roger Hadley mapuje podobné poválečné trendy v dalších západních demokraciích.

¹⁰ Hadley, Roger a Roger Clough. *Care in Chaos: Frustration and Challenge in Community Care*. London: Cassell, 1996. str. 15.

¹¹ Srovnej například eseje: Ginn, Jay a Sara Arber. "The Politics of Old Age in the UK." *The Politics of Old Age*. Ed. Alan Walker a Gerhard Naegele. Buckingham: Open University Press, 1999. 152-167

Spojuje tyto procesy s fenoménem “fordismu”, výrazného ekonomického růstu, masovou produkcí a masovou spotřebou v moderních kapitalistických demokraciích. Za daných historických okolností měl sociální stát potenciál jednat jako “narázník”, ochrana před nefunkčností tržní ekonomiky i záruka vytrvalé spotřeby. V Británii měla být nařízení tvořena centrálně, ale uskutečňována na místní úrovni, a na základě toho byly zdravotní služby rozděleny do tří hlavních sfér: komunální služby, nemocnice a lékaři¹².

Británie stála na křižovatce historie sociálního zabezpečení pro starší. Při zavedení návrhu zákona o státní pomoci (*National Assistance Bill*) v roce 1947 velšský labourista a později ministr zdravotnictví Aneurin Bevan vyhlásil “velkou změnu v nakládání se starými lidmi. Pracovní dům je na odchodu. I když se ho mnoho lidí pokusilo zlidštit, byl v mnoha respektive velmi zlou institucí. Určili jsme, že správnou cestou, jak přistupovat k tomuto problému je dát úřadům sociálního zabezpečení, jak je nadále budeme popisovat, moc zřizovat vlastní Domovy”¹³. Kritikové jako Jay Ginn nacházejí znaky ageismu přítomné už v počátečním sociálním státu, od samého začátku chybí prostředky a obecné zřízení pro starší občany. Stěžejním bodem poválečné dohody bylo **rozlišení mezi zdravotní a sociální péčí**, jehož nedostatečná průhlednost a z ní vyplývající problémy přetrvávají dodnes; zdravotní péče se měla vztahovat na určité zdravotní potíže (konkrétní nemoc atd.), zatímco sociální péče ne. Jako důsledek neměla být sociální péče poskytována NHS, nýbrž místními úřady. Návrh zákona se stal zákonem o státní pomoci (*National Assistance Act*) v roce 1948 a zřídil residenční domovy místních úřadů, nazývaná také “domovy III. části”¹⁴ (*Part III homes*). Skutečnost, že péče poskytovaná domovy místních úřadů spadala pod sociální péči znamenala, že uživatelé služeb za ně mohli být účtováni podle “průzkumu majetkových poměrů”¹⁵ – to znamenalo, že ti, kteří budou považováni za schopné přispívat na náklady své sociální péče tak budou muset učinit. Aby nemohl být zakládající princip “péče zdarma” podkopán, Aneurin Bevan objasnil postoj vlády – tyto domovy byly pro “slabé”, nikoliv pro nemocné nebo invalidní – a tento postoj přetrval až do roku 1990.

¹² Srovnej Hadley a Clough, op cit.

¹³ Citováno v Townsend, str. 32.

¹⁴ Podle části zákona, která se domovy zabývala.

¹⁵ "means-testing" - zjištění finanční situace osoby, která žádá o státní příspěvek

Ačkoliv se konzervativci původně stavěli proti sociálnímu státu, později zachovali a rozvinuli to, co labouristé zavedli. Ginn chápe vznik sociálního státu jako “třídní kompromis”. Vyvíjející se systém zajistil ochranou sít’ pro ty nejzranitelnější ve společnosti i dostačující penzi pro pracující třídy, zatímco břemeno daně a příspěvků na státní pojištění nebylo tak zatěžující, aby způsobilo odpor střední třídy.¹⁶

Vývoj mezi roky 1948 a 1979

Zákon o státní pomoci z roku 1948 se především zaměřoval na residenční řešení problému starších občanů, ale některé důležité části legislativy značí posun od ústavní péče k tomu, co bylo později označeno jako “komunitní péče”. Margaret Richards konstatuje, že “komunitní péče je často chápána jako protiklad ústavní péče, která byla základním stavebním kamenem politiky 19. století”¹⁷. Komunitní péče umožňuje, aby starší člověk zůstal doma v rámci komunity co nejdéle, místo aby byl při první příležitosti poslán do domova důchodců. Hadley sleduje průběh deinstitucionalizace od počátku šedesátých let, který poznamenal pohyb směrem k snížení počtu lidí v nemocnicích pro dlouhodobě ležící pacienty – záměrem bylo následné uzavření nemocnic¹⁸. Proces deinsitucionalizace mohl být samozřejmě realizovaný pouze skrze posílení zdravotních a sociálních služeb v komunitě.

Komunitní péče se zdála přitažlivá z několika důvodů. “Důkaz podaný výzkumem o zneužívání v ústavech a zanedbávání povinné péče”¹⁹ poněkud kvalitu residenční péče zpochybnil – z toho vyplynulo, že by pro starší lidi mohlo být lepší zůstat doma a tak si udržet svou samostatnost jak nejdéle to je možné. Nicméně daleko důležitější byla skutečnost, že komunitní péče byla ekonomicky výhodnější. Množství veřejných zdrojů potřebných na osobní a sociální služby pro starší lidi neustále vzrůstal²⁰ – výdaje na

¹⁶ Ginn a Arber, op cit.

¹⁷ Richards, Margaret. *Long-term Care For Older People: Law and Financial Planning*. Bristol: Jordans, 2001. str. 6.

¹⁸ Hadley, op cit.

¹⁹ Richards, op cit, str. 7.

²⁰ Ibid, str. 7.

sociální zabezpečení vzrostly z 13,9 procent na 23,7 procent mezi roky 1960 a 1981²¹. Spolu se vzrůstajícími výdaji stoupala poptávka po službách: mezi roky 1961 a 1981 vzrostl podíl populace starší 75-ti let z 4,2% na 5,9%²², což rozhodně neukazovalo na brzký konec tohoto vyčerpávajícího tlaku na veřejné zdroje.

Jak se zmiňuje M. Richards “sít’ neoficiální péče poskytované uvnitř rodiny nebo dobrovolnými organizacemi” znejasnila otázku možnosti starých lidí zůstat v komunitě²³. Ostatní sociální faktory naopak nutnost komunitní péče stále více podtrhovaly. Zvyšující se geografická mobilita znamenala, že starší lidé se nadále nemohli spoléhat na to, že jejich rodiny zůstanou ve stejné oblasti a tak jim budou schopny poskytnout nutnou péči. Hadley připomíná vzrůst rodin s jedním rodičem, ve kterých v pozdějším životě bude chybět možnost péče poskytované partnerem, a důsledek faktu, že vzrostl počet žen na pracovním trhu, které tak nejsou schopny poskytnout celodenní péči o příbuzného nebo přítele²⁴.

Odpovědí vlády byl zákon o zdravotních službách a veřejném zdraví z roku 1968 (*Health Services and Public Health Act*), který dal místním úřadům “obecnou zodpovědnost za zabezpečení starších lidí v jejich obvodu”²⁵. Ta zahrnovala zejména povinnost poskytnout pomoc starším lidem v jejich domovech. Důležitější byl ale zákon o pečovatelských službách místních úřadů z roku 1970 (*Local Authority Social Services Act*). Podle toho byla vytvořena nová oddělení pečovatelských služeb (*Social Security Departments* nebo *SSDs*). Tato oddělení byla odpovědná za blahobyt čtyř skupin: starých lidí, invalidů, dětí a jejich rodin a lidí duševně chorých. Zákon usiloval o vylepšení nařízení pečovatelských služeb a zároveň o povzbuzení a podporu neoficiální sítě péče neboli “sociální zabezpečení uvnitř komunity”²⁶. Navíc zodpovědnost za zdravotnické služby v domovech a některé další služby byla přenesena z rukou místních úřadů na NHS. Zákon o chronicky nemocných a invalidech ze stejného roku (*The Chronically Sick*

²¹ Pollit, C. *Managerialism and the Public Services*. Oxford: Blackwell, 1993. str. 29.

²² Ibid, str. 33.

²³ Richards, op cit, str. 7.

²⁴ Hadley, op cit.

²⁵ Richards, op cit, str. 6.

²⁶ Ibid, str. 6

and Disabled Persons Act) považovaný za “mezník v sociálních nařízeních”²⁷ vyžadoval, aby místní úřady zřídily pečovatelské služby pro staré lidi a invalidy.

Změna Proudů

V sedmdesátých letech, uprostřed světové recese, čelil sociální stát rostoucí kritice z obou stran politického spektra. Zatímco levice hájila radikálnější přerozdělení prostředků, nastupující nová pravice upozorňovala na neefektivnost a rozsah veřejného sektoru, čemuž přičítala vinu za vytváření kultury závislosti. Nová pravice věřila, že volný trh a manažerský styl vedení přivodí větší efektivnost a výkonnost. Hadley pokládá za rozhodující rozdíl mezi veřejnými službami a soukromými podniky následující: zatímco byl soukromý podnik pokládán za “technicky složitý”, směřující vše ke konečnému produktu, veřejné služby byly považovány za “institucionálně komplikované”, s obrovským množstvím periferní byrokracie zastírající zaměření na finální produkt – poskytování efektivní a kvalitní péče²⁸. Ironií bylo, že sociální stát, původně mnohými viděný jako “narázník” proti nefunkčnosti tržní ekonomiky, teď bránil hromadění kapitálu, jenž umožnil jeho vytvoření. Vnímané okrádání ekonomiky sociálním státem, který chránil statisíce lidí před tlakem tržních sil, zeslabilo v očích nové pravice důležitost sociální spravedlnosti.

Vláda konzervativců

V roce 1979 byla zvolena konzervativní vláda, jež zavedla “individualistickou, soupeřivou ideologii”²⁹ zaměřenou na monetarismus, vytváření konkurenčního trhu a privatizaci. Nová konzervativní vláda – nepřekvapivě – rozpoznala potenciální výhody “komunitní péče” od šedesátých let zdůrazňované předchozími vládami a rozhodla se význam termínu interpretovat jako péči rodiny a přátel spíše než domácí služby – poskytování služeb v domovech. Přesto, že konzervativci podporovali komunitní péči, jejich Zákon o sociálním zabezpečení z roku 1980 (*Social Security Act*) vlastně napomohl povzbuzení růstu počtu soukromých míst v domovech důchodců tím, že zvýhodnil

²⁷ Richards, op cit, str. 6.

²⁸ Hadley, op cit.

²⁹ Ginn a Arber, op cit, str. 156.

ústavní péči³⁰. Zpráva Auditní komise (*Audit Commission*) z roku 1986 Realizování komunitní péče (*Making a Reality of Community Care*) kritizovala nařízení komunitní péče od padesátých let za to, že jednoduše odsunují starší lidi a náklady na péči o ně z nemocnic na residenční domovy. To bylo považováno za výsledek “zvráceného lákadla” na residenční péči. Zatímco dávky přiznané na základě průzkumu majetkových poměrů napomáhaly ke splacení nákladů na péči v domovech důchodců, žádné takové dávky neexistovaly pro služby v domácnostech. Dalším problémem bylo, že se neprovádělo žádné posouzení potřeb pro ty způsobilé získat příspěvky – rozhodnutí bylo jednoduše necháno na jednotlivci.

Mezi roky 1981 a 1996 vzrostl počet starších lidí umístěných do residenčního ubytování o 29 procent, o mnohem víc než byl celkový nárůst počtu lidí starších 65-ti let v poměru k celkové populaci³¹. Tato rostoucí poptávka po místech povzbudila vznik soukromých domovů důchodců, podnikatelé si byli vědomi zaručeného příjmu z dotací Ministerstva sociálního zabezpečení. Jako reakce na kritiku ve Zprávě Auditní komise vláda stanovila horní limit pro státní příspěvky na residenční péči. (Od té doby poplatky vzrůstají nad daný limit a tak vzniká nutnost “doplatků”³² od rodin). Posouzení potřeb se nicméně stále neprovádělo.

Nárůst výdajů na doplňkové příspěvky na residenční péči ukázal na neúspěch nařízení o komunitní péči: zatímco v roce 1979 stály příspěvky daňové poplatníky 10 miliónů liber (cca 40 miliónů Kč) pro 12 000 žadatelů, cifra dramaticky vzrostla na 1 872 miliónů (cca 74 880 miliónů Kč) pro neuvěřitelných 231 000 žadatelů v roce 1991³³. Zpráva vypracovaná v roce 1986 Sirem Royem Griffithsem Komunitní péče: Agenda pro uskutečnění (*Community Care: Agenda for Action*) navrhovala radikální změny pro poražení tohoto trendu. Jejím hlavním doporučením bylo, aby měla oddělení pečovatelských služeb místních úřadů hlavní slovo v otázce komunitní péče, která nadále měla mít omezené dotace. Každý, prohlašovala zpráva, kdo zažádá o státní podporu na

³⁰ Ginn a Arber, op cit, str. 157.

³¹ Richards, op cit, str. 8.

³² "top-up fees"

³³ Hadley, op cit.

poplatky za péči v domově důchodců, musí být řádně posouzen, a tak bude určeno, zda je jeho umístění do residenční péče nutností. Celková filosofie v pozadí Griffithsovy zprávy byla: místní úřady mají *umožňovat*, ale ne ve skutečnosti *poskytovat* péči, jak nejvíce je to možné.

Plody konzervativní politiky

Ústředním dokumentem konzervativní vlády byl Zákon o NHS a komunitní péči z roku 1990 (*NHS and Community Care Act*), který vstoupil v platnost 1. dubna 1993. Nebylo žádným překvapením, že přijali množství doporučení z Griffithsovy zprávy. Místní úřady měly obdržet omezené fondy z nichž musely ohodnotit a zařídit jednotlivé balíčky služeb. Ale protože vláda vyžadovala, aby 85 procent dané přechodné dotace, kterou poskytovala místním úřadům, bylo vloženo do soukromého sektoru, neměly místní úřady jinou možnost, než zanedbávat své vlastní domovy a služby.

Poté, co byl tento zákon realizován, byly čím dál více starším lidem účtovány domácí služby, které bývaly zadarmo – 70 procent starších lidí, kteří byli způsobilí získávat služby zadarmo před zavedením zákona, se nyní stalo nezpůsobilými. Patrná byla také slábnoucí role NHS v zajišťování dlouhodobé péče pro starší lidi – mezi roky 1976 a 1994 se počet lůžek pro starší lidi snížil o 33 procent, což lidi přinutilo jít do soukromých domovů důchodců. Tato změna byla doprovázena velkým snížením počtu lidí, kteří měli dlouhodobou residenční péči financovanou NHS, z 25 procent v polovině sedmdesátých let na pouze 10 procent v roce 1995. Ginn tvrdí, že zakládající princip NHS byl “uchován pro akutní onemocnění, ale porušován pro chronické nemoci”, za přesunutí nákladů za dlouhodobou péči ze státu na jednotlivce³⁴.

Argumenty pro snížení dotací spadají, jednoduše řečeno, do dvou kategorií: ospravedlnění ekonomická/demografická a morální/ideologická. Ekonomická neudržitelnost státního sociálního zabezpečení pro starší občany, věrohodná pokud vezmeme v úvahu zmíněný vzrůst žadatelů o doplňkové příspěvky, se spojila s demografickými předpověďmi “šedivé časované bomby”, stále rostoucího poměru populace starší 65-ti let. Navíc obava z mezigenerační nerovnováhy zkomplikovala

³⁴ Ginn a Arber, op cit, str. 157.

ekonomické hledisko státního sociálního zabezpečení, jak “generace starších lidí pobírala nespravedlivou část veřejných zdrojů, ohrožující mezigenerační smlouvu v níž příspěvky placené během pracovního života jedince vytváří oprávnění k veřejným zdrojům v důchodovém věku”³⁵. Také vnímání starších se změnilo – nadále nebyli bez prostředků, a tak si užívali vyššího standardu života než v minulosti a jistě byli schopni platit za vlastní péči. Ginn ale upozorňuje na pochybnosti a nejistoty uvnitř ekonomických a demografických argumentů proti státnímu sociálnímu zabezpečení starších. Naznačuje, “že krize byla sociálně vykonstruovaná, aby předkládala politickou volbu jako ekonomickou nutnost”³⁶.

1997 - Nástup Nové Labouristické strany

Vítězství labouristické strany ve všeobecných volbách v roce 1997 ukončilo po dlouhých osmnácti letech politickou hegemonii konzervativců. Ve stejném roce ustavili nově zvolení labouristé Královský výbor pro dlouhodobou péči (*Royal Commission on Long Term Care*) “aby se poprvé pokusili najít způsob, kterým by měly být náklady za péči rozděleny mezi stát a jednotlivce”³⁷. Zjištění a doporučení komise byla zveřejněna v dokumentu S úctou ke stáří (*With Respect to Old Age*) v roce 1999; odpovědí vlády na daná doporučení byl v roce 2000 Plán NHS (*The NHS Plan*) s důrazem na přístup nové vlády k této oblasti reformy zdravotních a sociálních služeb: “Starší lidé nejsou a nikdy nesmí být nahlíženi jako břemeno společnosti”³⁸. A vláda chtěla zajistit, že se starší nestanou velmi hmatatelným ekonomickým břemenem. Královský výbor elegantně rozdělil náklady za péči na náklady na obživu, bydlení a osobní péči a doporučil, aby složka osobní péče, “jež zahrnuje zdravotní péči a některé prvky sociální péče, jako pomoc při koupání”³⁹ byla placena z obecných příjmů z daní a ne jednotlivci. Avšak vláda zamítla návrh osobní péče zadarmo tvrdíce, že “velmi značné výdaje, nyní

³⁵ Ginn a Arber, op cit, str.159.

³⁶ Ibid, str. 159.

³⁷ Richards, op cit, str. 3.

³⁸ Department of Health. *The NHS Plan: The Government's response to the Royal Commission on Long Term Care*. H.M.S.O., 2000. odstavec 1.2.

³⁹ Ibid, odstavec 2.6.

i v budoucnu”⁴⁰ by byly ekonomicky neproveditelné a spolykaly by prostředky zamýšlené pro ostatní aspekty péče o starší. Odpověď prohlašovala, že takové opatření by nepomohlo těm nejpotřebnějším, kteří už stejně mají nárok na příspěvky přidělené na základě průzkumu majetkových poměrů.

Toto zamítnutí doporučení Královského výboru se nicméně ukázalo jako výjimka spíše než pravidlo. Vláda uznala, že je třeba přehodnotit otázku financování dlouhodobé péče s cílem dosažení “spravedlivější a trvající rovnováhy mezi daňovými poplatníky a jednotlivci... a tak zajistit, aby lidem byla zdravotní péče poskytována poctivěji, ve shodě s principy NHS, a aby lidé nebyli nuceni prodat své domovy, jakmile vstoupí do residenční péče”⁴¹. Jako výsledek byla do Plánu NHS zahrnuta zásada “bezplatné zdravotní péče NHS ve všech zařízeních ukončující současnou nespravedlivou situaci, kdy menšina lidí v domovech důchodců platí všechny náklady na svou zdravotní péči nebo jejich část”⁴². Takže zatímco jedinec mohl být stále účtován za “osobní péči” spolu s ubytováním a náklady na živobytí, nemohl být zodpovědný za náklady na zdravotní sestry a používání odborného vybavení sester, což byla změna, jež měla vstoupit v platnost v říjnu 2001, prospěšná pro přibližně 35 tisíc lidí⁴³. Jednou klíčovou výhodou bezplatné zdravotní péče hrazené NHS byl předpoklad, že “omezí zvrácený podnět k příliš brzkému propouštění lidí z nemocnice do péče hrazené sociálními službami”⁴⁴. NHS se nadále nemohl vyhnout problému, byl zodpovědný za náklady na ošetrovatelskou péči – pokrok, který zaručoval “hladší” vztahy mezi NHS a sociálními službami v budoucnu.

V Plánu NHS byly také rozhodnuty další dvě kontroverzní otázky. Od dubna 2001 nebyla při průzkumu majetkových poměrů brána v úvahu hodnota domova staršího člověka po první tři měsíce pobytu v residenční péči. Toto rozhodnutí dalo starším lidem větší flexibilitu a více času na rozhodování o tom, jak chtějí financovat svou

⁴⁰ Department of Health. *The NHS Plan*, op cit, odstavec 2.6.

⁴¹ Ibid, odstavec 1.16.

⁴² Ibid, odstavec 2.5.

⁴³ Ibid, str. 8.

⁴⁴ Ibid, odstavec 2.12.

dlouhodobou péči a také napomohlo těm, kteří vyžadují krátkodobý pobyt v domově důchodců s výhledem návratu do komunity. NHS Plán se také pokusil řešit problém Residenčních přídavků (*Residential Allowances*). Residenční přídavky, zavedené v roce 1993 jako část podpory při nízkém příjmu nebo v nezaměstnanosti (*Income Support* nebo *Jobseeker's Allowance*), byly splatné residentům v dobrovolných nebo soukromých domovech důchodců; háček byl v tom, že residenti v domovech spravovaných místními úřady dostali nižší částku. Například resident ve věku 80-ti let žijící mimo Londýn měl nárok na £147.35 (cca 5894 Kč) týdně – o £79.85 (cca 3194 Kč) více, než resident v domově spravovaném místními úřady⁴⁵. Ironií je, že to nebyl resident v soukromém domově, kdo měl z rozdílu prospěch, ale místní úřad, který získal onu částku navíc zpět z průzkumu majetkových poměrů (částka residenčního přídavku byla zahrnuta při průzkumu poměrů – ten zahrnuje jakýkoliv příjem člověka – takže resident rozdíl nakonec stejně musel splatit při placení za svou péči), a tak byl člověk v soukromém domově zanechán se stejnou finanční pomocí jako ti v domovech spravovaných místními úřady. Vláda si uvědomila, že “residenční přídavek dotuje část výdajů místních úřadů tím, že získává tento [tím se míní soukromý] typ residenčního ubytování”⁴⁶(jak jsem zmínila výše, místní úřady jednají jako zprostředkovatel péče), a tak povzbuzuje místní úřady k umístování lidí v soukromých domovech. Plán NHS došel k závěru přenést residenční přídavek na místní úřady samé, a tak jim dát větší flexibilitu při přidělování zdrojů.

Zákon o standardech péče z roku 2000

Současný komentátor popsal péči o starší lidi jako “jednu z nejrychleji se měnících oblastí sociální politiky za vlády Nové labouristické strany”⁴⁷. A vskutku, Zákon o standardech péče (*The Care Standards Act*) z roku 2000, který začal platit od dubna 2002, přinesl důležitou změnu v regulaci domovů důchodců. Ve snaze o zpřísnění centrální kontroly zřídil Komisi pro standardy národní péče (*National Care Standards*

⁴⁵ Department of Health. *The NHS Plan*, op cit, odstavec 2.33.

⁴⁶ Ibid, odstavec 2.34.

⁴⁷ Blakemore, Ken. *Social Policy: an Introduction*. 2. ed. Maidenhead: Open University Press, 2005. str. 214.

Commission), nezávislý orgán odpovědný za regulaci standardů sociální péče a soukromých a dobrovolných zdravotních služeb. Místní úřady nebyly nadále zodpovědné za registraci a inspekci domovů důchodců; po celé Británii byla řada minimálních standardů zabezpečena. Zákon navíc posílil roli Generální Rady Sociální péče (*the General Social Care Council*), původně založené v roce 1998, která měla za úkol dohlížet na předpisy pro pečovatele a zlepšovat pracovní standardy v odvětví. Zákon ustanovil celek 38 minimálních standardů, rozdělených do sedmi klíčových kategorií, které platí dodnes:

Výběr Domova (1-6): tato kategorie se soustřeďuje na to, aby byl domov pro uživatele co nejprátelejší, aby byly aktuální informace jako 'vyjádření záměru' a podmínky volně dosažitelné pro všechny uživatele služeb. V době vzniku této práce jsou zamýšlené výsledky dvou tzv. klíčových standardů v této kategorii následující:

(3) Žádný uživatel se nenastěhuje do domova, aniž by jeho potřeby byly posouzeny a byl ujištěn, že budou uspokojeny.

(6) Uživatelům posouzeným a předaným pouze pro přechodnou péči je napomáháno maximalizovat jejich samostatnost a navrátit se domů.

Jakožto klíčové standardy, stejně jako ty, co budou následovat, musí být podrobeny inspekci alespoň jednou za rok.

Zdravotní a osobní péče (7-11): všechny tyto standardy, kromě jednoho, jsou považovány za klíčové. Výsledky těchto klíčových standardů mají být následující:

(7) Zdravotní, osobní a sociální potřeby uživatele jsou určeny v osobním plánu péče.

(8) Zdravotní potřeby uživatele jsou řádně uspokojeny.

(9) Uživatelé jsou, tam kde je to možné, zodpovědní za vlastní léky a jsou chráněni nařizenými a postupy domova pro nakládání s léky.

(10) Uživatelé cítí, že je s nimi jednáno s respektem a jejich právo na soukromí je prosazováno.

Každodenní život a společenské aktivity (12-15): Filosofii inspekce v této kategorii je: “skutečnost, že jednotlivci dosáhli pozdější fáze života neznamená, že jejich společenské, kulturní, rekreační a profesionální charakteristiky, jejichž formování trvá celý život, najednou zmizí”⁴⁸. Existence “široké variace v prioritách a schopnostech” lidí v residenční péči tvoří “informace ve ‘vyjádření záměru’ a průvodci uživatele...rozhodující”. I když je pro člověka, který chce zůstat aktivní, teoreticky možné vyhnout se domovům, které nepodtrhují význam zajišťování aktivit, může se setkat s brožurami, které podávají domov v lepším světle. Všechny standardy v této kategorii jsou považovány za klíčové, a zní následovně:

(12) Uživatelé shledávají, že se životní styl, jež zakoušejí v domově, shoduje s jejich očekáváními a prioritami a uspokojuje jejich sociální, kulturní, náboženské a rekreační zájmy a potřeby.

(13) Uživatelé udržují kontakt s rodinou/přáteli/zástupci a místní komunitou jak si přejí.

(14) Uživatelům je umožněno využívat možnost volby a uplatňovat kontrolu nad svými životy.

(15) Uživatelé dostávají zdravou, přitažlivou a vyváženou stravu v příjemném prostředí a v době, která jim vyhovuje.

Stížnosti a ochrana (16-18): Tato kategorie usiluje o prosazení jasného a jednoduchého postupu pro stížnosti uvnitř domova, zabezpečení zákonných práv uživatelů a jejich ochranu před jakoukoliv formou zneužití. Dvěma klíčovými standardy jsou:

(16) Uživatelé a jejich příbuzní a přátelé vědí, že jejich stížnosti budou vyslyšeny, brány vážně a projednány.

(18) Uživatelé jsou chráněni před zneužitím.

Prostředí (19-26): Nutnost vhodného, pohodlného a příjemného životního prostoru pro residenty je řešena vynucením souboru velmi přesných minimálních standardů. Všechny nově vybudované nebo nově registrované domovy musí poskytovat společný prostor

⁴⁸ Department of Health. *Care Homes for Older People: National Minimum Standards and the Care Homes Regulations 2001*. 3. ed. London: TSO, 2003.

o rozloze alespoň 4,1m² na residenta, což nezahrnuje chodby, vstupní halu apod. Je povinné mít alespoň jednu speciálně vybavenou vanu (nebo sprchu, pokud je to vhodné) na osm residentů. Všechny pokoje v nově vybudovaných a registrovaných domovech musí být jednolůžkové (takže není možné, aby byly sdílené několika residenty) a musí mít alespoň 12m² “použitelného prostoru”⁴⁹ plus koupelnu (alespoň záchod a umyvadlo). Pokud staré domovy nesplňují tyto požadavky, musí přinejmenším zachovat velikost zařízení, jakou měly, když standardy vstoupily v platnost v dubnu 2002. Dva klíčové body jsou:

- (19) Uživatelé žijí v bezpečném, dobře udržovaném prostředí.
- (26) Domov je čistý, příjemný a dodržuje hygienu.

Zaměstnanci (27-30): Standardy se zde snaží zajistit náležitě schopnosti a patřičný počet zaměstnanců na základě velikosti a typu domova. Záměry všech čtyř standardů jsou považovány za klíčové:

- (27) Potřeby uživatelů jsou uspokojovány dostatečným počtem a schopnostmi zaměstnanců.
- (28) Uživatelé jsou vždy v dobrých rukách.
- (29) Uživatelé jsou podporováni a chráněni předpisy a postupy domova pro přijetí zaměstnanců.
- (30) Zaměstnanci jsou školeni a kompetentní vykonávat své zaměstnání.

Management a správa (31-38): Závěrečný soubor standardů vyžaduje aby manažer byl kompetentní, řádnou správu a postupy zaručující kvalitu uvnitř domova. Čtyři z osmi jsou považovány za klíčové:

- (31) Uživatelé žijí v domově vedeném a spravovaném osobou, která je schopná jej vést, plnit řádně své povinnosti a je dobrého charakteru.
- (33) Domov je spravován v nejlepším zájmu jeho uživatelů.
- (35) Finanční zájmy uživatelů jsou zabezpečeny.

⁴⁹ Department of Health. *Care Homes for Older People*, op cit, str.24.

(38) Zdraví, bezpečí a blahobyt uživatelů a zaměstnanců jsou prosazovány a chráněny.

I přes zřejmé výhody zavedení nezávisle regulovaných standardů ve prospěch starších varovali někteří současní komentátoři před nebezpečími “zaměňování kvality péče za materiální standardy – prostor a potřebu základního soukromí”⁵⁰. Vzniká tak možnost, že domovy dosáhnou úspěchu během inspekce aniž by vlastně věnovali potřebnou pozornost kvalitě péče o své residenty. Jak to podala Julia Neuberger, “zastaralé prostory, ve kterých jsou zaměstnanci dobře vedeni a opravdu zaujatí pro to, co dělají, jsou možná mnohem lepší, než zbrusu nové zařízení, třpytivě zářivé, ale bez duše”⁵¹.

Nejčerstvější změnu v zajišťování standardů péče přinesl Zákon o zdravotní a sociální péči (komunitní zdraví a standardy) z roku 2003 (*The Health and Social Care (Community Health and Standards) Act*), kterým byla založena Komise pro inspekci sociální péče (*Commission for Social Care Inspection*) - CSCI, jediný nezávislý orgán slučující poslání Komise pro standardy národní péče, Inspektorátu sociálních služeb (*Social Services Inspectorate - SSI*) a SSI/Spojený posudkový tým auditní komise (*SSI/Audit Commission Joint Review Team*).

CSCI, která funguje od 1. dubna 2004 tento posun ospravedlňuje tím, že “sloučení inspekce, regulace a posuzování všech služeb sociální péče do jediné organizace vytváří efektivnější a jednotnější systém”⁵². Asi je příliš brzy na to říct, zda mají pravdu.

Politická změna?

Kolik se tedy ve skutečnosti změnilo za vlády nové labouristické strany? Tehdejší ministr zdravotnictví Frank Dobson v roce 1998 prohlašoval, že konzervativní politika týkající se komunitní péče byla neúspěšná. V líbivém způsobu nové správy usilující o diskreditaci svého předchůdce se labouristická strana snažila distancovat, alespoň řečnický, od politiky konzervativní strany, upřednostňující termín *sociální* péče před *komunitní* péčí. Labouristická strana bezpochybně udělala pokrok v sociálním

⁵⁰Neuberger, Julia. *The Moral State We're In: A Manifesto for a 21st Century Society*. London: HarperCollins, 2005. str. 55.

⁵¹ Ibid, str. 55.

⁵² <http://www.carestandards.org.uk/about_csci/who_we_are/our_history.aspx>

zabezpečení starších. Centralizovaná, nezávislá regulace standardů péče je krokem správným směrem, stejně jako Zákon o zdravotní a sociální péči z roku 2001, který sjednotil NHS a sociální služby do Pečovatelských svěřenectví (*Care Trusts*), povzbuzující “hladší” přístup k péči o starší. Politická devoluce (přenesení určitých pravomocí na jednotlivé země tvořící Velkou Británii - tzn. Velšský národní sněm a Skotský parlament) vedla k rozdílným koncepcím v Anglii, Skotsku a Walesu. Například Skotsko se skutečně řídilo doporučením Královského výboru, že všechna “osobní péče” bude bezplatná – s tím výsledkem, že “domovy důchodců se zdravotnickou službou jsou teď zaplaveny starými lidmi a systém pod nápořem praská”⁵³.

Nicméně i přes tyto důležité změny nepřineslo zvolení nové labouristické strany zásadní ideologický posun od komunitní péče. Labouristická strana se i přes své socialistické kořeny nepokusila odstranit trh sociální péče a zvrátit privatizaci pečovatelských služeb. Jak to popsal jeden z komentátorů: “celkově se vláda pokusila podepřít nedostačující systém komunitní péče spíše než aby usilovala o jeho nahrazení odlišným přístupem”⁵⁴.

Nedávné trendy v domovech důchodců – současná situace

Ačkoliv došlo mezi roky 1995 a 1999 na trhu pečovatelských domovů k “relativně mírnému růstu” o tři procenta až na tržní hodnotu £6,33 miliard⁵⁵, obsazenost domovů je značně nižší než v době před realizováním Zákona o NHS a komunitní péči z roku 1990. A vskutku, zpráva MSI Data o domovech důchodců staví do protikladu mnohem významnější růst na trhu Velké Británie během osmdesátých a devadesátých let s dobou po Zákonu o komunitní péči, který zpřísnil kritéria způsobilosti, takže nárok na pomoc s náklady za péči mělo méně lidí. Pokles celkového počtu domovů důchodců je zdůvodněn tlakem na množství zisku. Nižší míra obsazení měla samozřejmě dopad na ziskovost, ale zpráva se také zmiňuje o škodlivých účincích jistých částí legislativy. Zákon o minimální mzdě (*Minimum Wage Act*) z roku 1998 (který vstoupil v platnost

⁵³ Neuberger, op cit, str. 35.

⁵⁴ Blakemore, op cit, str. 215.

⁵⁵ MSI Data Report. *Homes for the Elderly:UK*. MSI: Saltney, 2000. str. 24.

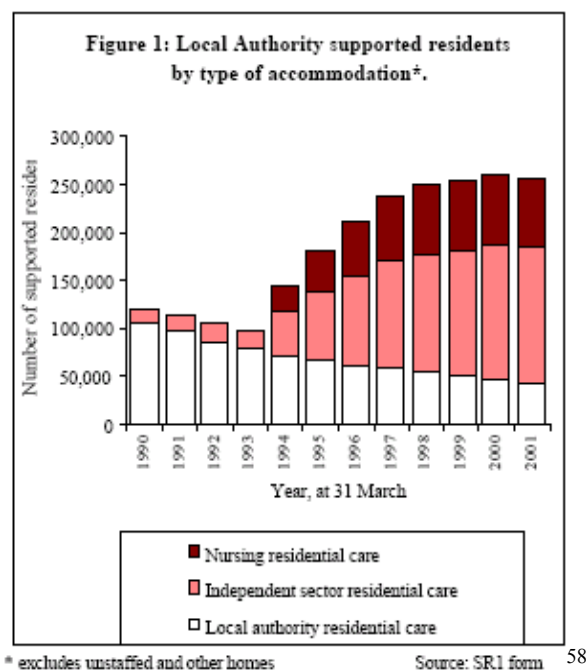
v dubnu 1999) zvýšil náklady na personál domovů důchodců a Regulace pracovní doby (*Working Time Regulation*), v platnosti od října 1998, omezuje dobu, kterou může osoba podle zákona pracovat, a znamená, že je třeba více personálu⁵⁶.

Trh pečovatelských domovů zahrnuje dva hlavní typy residenčních domovů, domovy důchodců se zdravotnickou službou a domovy důchodců. V roce 1999 byla hodnota domovů důchodců se zdravotnickou službou £3,24 miliard a hodnota domovů důchodců byla £3,09 miliard. V roce 1999 tvořily soukromé domovy důchodců se zdravotnickou službou zdrcující 91 procent celkového britského trhu domovů důchodců se zdravotnickou službou, zatímco soukromé domovy důchodců představovaly pouhých 52 procent trhu domovů důchodců.

Neobyčejně důležitým trendem pro naši současnou studii je pokračující pokles počtu domovů zřizovaných místními úřady na něž zpráva upozorňuje. MSI zpráva tento pokles vysvětluje finančními výhodami soukromé péče. Residenční přídavky a odměna pro uživatele v dlouhodobé péči nejsou dostupné pro residenty domovů místních úřadů, což vede místní úřady k umístování lidí do soukromého sektoru jak nejvíce je to možné. Také omezení státních výdajů ovlivnilo finanční pozici mnoha místních úřadů a strategie omezování nákladů se stala nezbytnou. Cena je teď klíčovým faktorem při umístování člověka do péče a místa místních úřadů jsou většinou dražší. Jak se píše ve zprávě: “kvůli nedostupnosti kapitálu, je pro místní úřady nejvýkonnější strategií pro snižování výdajů stát se nákupcem péče od jiných sektorů spíše, než poskytovatelem zařízení”⁵⁷.

⁵⁶ MSI Data Report, op cit, str.27.

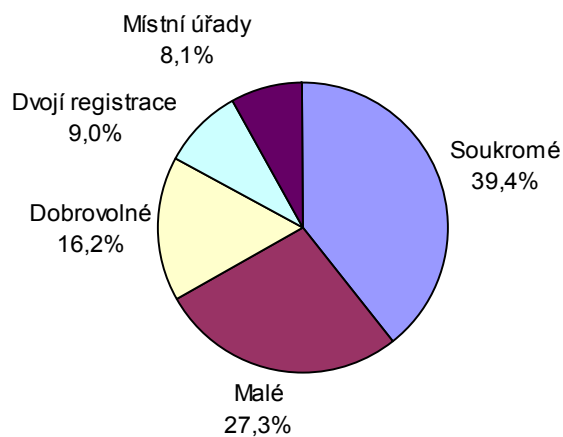
⁵⁷ Ibid, str.27.



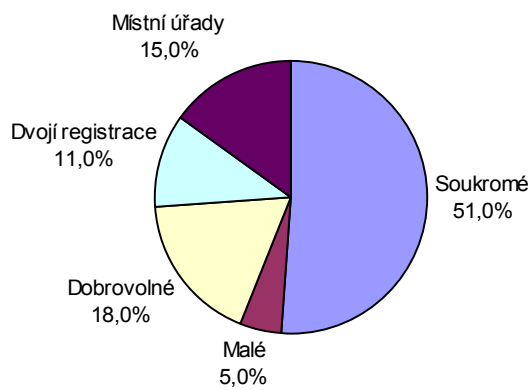
Graf ilustruje trendy v množství residentů podporovaných Místními úřady podle typu domova důchodců (domovy důchodců se zdravotnickou službou, nezávislý sektor - domovy důchodců, domovy místních úřadů). Ačkoliv celkový počet podporovaných residentů od roku 1993 do roku 2001 dramaticky vzrostl, graf ukazuje ustálení v jejich počtu od roku 1998. Graf mapuje pozvolný pokles počtu podporovaných residentů umístěných v domovech místních úřadů spolu se stabilním vzrůstem počtu residentů umístěných uvnitř nezávislého sektoru od zavedení Zákona o NHS a komunitní péči v roce 1993 – účinek naléhání vlády, aby bylo 85 procent fondů k dispozici místním úřadům vynaloženo v soukromém sektoru. Graf také ukazuje začátek éry, kdy místní úřady financují péči v domovech důchodců se zdravotnickými službami.

⁵⁸ Community Care Statistics 2001, dostupné na webové stránce Ministerstva zdravotnictví (Department of Health): <<http://www.doh.gov.uk>>

Počet domovů podle druhu ubytování Anglie 2001



Počet míst podle druhu ubytování Anglie 2001



59

⁵⁹ Community Care Statistics 2001, op cit.

VÝZKUM

Výzkum domovů důchodců podle zpráv CSCI

V současné době bydlím v centrálním Exeteru (v Devonu, na jihozápadě Anglie) a rozhodla jsem se založit svou studii na domovech důchodců v okruhu pěti mil⁶⁰ (zhruba osmi km) od centra. Samozřejmě ne všechny registrované domovy byly pro můj výzkum vhodné. Nebrala jsem v úvahu domovy s deseti a méně lůžky, protože jejich zařazení do výzkumu by mohlo zkreslit výsledky – má-li domov např. čtyři residenty, nejspíše v něm budou vždy přítomní alespoň dva pečovatelé, nebylo by správné srovnávat počty zaměstnanců nebo organizované aktivity takového domova s domovem pro třicet residentů. Nezahrnula jsem také ty domovy, které se specializovaly pouze na specifický typ péče – jako např. vady zraku, demence apod. Domnívám se, že by bylo chybné srovnávat aktivity, podmínky atd. mezi domovy s úplně odlišným zaměřením.

Do výzkumu jsem zařadila ty domovy, které poskytují deset a více míst z jejich celkové kapacity pro residenty charakterizované jako: “staří, nespádající do žádné jiné kategorie”⁶¹, i když poskytují také více specializovanou péči.

Z internetu jsem stáhla kopie zpráv z posledních dvou inspekcií CSCI o všech domovech splňujících kritéria popsaná výše (každého domova v okruhu pěti mil). Jak bylo zmíněno výše, CSCI musí provést inspekci tzv. klíčových standardů alespoň jednou za rok, nicméně obvykle je provedena více než jedna inspekce, protože se odlišné inspekce zaměřují na různé části standardů. Inspekce jsou obvykle neohlášené, provádějí se ale i inspekce ohlášené. Inspektoři také přicházejí vyšetřovat stížnosti nebo urgovat nápravu vážných nedostatků nebo konkrétních problémových oblastí zdůrazněných předchozími inspekciemi. Tím, že ve výzkumu používám zprávy z posledních dvou inspekcií je zajištěno, že jsou v mých údajích započítány všechny klíčové standardy. Tam, kde nebyl standard hodnocen v poslední inspekci, používám výsledek získaný v inspekci

⁶⁰ Na webových stránkách CSCI je možné vyhledávat všechny domovy, v okruhu pěti mil od daného PSČ.

⁶¹ Viz. <<http://www.csci.org.uk>>

předcházející. Nicméně pokud je standard hodnocen při obou příležitostech, samozřejmě jako nejspolehlivější ukazatel používám nejaktuálnější hodnocení.

Systém hodnocení CSCI

CSCI používá následující systém hodnocení:

4 body : nadstandardní (chvályhodné)

3 body: standard splněn (žádné nedostatky)

2 body: standard téměř splněn (menší nedostatky)

1 bod: standard nesplněn (velké nedostatky)

“X” : standard nebyl při dané inspekci posuzován

“N/A”: standard nevhodný/nepoužitelný pro daný domov

Přikládám ukázkou hodnocení ze zprávy z jedné z inspekci:

CHOICE OF HOME	
<i>Standard No</i>	<i>Score</i>
1	X
2	2
3	1
4	X
5	X
6	N/A

HEALTH AND PERSONAL CARE	
<i>Standard No</i>	<i>Score</i>
7	2
8	1
9	3
10	X
11	X

DAILY LIFE AND SOCIAL ACTIVITIES	
<i>Standard No</i>	<i>Score</i>
12	2
13	X
14	3
15	3

COMPLAINTS AND PROTECTION	
<i>Standard No</i>	<i>Score</i>
16	2
17	X
18	1

ENVIRONMENT	
<i>Standard No</i>	<i>Score</i>
19	3
20	X
21	X
22	X
23	X
24	3
25	X
26	3

STAFFING	
<i>Standard No</i>	<i>Score</i>
27	3
28	X
29	2
30	3

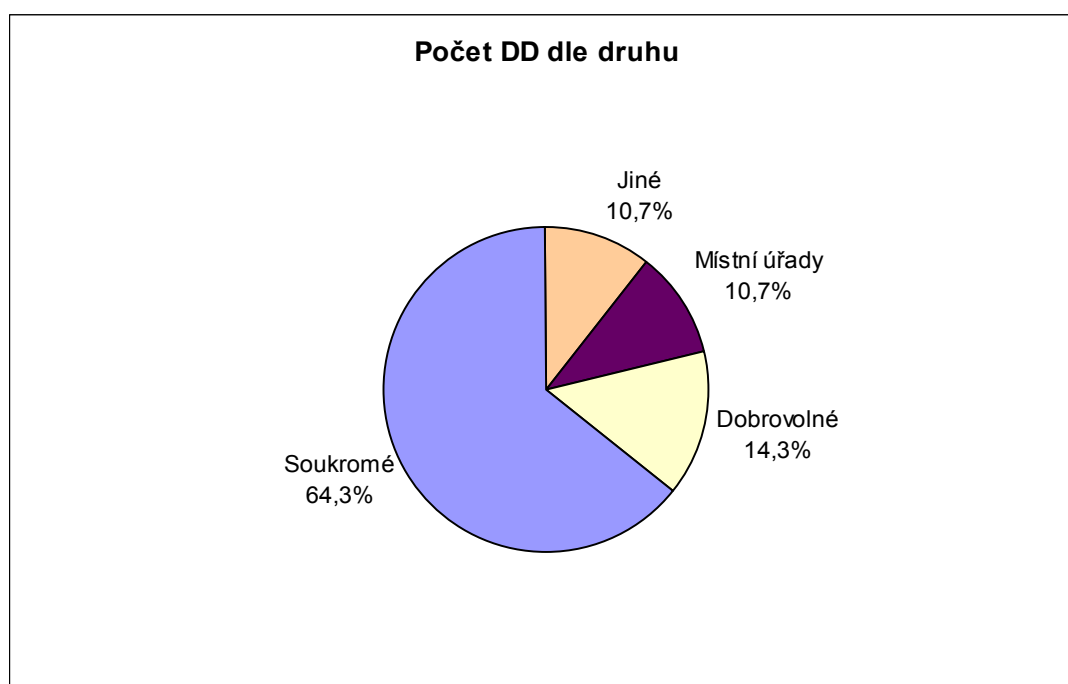
MANAGEMENT AND ADMINISTRATION	
<i>Standard No</i>	<i>Score</i>
31	3
32	3
33	3
34	X
35	2
36	3
37	X
38	1

Výsledky výzkumu domovů důchodců podle zpráv CSCI

Na základě procesu výběru, který jsem popsala výše, se do kritérií výzkumu hodí celkový počet 28 domovů důchodců v Exeteru. V kategorii “jiný” jsou domovy, které se podle klasifikace CSCI do žádné z kategorií “místní úřady”, “soukromé”, ani “dobrovolné” nevejdou.

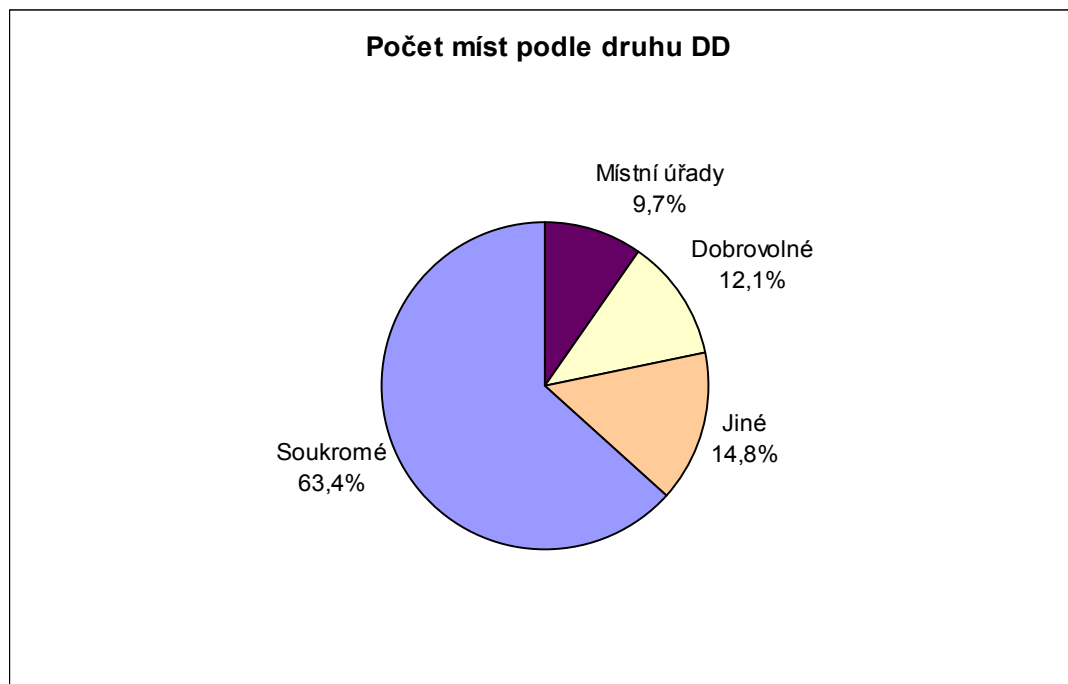
Druh domova	Počet	Počet míst
Místní úřady	3	91
Soukromý	18	597
Dobrovolný	4	114
Jiný	3	139

Následující graf ukazuje podíl domovů v procentech.

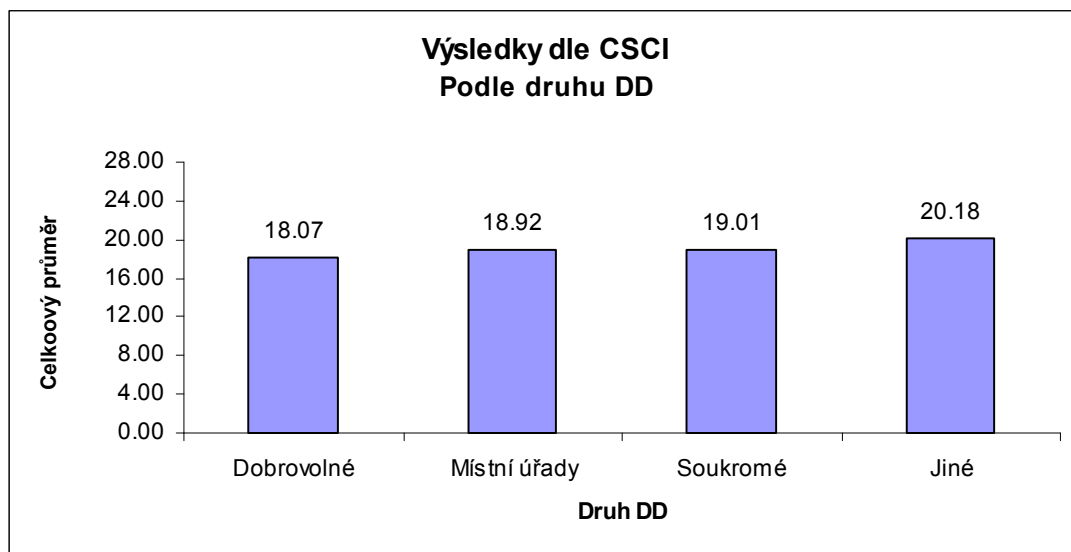


Exeter následuje trend rozšířený po celé Británii – počet domovů místních úřadů je v porovnání se soukromými nízký a dále se snižuje. I když domovů místních úřadů je jen 10,7 procent, neziskové domovy dohromady tvoří více než třetinu všech domovů. To znamená, že pro starého člověka stále existuje výběr - nemusí nutně do soukromého domova, ale výběr je stále užší.

Tento graf ukazuje podíl míst v domovech podle druhů.

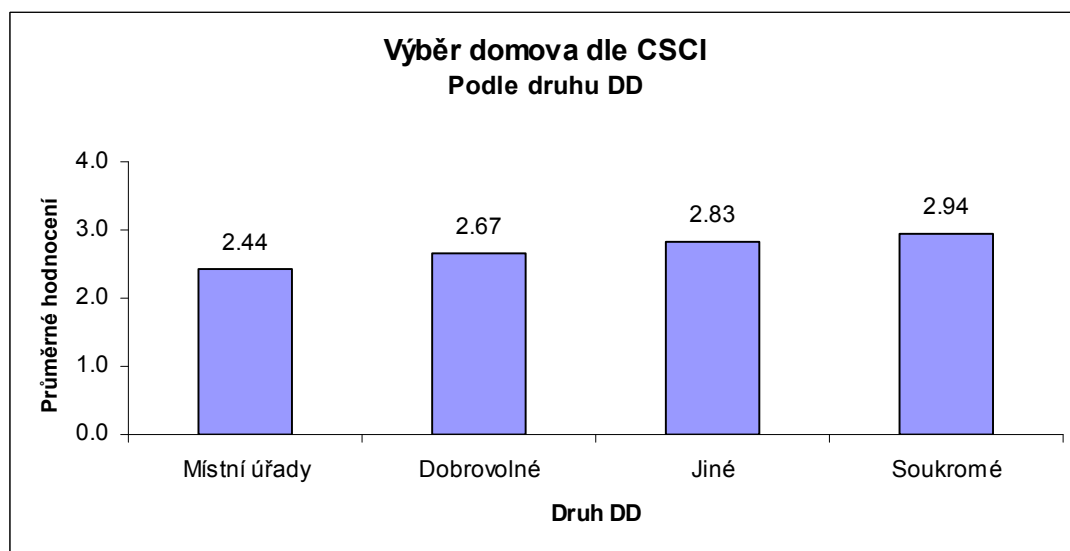


Následující grafy ilustrují celkové výsledky jednotlivých druhů domovů vypočítané ze zpráv inspekce CSCI. V každé ze sedmi kategorií jsem použila průměrný výsledek ze všech bodů standardu. Vertikální osa je rozdělena na pole po čtyřech proto, že nejlepší maximální výsledek z každé kategorie, kterého může domov dosáhnout, je čtyři. To znamená, že teoretický maximální součet je 28 – to by znamenalo, že domov je ve všech kategoriích nadstandardní – chvályhodný. Dokonce pouhé dosažení požadovaného standardu (- 3 body) by znamenalo celkový výsledek 21 bodů. Jak je vidět, žádný z druhů společně nedosáhl celkového výsledku 21, u všech byly nedostatky, ale nejbližší dosažení přijatelného standardu domova je druh “Jiné”. Rozdíl mezi druhem domovů, které si vedly nejhůře (dobrovolné) a těmi, které si vedly nejlépe (jiné) může vypadat jako nevýznamný, ale znamená, že v jedné kategorii mohli “jiné” domovy získat standardní výsledek, zatímco “dobrovolné” hodnocení 1 – velké nedostatky.

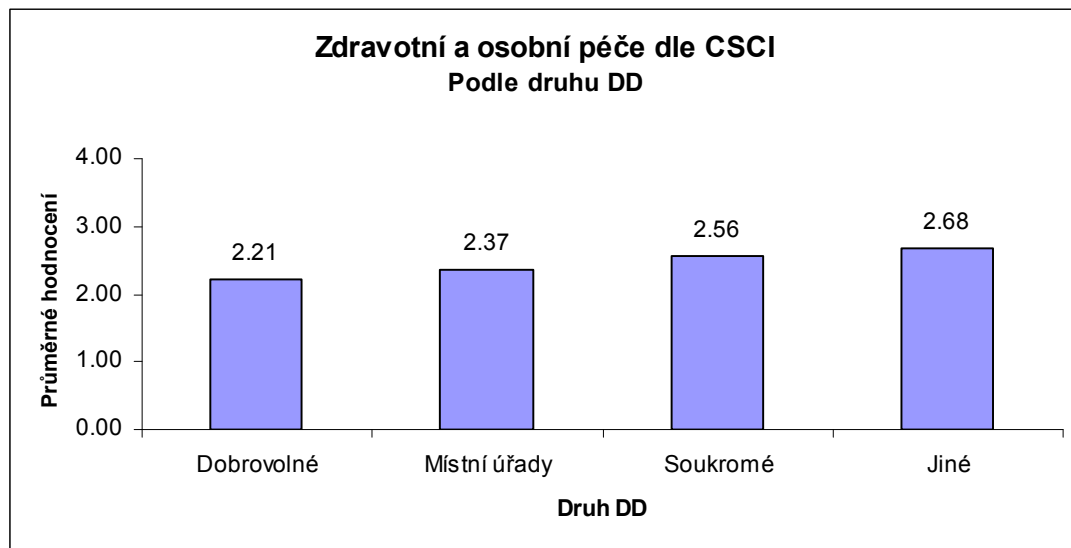


Následují grafy zobrazující to, jak si dané čtyři druhy domovů důchodců vedly v jednotlivých sedmi kategoriích ve zprávách CSCI. Maximem vertikální osy je číslo 4, což je maximální výsledek, který je možný získat během inspekce CSCI a znamená nadstandardní, chvályhodný.

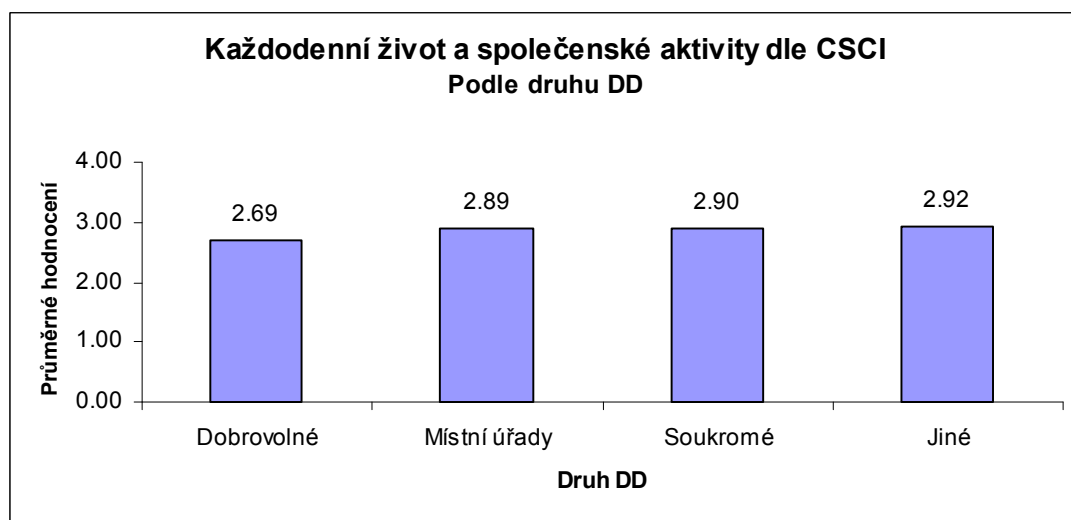
Standardy 1-6



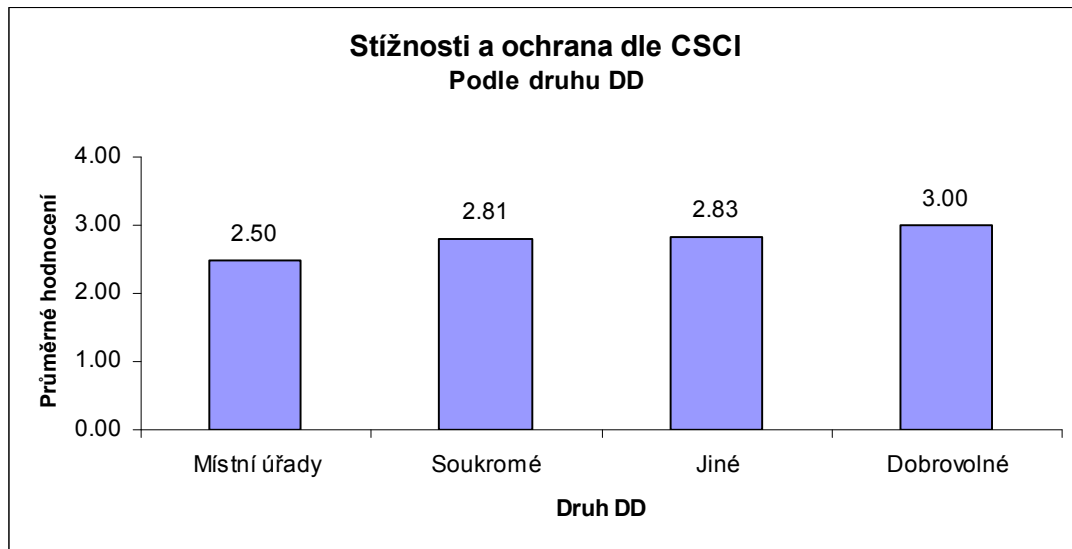
Standardy 7-11



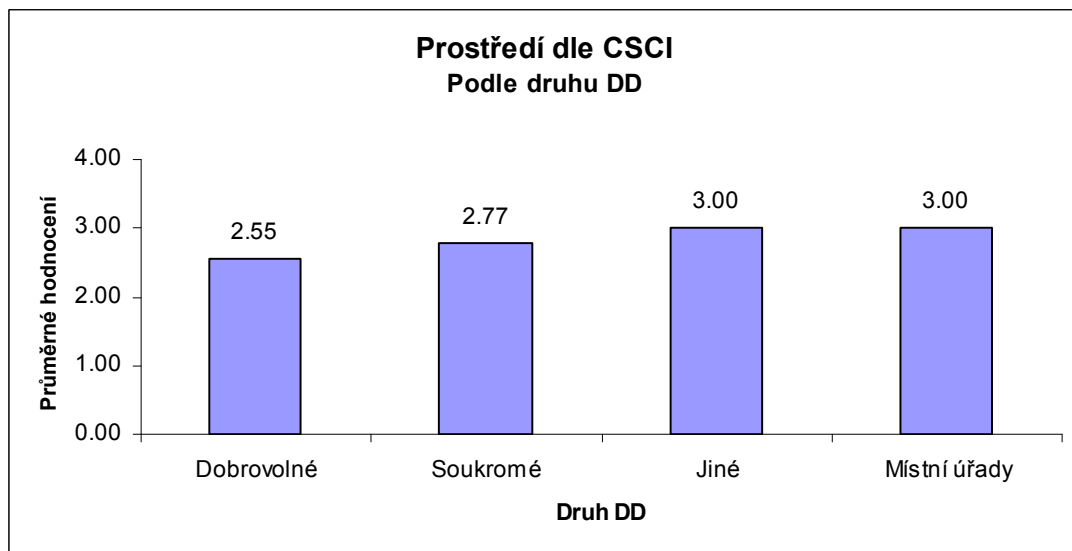
Standardy 12-15



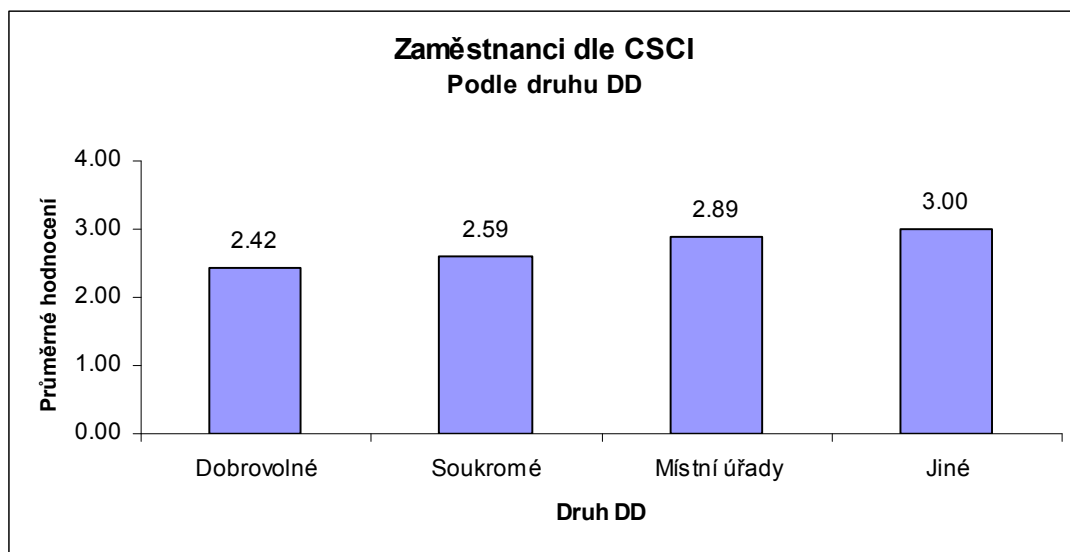
Standardy 16-18



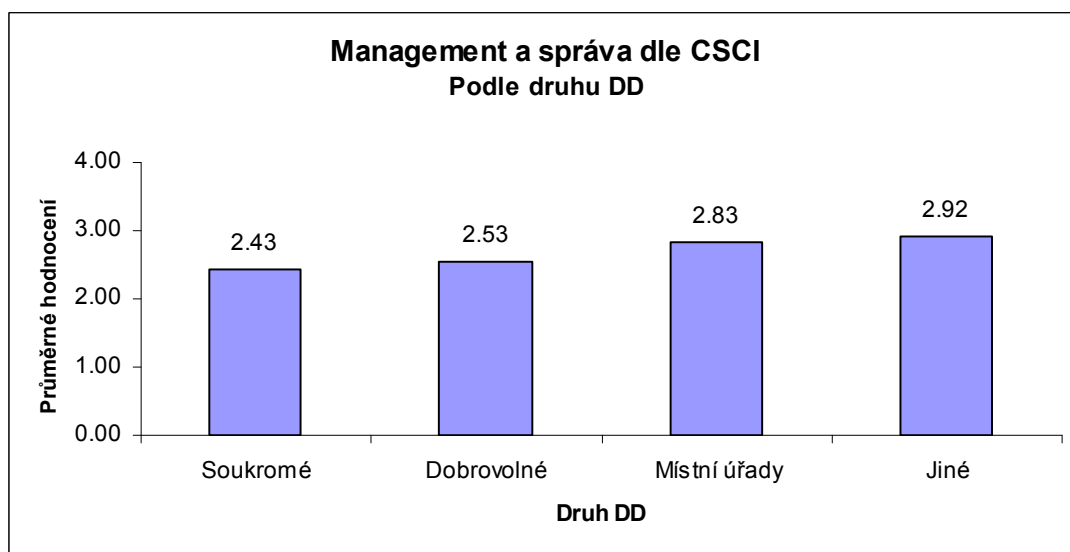
Standardy 19-26



Standardy 27-30



Standardy 31-38



O dotazníkovém výzkumu

Výzkumem jsem se chtěla dozvědět, jaká je kvalita života residentů v domovech důchodců z pohledu pečovatelů. Rozhodla jsem se neptat se residentů samotných z několika důvodů založených na zkušenosti z domova, ve kterém jsem pracovala a z rozhovorů s ostatními pečovateli, se kterými jsem se seznámila, a kteří měli podobnou zkušenost jako já z dalších domovů, ve kterých pracovali:

- Zdá se, že staří lidé přijdou do domova důchodců s nadějí, že se budou nadále věnovat zájmům, občas se dostanou ven do města, na výlety a snad si najdou i nové přátele. V případech některých domovů je však skutečnost docela jiná. Pečovatelé nemají čas a jejich zaměstnavatelé od nich ani neočekávají, že budou organizovat aktivity pro residenty nebo je dokonce vezmou na nákup do města. Po několika prvních týdnech otázek po programu se starý člověk přestane ptát a zdá se, že si dokonce zvykne na to, že každý den je stejný. Staří lidé, se kterými jsem se setkala a kteří byli v domově několik let, dokonce už odmítali kamkoliv jít, zdálo se jim normální sedět každý den před televizí v hlavní místnosti. Někteří také nebyli schopni rozhovoru a pouze pečovatel, který se s nimi denně setkává, byl schopen jim porozumět. Proto je složité ptát se residentů samotných. Některým není možné porozumět během pouhého jednoho rozhovoru, jiní si neuvědomují, že jejich současný život by mohl a měl být mnohem plnější.
- Čelila bych i praktickému problému – jako neznámého člověka by mě většina manažerů z bezpečnostních důvodů nenechala procházet po domově a hovořit s lidmi. I když jsem dotazníky v domově nechávala s tím, že se pro ně vyplněné vrátím za dva týdny, někteří odmítli s odůvodněním, že informace dávají jen pro oficiální výzkum CSCI a nebo že nemají čas.

Domnívám se, že majitelé domovů, manažeři a vrchní sestry by mi vždy nedali pravdivé odpovědi, v zájmu toho, jak by se domov, který spravují, mohl jevit.

Proto jsem dotazníky vytvořila pro pečovatele, kteří se starými lidmi v domově důchodců tráví nejvíce času ze všech a kteří nemají jasný důvod neodpovídat pravdivě. Uvědomuji si, že někteří s pečovateli nemuseli odpovídat pravdivě – i když byl dotazník

anonymní, mohli se obávat případné reakce manažerů apod.

O dotazníku

Dotazníkem jsem se nesnažila zjistit materiální úroveň domovů nebo kvalitu jejich zařízení, jako například kolik residentů sdílí pokoj, počet residentů na toaletu, rozlohu pokojů apod. Snažila jsem se podívat na kvalitu života residentů domovů důchodců. Uvědomuji si, že je to velice složitý problém. Dřívější studie domovů v Devonu zaznamenaly obtížnost “vymezit, co přesně určuje kvalitu života v domovech pro staré lidi a jaké poslání takové domovy mají při vytváření sociálního zabezpečení”⁶². Ale z vlastní zkušenosti vím, že tam, kde lidé nemají příležitost a nejsou podněcováni k interakci s ostatními ve hře, rozhovoru nebo při nějaké aktivitě, stanou se apatickými, netečnými a tráví celý den před televizí. Analytikové, jako např. Townsend, si povšimli toho, jak nedostatek strukturované aktivity vede k úpadku duševních sil⁶³. Přikládám kopii dotazníku, který jsem pro pečovatele domovů vytvořila.

⁶² Phillips, David R. et al. *Home from Home?: Private Residential Care for Elderly People*. Sheffield: Joint Unit for Social Services Research, 1988. str. 68.

⁶³ Townsend, op cit, str. 34.

CAREHOME STAFF QUESTIONNAIRE

Hi, I am writing a dissertation comparing care homes/nursing homes in Exeter and would be very grateful if you could take a few minutes to complete the brief anonymous questionnaire below.

1. Staffing levels in the home

(Please fill in the following table)

	No. of carers on duty	No. of nurses on duty (if applicable)
The morning shift:		
The afternoon shift:		
The night shift:		

For the following questions please tick the most suitable box:

2. How often approximately do you have the chance to take a resident(s) out as part of your working day? (for a walk, shopping...)

Never Once a year Once every 6 months Every month Every week

3. How often do you arrange activities for the residents?

Never Once a year Once every 6 months Every month Every week

4. How often does the home arrange activities for the residents?

Never Once a year Once every 6 months Every month Every week

5. Do the residents have a choice of main meal?

Yes No

6. Do you feel you have enough time to spend interacting with individual residents?

Yes No

Thank you very much for your help!

V první otázce dotazníku jsem zjišťovala, kolik pečovatelů je na každé směně (ranní, odpolední, noční), z čehož jsem pak mohla zjistit, kolik residentů spadá na jednoho pečovatele. Předpokládám, že méně residentů na pečovatele znamená, že pečovatel může věnovat více času residentům, a tak s nimi strávit více kvalitního času např. v rozhovoru nebo ve hře spíše než jen při pomoci s každodenními fyzickými potřebami.

S tím souvisí další otázka – jak často mohou pečovatelé doprovodit residenty ven v rámci svých pracovních povinností. Jsou pečovatelé tak zaneprázdnění, že jedině, na co mají čas, je pomoci residentům vstát z postele a jíst? Nebo domov věnuje pozornost také dalším potřebám residentů, jako dojet si na nákup, projít/projet se po městě nebo prostě jen změnit prostředí.

Třetí otázka se ptá na to, jak často (zda vůbec) pečovatelé organizují aktivity (jako bingo, společné čtení, zpívání písniček apod.) pro residenty; čtvrtá pak, zda domov organizuje nějaké aktivity pro residenty. To vše vypovídá o tom, zda se domov snaží, aby se v něm lidé cítili dobře, poskytuje kvalitní péči, nebo jim jde jen o splnění oficiálně kontrolovaných norem.

Dalším znakem kvality domova je možnost výběru jídla – ne jen podle tvrzení manažera, který se zeptá těch několika residentů, kteří jsou schopni “žalovat” a které on sám doporučí inspektorům pro interview.

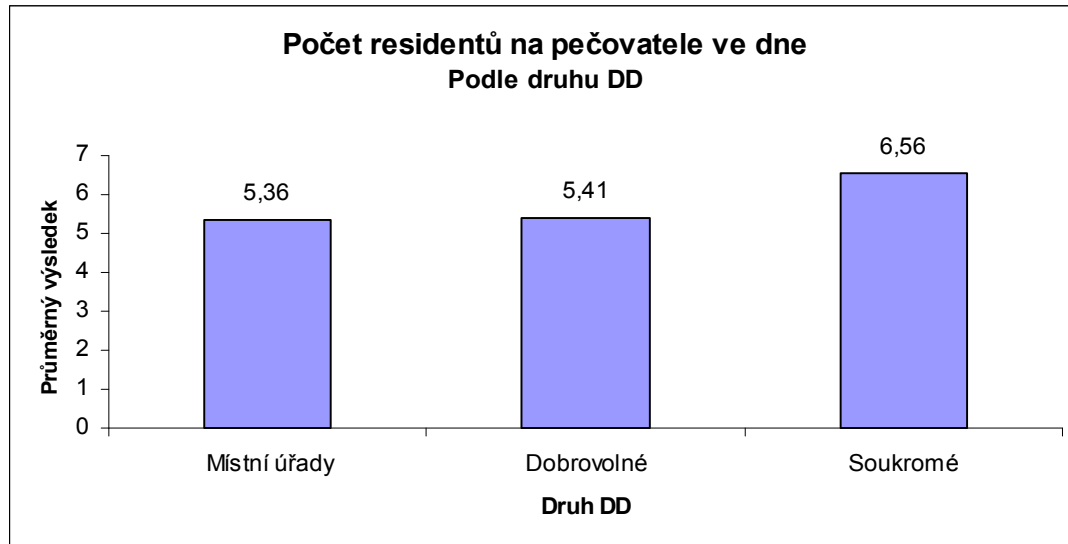
Z těch domovů, které jsem zkoumala, mi dotazník vyplnilo jen jedenáct domovů, z toho tři dobrovolné, tři domovy místních úřadů (jediné tři domovy místních úřadů v Exeteru) a pět soukromých. Ostatní domovy buď odmítly dotazník přijmout nebo se mi ho přes veškeré úsilí nepodařilo získat zpět.

Zatímco předchozí otázky se ptají na fakta, poslední otázka je osobní, zjišťující pocit pečovatele.

Následují výsledky mého dotazníkového výzkumu.

Výsledky dotazníkového výzkumu

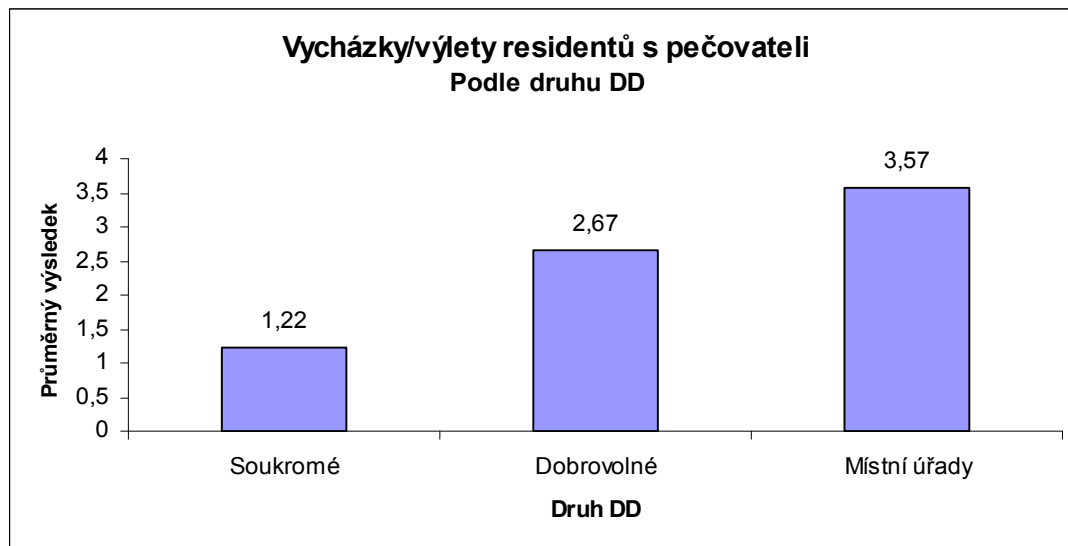
Otázka č.1:



Hned z výsledků první otázky je vidět rozdíl, který se postupně ukázal ve všech otázkách. Graf ukazuje rozdíl mezi domovy soukromými a domovy místních úřadů – i když se rozdíl při pohledu na graf nezdá příliš velký, jeden resident navíc u každého pečovatele v domově s 25-ti a více residenty znamená o pečovatele celkově méně než v domově, jehož průměrné množství residentů na pečovatele je o celé číslo menší.

V menším podniku, jako je soukromý domov, existuje patrně přísnější kontrola výdajů, než v domově místních úřadů. Motiv zisku je zřejmě hlavní hnací silou soukromých domovů. Jednou cestou zvýšení zisku je udržování počtu pečovatelů na minimální vyžadované úrovni. Samozřejmě i domovy místních úřadů mají rozpočet, ale domnívám se, že u domovů místních úřadů není tlak na snižování nákladů tak silný jako v soukromých domovech důchodců.

Otázka č.2



Pro 3 otázky týkající se vycházek a aktivit používám následující bodování:

Nikdy - 0 bodů

Jednou za rok - 1 bod

Jednou za půl roku - 2 body

Každý měsíc - 3 body

Každý týden - 4 body

Tam, kde se odpovědi jednotlivých pečovatelů jednoho domova liší, započítávám průměrnou hodnotu. Čím vyšší je celkový výsledek, získaný daným druhem domovů, tím lépe si stojí v hodnocení, organizuje více aktivit pro residenty atd. Maximem jsou 4 body. Tento graf je předvídatelný z grafu předchozího.

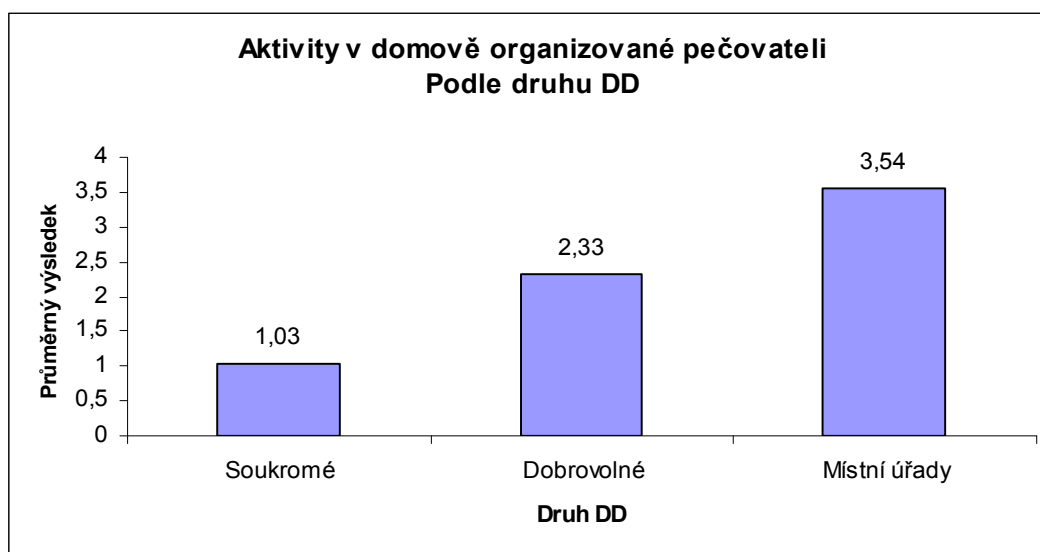
Když se pečovatel musí starat o více residentů (jak bylo znázorněno v předchozím grafu), patrně pro něj bude složitější najít čas na to, aby vzal residenta na vycházku nebo na nákup jako součást svých pracovních povinností. Julia Neuberger⁶⁴ ve své knize upozorňuje na fakt, že pečovatelům poté, co splní všechny úkoly fyzické péče, nezbývá

⁶⁴ Neuberger, op cit.

moc času pro residenty. Podobně David R. Phillips⁶⁵ ve své studii soukromých domovů důchodců v Devonu hovoří o sedmi minutách, které pečovateli v jeho pracovním dni zbudou po vykonání všech fyzických úkolů. Takže není žádným překvapením, že soukromé domovy důchodců si v bodování stojí nejhůře.

Výsledky otázek 3 a 4 (ohledně aktivit v domově organizovaných pečovateli a domovem samým) ukazují podobnou tendenci.

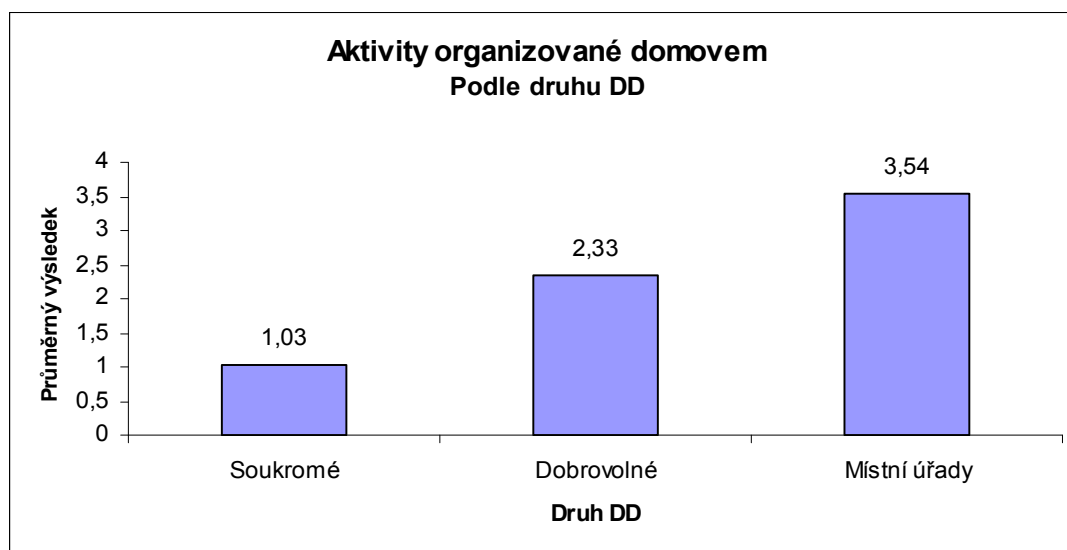
Otázka č. 3



Pečovatelé v soukromých domovech důchodců mají méně času na všechno včetně organizace aktivit pro residenty uvnitř domova.

⁶⁵ Phillips, op cit.

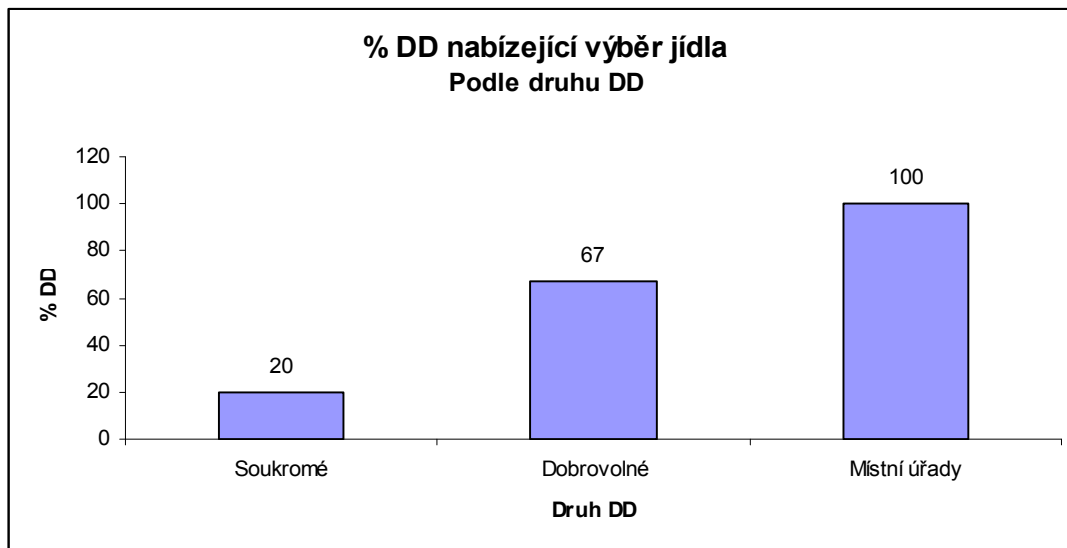
Otázka č. 4



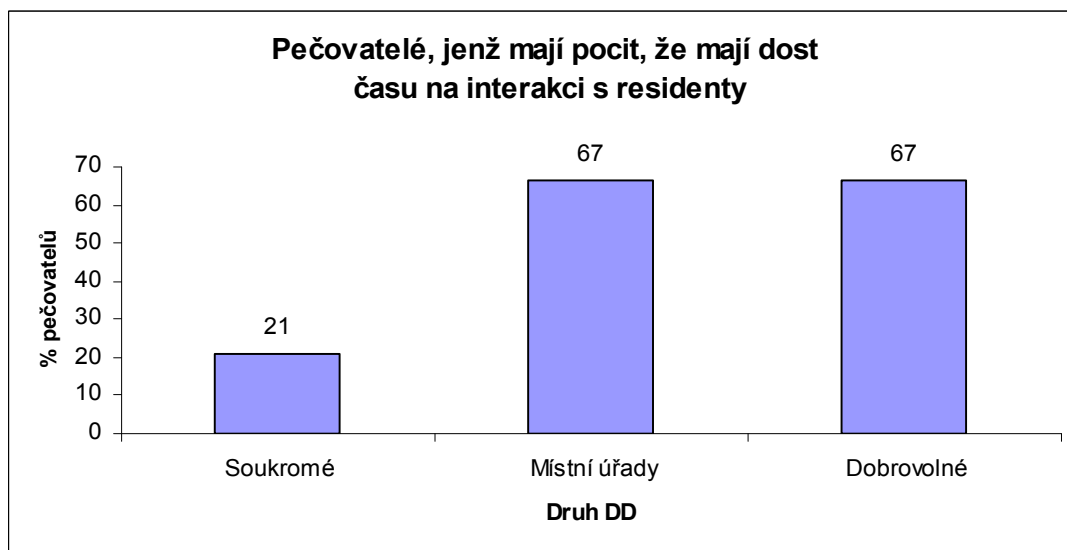
Pokud pečovatelé nemají čas aktivity pro residenty organizovat, dobrý domov by měl aktivity zařídit jinak – manažer by měl zorganizovat aktivity sám (např. najmout profesionální baviče, pronajmout transport na výlet apod.). Jak se ukazuje, u soukromých domovů to tak většinou nebývá. Obávám se, že jde o finanční problém – je nákladné zaplatit o pečovatele navíc přes den, a tak vytvořit čas pro pečovatele, který by mohl něco zorganizovat, nebo zajistit autobus nebo zaplatit osobu organizující bingo.

Z brožur, které mi domovy darovaly, se zdálo, že všechny organizují aktivity a jde jim o to, aby se jejich residenté bavili. Výsledky některých z nich však svědčí o opaku. Toto upozorňuje na problém inspekcí CSCI: inspektoři přicházejí bez ohlášení a nečekají, že se v daném dni budou nějaké aktivity konat a proto mají jen slovo manažera, že aktivity organizuje. Mohou se zeptat residentů, ale ti si často nejsou jisti (např. z důvodu zhoršené paměti) nebo si nejsou vědomi toho, jak se dostali na procházku, nákup apod. – v mnoha domovech se stává, že pečovatelé vezmou residenty na procházku ve svém volném čase – takové aktivity se k dobrému jménu domova počítat nedají. Svědčí jen o poutu mezi pečovatelem a residentem.

Otázka č. 5



Otázka č. 6



ZÁVĚR

Po všech zkušenostech, které jsem získala při práci i při výzkumu, nacházím se zpátky u Townsendových věšteckých slov: “S hororem se díváme zpátky na některé z krutostí, jež byly spáchány v šedesátých letech 19. století, tak jako se za sto let naši potomci s hororem ohlédnou na některé z krutostí, jež pácháme dnes”⁶⁶.

Od vydání jeho studie v roce 1963 neuplynula ani polovina století a tolik se změnilo. Standardy jsou nejlepší, jaké kdy byly i nejlépe regulované, životní podmínky důchodců naší doby by byly nepředstavitelné pro obyvatele “pracovních domů” ještě před druhou světovou válkou. Ale výzkum upozornil na určité trvalé nedostatky, které ospravedlňují Townsendovu časovou předpověď.

Standardy mají dobrý úmysl, ale jak ukázal můj výzkum, je složitější je řádně kontrolovat. A i když je dominantní podíl soukromých domovů důchodců na trhu už nezvratný, domovy místních úřadů, které zbývají, i dobrovolné domovy slouží jako připomínka toho, že vyčíslitelné hmotné standardy automaticky neznamenají kvalitní péči a lepší život pro residenty.

Ale alespoň podle Townsenda na to máme ještě další polovinu století.

⁶⁶ Townsend, op cit. str. 438.

Bibliografie

- Audit Commission. *Making a Reality Of Community Care*. London: H.M.S.O., 1986.
- Blakemore, Ken. *Social Policy: an Introduction*. 2. ed. Maidenhead: Open University Press, 2005.
- Community Legal Service. *Community Care: Your Legal Rights*. CLS Direct, 2005.
- Department of Health. *Care Homes for Older People: National Minimum Standards and the Care Homes Regulations 2001*. 3. ed. London: TSO, 2003.
- - -. *The NHS Plan: The Government's response to the Royal Commission on Long Term Care*. H.M.S.O., 2000.
- Devon County Council. *Moving into a Care Home in Devon*. Devon, 2005.
- Goudge, Mary V. *Choosing a Care Home*. Oxford: How To Books, 2004.
- Ginn, Jay and Sara Arber. "The Politics of Old Age in the UK." *The Politics of Old Age*. Ed. Alan Walker and Gerhard Naegele. Buckingham: Open University Press, 1999. 152-167.
- Hadley, Roger and Roger Clough. *Care in Chaos: Frustration and Challenge in Community Care*. London: Cassell, 1996.
- Matoušek, Ondřej. *Slovník Sociální Práce*. Praha: Portál, 2003.
- Matoušek, Ondřej a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005.
- MSI Data Report. *Homes for the Elderly:UK*. MSI: Saltney, 2000.
- Neuberger, Julia. *The Moral State We're In: A Manifesto for a 21st Century Society*. London: HarperCollins, 2005.
- Phillips, David R. et al. *Home from Home?: Private Residential Care for Elderly People*. Sheffield: Joint Unit for Social Services Research, 1988.
- Pollit, C. *Managerialism and the Public Services*. Oxford: Blackwell, 1993.
- Richards, Judy. *Complete A-Z Health and Social Care Handbook*. 2. ed. London: Hodder and Stoughton, 2003.

- Richards, Margaret. *Long-term Care For Older People: Law and Financial Planning*. Bristol: Jordans, 2001.
- Staal, Rosie. *What Shall We Do with Mother?: What to Do When Your Elderly Parent Is Dependent on You*. Great Ambrook: White Ladder, 2006.
- Tinker, Anthea. *Older People in Modern Society*. 4. ed. Harlow: Longman, 1997.
- Townsend, Peter. *The Last Refuge: A Survey of Residential Institutions and Homes For the Aged in England and Wales*. London: Routledge, 1962.
- Victor, Christina R. *Community Care for Older People*. Cheltenham: Stanley Thomas, 1997.
- Windmill, Veronica. *Caring for the Elderly*. Harlow: Longman, 1996.