

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Institucionální péče o seniory v Čechách
Institutional care of seniors in The Czech Republic

Bc. Zdeněk Čermák

Vedoucí práce: PhDr. Pavlína Šumníková Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogie (N7506)

Studijní obor: Speciální pedagogika

2015

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Institucionální péče o seniory v Čechách vypracoval pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 10. 4. 2015

.....

podpis

Rád bych poděkoval vedoucí práce PhDr. Pavlíně Šumníkové Ph.D. za její ochotu, spolupráci a věcné připomínky.

Abstrakt

Diplomová práce pojednává o problematice institucionální péče o seniory v Čechách. Hlavním cílem práce bylo provést obecný diskurs do současného stavu institucionální péče o seniory v Čechách. Vedlejším cílem pak navrhnout možné uplatnění speciálních pedagogů v rámci pobytových zařízení zdravotních a sociálních služeb. Jako hlavní výzkumná metoda byla použita analýza a kompilace odborných textů, kterých bylo v práci použito 168. Práce je vnitřně členěna do sedmi kapitol. První z nich pojednává o metodologii a cílech práce. Druhá přináší poznatky o stáří a stárnutí. Třetí představuje obecné aspekty institucionální péče. Čtvrtá kapitola seznamuje čtenáře se současným stavem zdravotních služeb s orientací na Léčebny dlouhodobě nemocných. Čtvrtá kapitola pojednává o sociálních službách zejména o domovech pro seniory. Pátá kapitola se zabývá péčí o umírajícího seniora a šestá kapitola představuje autorovu koncepci možného uplatnění speciálních pedagogů v rámci pobytových zařízení sociálních a zdravotních služeb.

Klíčová slova

stáří, senior, rodina, dlouhodobá péče, zdravotní služby, sociální služby, léčebna dlouhodobě nemocných, domov pro seniory, hospic

Abstract

This thesis deals with the issue of institutional care for the elderly in the country. The main goal of this work was to perform a general discourse in the current state of institutional care for the elderly in the country. The secondary objective is to suggest a possible application of special educationalists within accomodational services for health and social services.

The main research method was used the analysis and compilation of 168 expert papers. The work is internally divided into seven chapters. The first one deals with the methodology and objectives of the work. The second presents data on age and aging. The third is focused on general aspects of institutional care. The fourth chapter introduces the reader to the current state of health services with a focus on hospice. The fourth chapter discusses the social services especially for elderly homes. The fifth chapter deals with the care of the dying senior and sixth chapter presents the author's conception of a possible application of special educationalists within the accomodational and health services.

Keywords

Age, Senior,Family, Long term care, healthservices , socialservices, Long-Term Care Hospitals, nursinghomes, hospice

Obsah

1. Úvod.....	1
Kapitola č. 2 Metodologie.....	3
2.1 Cíle práce.....	3
2.2 Výzkumná metoda.....	3
2.3 Struktura práce.....	3
2.4 K současnému stavu poznání o institucionální péči o seniory v Čechách.....	4
2.5 Práce se zdroji.....	5
Kapitola č. 3 Stáří a stárnutí.....	8
3.1 Vymezení stáří a stárnutí.....	8
3.2 Hranice stáří, stárnutí, typologie věků.....	9
3.3 Teorie stárnutí.....	10
3.4 Bio-psycho- sociální proměny ve stáří.....	13
3.4.1 Somatické proměny ve stáří.....	13
3.4.2 Psychické proměny ve stáří.....	13
3.4.3 Sociální proměny ve stáří.....	15
3.5 Demografické stárnutí.....	16
3.6 Postoje české společnosti vůči stáří a seniorům.....	17
3.6.1 Předsudky, ageismus a jejich vliv na institucionální péči.....	18
3.7 Problematika akademického pojetí stáří.....	19
3.7.1 Teoretické akademické obory.....	20
3.7.2 Akademické obory vycházející z praxe.....	21
3.8 Závěrem ke kapitole Stáří a stárnutí.....	22
Kapitola č. 4 Obecné aspekty institucionální péče o seniory v Čechách.....	23
4.1 Vymezení termínu institucionální péče.....	23
4.2 Základní typy institucionální péče o seniory v Čechách.....	24

4.2.1	Základní formy institucionální péče o seniory.....	25
4.3	Snížená soběstačnost jako hlavní indikace k využívání institucionální péče. .	27
4.4	Rodinný kontext a senior se sníženou soběstačností.....	29
4.4.1	Domácí rodinná péče.....	29
4.4.2	Podpora rodiny seniora v pobytových zařízeních zdravotních a sociálních služeb.....	32
4.5	Zařízení zdravotních a sociálních služeb jako totální instituce a jejich dopad na osobnost seniora.....	33
4.6	Adaptace, poruchy adaptace na prostředí zařízení sociálních a zdravotních služeb.....	36
4.6.1	Adaptace.....	36
4.6.2	Poruchy adaptace.....	37
4.6.2.1	Geriatrický hospitalismus.....	37
4.6.2.2	Psychická deprivace.....	38
4.7	Legislativní podpora seniorů.....	38
4.7.1	Mezinárodní politika podpory seniorů.....	39
4.7.2	Národní politika podpory seniorů.....	39
4.7.2.1	Poradní orgány vlády v oblasti stárnutí.....	39
4.7.2.2	Národní programy podpory seniorů.....	40
4.7.2.3	Zákony týkající se úzce seniorské populace.....	41
4.8	Závěrem k současnému stavu institucionální péče o seniory v Čechách a Evropě.....	42
5.	Institucionální péče o seniory v Čechách – zdravotní služby.....	45
5.1	Zdravotní služby obecně.....	45
5.2	Druhy zdravotní péče.....	45
5.3	Formy zdravotní péče.....	46
5.3.1	Ambulantní péče.....	46
5.3.1.1	Primární ambulantní péče.....	46

5.3.1.2 Sekundární ambulantní péči.....	47
5.3.2 Zdravotní péče poskytována v přirozeném sociálním prostředí pacienta.....	48
5.3.3 Lůžková péče.....	49
5.3.3.1 Lůžková péče na oddělení Akutní geriatric.....	50
5.4 Léčebny dlouhodobě nemocných – LDN.....	51
5.4.1 LDN – definice a vymezení.....	51
5.4.2 Personální zajištění.....	53
5.4.2.1 Všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti.....	53
5.4.2.2 Ošetřovatel/ka, sanitář/ka.....	55
5.4.2.3 Zdravotně – sociální pracovník.....	56
5.4.2.4 Lékaři.....	57
5.4.2.5 Fyzioterapeuti, ergoterapeuti.....	57
5.4.3 Vnitřní a vnější profilace LDN.....	58
5.4.4 Problematika medicínského přístupu v LDN.....	60
5.4.5 Ošetřovatelský proces.....	62
5.4.6 Léčebný proces.....	63
5.4.7 Léčebně rehabilitační proces.....	64
5.4.8 Život seniorů v LDN.....	65
5.4.8.1 Před přijetím seniora.....	65
5.4.8.2 Při přijetí seniora.....	65
5.4.8.3 Během hospitalizace.....	67
5.4.8.4 Kvalita života seniorů v LDN.....	71
5.4.8.5 Ukončení hospitalizace.....	72
5.4.9 Podfinancování následné a dlouhodobé péče realizované v LDN.....	73
5.4.10 Závěrem k LDN.....	74
6. Institucionální péče o seniory v Čechách – sociální služby.....	75
6.1 Sociální služby obecně.....	75

6.2 Druhy sociálních služeb.....	76
6.2.1 Sociální poradenství.....	76
6.2.2 Sociální péče.....	76
6.2.3 Sociální prevence.....	77
6.3 Formy poskytování sociálních služeb.....	77
6.3.1 Ambulantní sociální služby.....	78
6.3.1.1 Odborné poradny pro seniory.....	78
6.3.1.2 Centra denních služeb pro seniory.....	78
6.3.1.3 Denní stacionáře pro seniory.....	79
6.3.2 Terénní služby.....	80
6.3.2.1 Osobní asistence.....	80
6.3.2.2 Pečovatelská služba.....	80
6.3.3 Pobytové služby.....	81
6.3.3.1 Týdenní stacionáře.....	81
6.3.3.2 Chráněné bydlení.....	82
6.3.3.3 Odlehčovací služba.....	82
6.4 Domovy pro seniory (DS) a domovy se zvláštním režimem.....	83
6.4.1 DS vymezení a definice.....	83
6.4.2 Vnitřní diferenciacce domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem... ..	84
6.4.3 Personální zajištění.....	85
6.4.3.1 Pracovník v sociálních službách (PSS)-pracovník přímé péče.....	85
6.4.3.2 Sociální pracovníci (SOP).....	86
6.4.3.3 Všeobecné sestry.....	87
6.4.3.4 Ergoterapeuti, fyzioterapeuti, speciální pedagogové.....	88
6.4.4 Realizace a řízení sociální péče v DS.....	89
5.4.5 Realizace a řízení zdravotní péče v DS.....	89
6.4.6 Vývoj přístupu ke klientům v DS.....	90

6.4.6.1 Individuální přístup ke klientům.....	91
6.4.7 Život seniorů v DS.....	92
6.4.7.1 Před přijetím seniora do DS.....	92
6.4.7.2 Kvalita života seniorů v DS.....	94
6.4.8 Problematika neregistrovaných poskytovatelů sociálních služeb.....	95
6.4.9 Závěrem k DS.....	97
7. Institucionální péče o seniory v Čechách – péče o umírajícího seniora.....	99
7.1 Hospicová péče.....	99
7.2 Formy hospicové péče.....	100
7.2.1 Ambulantní hospicová péče ve stacionářích.....	100
7.2.2 Terénní hospicová péče (domácí hospice).....	101
7.2.3 Pobytová hospicová péče – Hospic.....	102
7.2.3.1 Personální zajištění péče v hospicích.....	103
7.2.3.2 Hospic a péče o potřeby nemocných a jejich rodin.....	104
7.3 Závěrem k hospici.....	105
8. Speciálně-pedagogické intervence v pobytových zařízeních institucionální péče o seniory v Čechách.....	107
8.1 Postoj speciální pedagogiky vůči problematice stáří.....	107
8.2 Role speciálního pedagoga v DS a LDN.....	108
8.2.1 Speciální pedagog jako diagnostik.....	108
8.2.2 Speciální pedagog jako animátor.....	110
8.2.3 Speciální pedagog jako validator.....	112
8.2.3 Speciální pedagog jako terapeut.....	113
8.2.3.1 Kognitivní trénink a kognitivní rehabilitace.....	113
8.2.3.2 Muzikoterapie.....	114
8.2.3.3 Dramaterapie.....	114
8.2.3.4 Zooterapie.....	115

8.3 Závěrem k uplatnění speciálních pedagogů v zařízeních sociálních a zdravotních služeb.....	115
9. Závěr.....	116
Literatura.....	118
Literatura kap. č. 2.....	118
Literatura kap. č.3.....	121
Literatura kap. č. 4.....	126
Literatura kap. č.5.....	129
Literatura kap. č. 6.....	135
Literatura kap. č. 7.....	137

1. Úvod

Předkládaná diplomová práce s názvem „Institucionální péče o seniory v Čechách“, pojednává o společensky velmi aktuálním tématu, které se týká současného a budoucího života generace nesoběstačných seniorů.

Zvolené téma je mi osobně velmi blízké a považuji jej za logické vyplnutí mých profesních a vzdělávacích zájmů. Při koncipování obsahu diplomové práce jsem vycházel z vlastních osobních zkušeností člověka, který pracuje řadu let ve zdravotních službách především se seniorskou populací. Po celou dobu trvání mé zdravotnické kariéry jsem nabýval dojmu, že zdravotnickému personálu chybí základní osvěta o tom, jakým způsobem fungují sociální služby. Nyní z praxe lektora v sociálních službách jsem přesvědčen, že pracovníkům v sociálních službách či sociálním pracovníkům zase chybí povědomí o tom, jaké metody práce využívají pracovníci ve zdravotnických zařízeních.

Právě proto jsem se rozhodl napsat práci, která by nesla charakter obecného diskursu o současném stavu institucionální péče o seniory v Čechách. Tato práce však nemá přinášet základní poznatky pouze zdravotním sestřám či sociálním pracovníkům ba naopak, jako užitečné vodítko o tom, jak si v současné době stojí institucionální péče o seniory v naší zemi, může posloužit i pedagogickým pracovníkům (např. speciálním pedagogům), kteří pracují (nebo se chystají pracovat) se seniorskou populací. Pomoci by mohla i laické veřejnosti, obzvláště těm, kteří se snaží postarat o své příbuzné, ale sami na to již nestačí a v současném systému poskytování sociálních a zdravotních služeb se příliš neorientují.

Také fakt, že je práce psána a vedena na Katedře speciální pedagogiky, není náhodou. Osobně se totiž domnívám, že právě ve speciální pedagogice tkví budoucnost gerontopedagogiky. V souvislosti s tím pokládám sobě i řadě svých kolegů a kolegyně otázku: Kdo jiný, než speciální pedagogové, znalí postupů a metod práce se znevýhodněnými osobami, by měl mít do budoucnosti větší zájem na tom, stát se dominantními odborníky na vzdělávací, sociální, psychické či výchovné potřeby seniorů? Právě proto, aby si speciální pedagogové časem dokázali na tuto otázku odpovědět, jsem zařadil ke konci této práce sice okrajově zpracovanou, ale do

budoucná velmi významnou kapitolu, která se týká uplatnění speciálních pedagogů v rámci institucionální péče o seniory.

Nejen tato práce, ale obecně i celé téma, týkající se problematiky života dnešní a především budoucí generace seniorů, jsou určeny všem, kterým není lhostejný osud osob, které prostě jenom zestárly a již se o sebe nejsou schopny sami postarat, což budeme v budoucnu nejspíše i my sami.

Kapitola č. 2 Metodologie

2.1 Cíle práce

Hlavním cílem práce bylo provést obecný diskurs do současného stavu poznání o tématu – Institucionální péče o seniory v Čechách a dalších témat s tím souvisejících.

Druhotným cílem pak bylo představit možnosti uplatnění speciálního pedagoga v pobytových zařízeních sociálních a zdravotních služeb určených k péči o seniory.

2.2 Výzkumná metoda

Vzhledem k teoretické povaze práce byla jako hlavní výzkumná metoda zvolena analýza a kompilace odborných textů, vztahujících se k tématu diplomové práce.

2.3 Struktura práce

Práce je členěna do sedmi velkých kapitol, z nichž každá specificky pojednává o problematice institucionální péče o seniory.

První kapitola představuje metodologický základ této práce.

Druhá kapitola s názvem „Stáří a stárnutí“ představuje seniory a stárnoucí populaci jako předmět institucionální péče. Zabývá se individuálním i demografickým stárnutím, postoji České veřejnosti vůči stárnoucí populaci a nakonec představuje i současné akademické pojetí stáří a jeho nedostatky.

Třetí kapitola „Obecné aspekty institucionální péče o seniory v Čechách“ vymezuje základní druhy institucionální péče, pojednává o snížené soběstačnosti jako hlavnímu indikátoru k využívání institucionální péče, představuje rodinný kontext seniora se sníženou soběstačností a pojednává také o zařízeních pobytových služeb jako o totálních institucích a jejich dopadech na osobnost seniora, představuje také legislativní rámec stáří a stárnutí.

Čtvrtá kapitola „Institucionální péče o seniory v Čechách – zdravotní služby“ vymezuje základní druhy a formy zdravotních služeb. Specificky se věnuje geriatrické

ambulantní a pobytové péči a podrobně představuje problematiku Léčeben dlouhodobě nemocných.

Pátá kapitola „Institucionální péče o seniory v Čechách – sociální služby“ pojednává o současném stavu sociálních služeb ve vztahu k seniorské populaci. Podrobně se věnuje zejména Domovům pro seniory a Domovům se zvláštním režimem. V této části práce je věnován prostor také aktuální problematice neregistrovaných poskytovatelů sociálních služeb.

Šestá kapitola „Institucionální péče o seniory v Čechách – péče o umírajícího“ okrajově představuje problematiku současné ambulantní, terénní i pobytové hospicové péče.

Sedmá kapitola pojednává o možnostech uplatnění speciálních pedagogů v rámci pobytových zařízení, poskytujících služby seniorům. Kapitola vymezuje vztah současné speciální pedagogiky vůči seniorům a na základě osobních zkušeností autora představuje koncepci uplatnění speciálního pedagoga.

2.4 K současnému stavu poznání o institucionální péči o seniory v Čechách

Současný stav poznání o institucionální péči o seniory hodnotím jako velmi rozpačitý. Na jedné straně tohoto problému máme poměrně dobře zpracovanou a výzkumně podloženou oblast, týkající se gerontologických poznatků (srov. kap. o práci se zdroji a seznam literatury) o dnešních seniorech a na stranu druhou nám v české literatuře absentují publikace, které by zastupovaly elementární znalost o skutečném fungování sociálních a zdravotních služeb, tzv. za zdmi jejich zařízení.

I publikace nesoucí název týkající se přímo problematiky institucionální péče (srov. Malíková, 2011, Dvořáčková, 2012), popisují především teoretický rámec toho, jakým způsobem by měla tato zařízení fungovat, ale o realitě nepřináší takřka žádné informace. Přitom právě v současné době v souvislosti s nedávnými oznámeními veřejné ochránkyně lidských práv (srov. Šabatová, 2015) by již jistě bylo na místě, vyvinout značné výzkumné snahy pro zachycení života dnešních seniorů v pobytových zařízeních institucionálních služeb a na jejich základě, učinit příslušné kroky k nápravě.

Pokud bychom chtěli porovnat literární zpracování sociálních a zdravotních služeb, museli bychom uznat, že sociální služby jsou na tom, co do počtu titulů i kvality jejich zpracování, podstatně lépe. V oblasti zdravotních služeb totiž nevznikají takřka žádné publikace postihující tuto problematiku. Chybí nám i výzkumy z oblasti poskytování služeb v Léčebnách dlouhodobě nemocných a vlastně obecně ze všech forem služeb poskytovaných seniorům. Podobně jsou na tom i některé aspekty, které s poskytováním služeb seniorům bezprostředně souvisí. Patří k nim například týrání seniorů v pobytových zařízeních, které také teprve čeká na své výzkumné zpracování, podobně jako výzkumy z oblasti thanatologie.

Jako velký problém vidím také fakt, že zdravotní i sociální služby jsou málokdy popisovány v publikacích společně (většina publikací se věnuje pouze sociálním službám – více v kapitole o práci se zdroji), což může mylně vyvíjet dojem, že jsou tyto dva druhy služeb na sobě vzájemně nezávislé nebo, že spolu nesouvisí, což není pravda.

Na nejobecnější rovině tedy mohu sdělit, že se domnívám, že je potřeba investovat personální i finanční zdroje do řady výzkumných šetření, na jejichž základě možná, budeme schopni, vytvořit skutečnou reformu sociálních a zdravotních služeb.

2.5 Práce se zdroji

V celém rozsahu diplomové práce bylo použito 168 zdrojů. Zdroje byly kombinovány tak, aby se v nich odrazily informace z biografických titulů, internetových zdrojů (především příspěvků z webových stránek), vědeckých článků, výzkumů, ale také zákonů.

Velká část práce je věnována právě systematické práci se zákony a to nejvíce z oblasti zdravotních (Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška č. 98/2012 Sb. Vyhláška č. 99/2012 Sb., Zákon č. 372/2011 Sb., č. 96/2004 Sb. č. 95/2004 Sb. apod.) a sociálních (Zákon č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů, Vyhláška č. 505/2006 Sb.) služeb.

V oblasti práce s biografickými zdroji byla v největším měřítku věnována pozornost především gerontologické tematice (Kalvach, 2004, 2008, 2011, Haškovcová, 2010, 2012, 2002, Tošnerová, 2002, Zavázalová, 2001 a další), dále problematice pobytových služeb (Malíková, 2011, Dvořáčková, 2012, Princová, 2009, Glosová, 2006 a další), specificky sociálních služeb (Janebová, 2008, Johnová, 2002, Králová,

Rážová, 2007 a další) a v neposlední řadě také tématice umírajících seniorů (Svatošová, 1995, 1998, Misconiová, 1998).

Příspěvky z webových stránek byly jako zdroj nejčastěji zvoleny v případech, kdy se jednalo o vysvětlení fungování určité organizace či určitého prvku terapie (srov. Asociace hospiců ČR, Muzikoterapie, cz, apod.).

Vědecké články a výzkumy jsem vyhledával a používal především v případech, kdy dostupná biografická literatura selhala nebo nebyla schopna poskytnout úplná data (srov. Dvořáčková, 2012). Článků bylo využito především při hodnocení kvality života seniorů v Léčebnách dlouhodobě nemocných a v Domovech pro seniory (srov. Motejl, 2006, Princová, 2009, Šabatová, 2015, Šťastný, 2008, Dolejšová, 2013). Poměrně rozsáhlou citaci výzkumu autorů Saka a Sakové (2008) využívám také v kapitole věnující se postojům veřejnosti vůči stáří a seniorům.

S oblastí cizojazyčných zdrojů bylo v této práci pracováno pouze okrajově. Důvodem je fakt, že institucionální péči o seniory v Čechách považují natolik za specifickou (stejně jako sociokulturní podmínky, ve kterých je realizována), že by při jejím popisování nebylo moudré, čerpat ze zahraničních zdrojů, protože by mohlo dojít ke zkreslení pojmů a dat (v zahraniční literatuře například není znám pojem Léčeben dlouhodobě nemocných a pod pojmem „Domov pro seniory“ může být například myšlena i seniorská rezidence, která je však spíše podobná domovu s pečovatelskou službou srov. Koubová, 2007). I přes to je v práci použito 10 cizojazyčných zdrojů. Jedná se především o mezinárodní zprávy o dlouhodobé péči (OECD, 2005, Marin, Leichsering, Rodrigues, Huber., 2009) a zprávy z výzkumů týkajících se týrání seniorů, což je téma, které je v Čechách prakticky nezkoumáno (Pillemer, Moore, 1990, Goergen, 2004).

Výčet použitých zdrojů. Viz. Tabulka č. 1. a seznam literatury.

TAB. č.1 – Výchet použitých zdrojů

Kapitola	Biografie	Příspěvky na webu	Zákony	Články	Cizojazyčné zdroje	Celkem
Stáří a stárnutí	19	2	4	4	2	31
Obecné aspekty	28	5	5	8	6	52
Zdravotní služby	8	5	7	8	0	28
Sociální služby	20	13	7	10	1	51
Péče o umírajícího	9	3	4	3	0	19
SPPG intervence	9	1	1	1	4	16

Pozn. Některé zdroje se v práci opakují.

Z tabulky č. 1 je patrné, že nejvíc zdrojů bylo použito v kap. Obecné aspekty institucionální péče, která je zároveň také kapitolou textově nejrozsáhlejší. Nejméně zdrojů bylo použito v kapitole Speciálněpedagogické intervence v pobytových zařízeních sociálních a zdravotních služeb, která je textově nejméně obsáhlá.

V práci bylo použito 47,21 % biografických zdrojů, 14,72% citací příspěvků na webu, 14,21% citací zákonů, 17, 25% citací článků a 6, 60% citací cizojazyčných zdrojů.

Kapitola č. 3 Stáří a stárnutí

Pojmy „stáří a stárnutí“ patří mezi jedny z ústředních pojmů této práce. V praxi bývají velmi často zaměňovány a leckdy jsou užívány, hlavně laickou veřejností, nesprávně, proto považuji za nutné je pro potřeby této práce popsat a vymezit jejich vzájemný vztah. Dobrá znalost oblasti stárnutí je základem pro úspěšné působení v pomáhajících profesích. Personál, který přichází dennodenně do styku se seniory, si často ani neuvědomuje, že ve stáří život člověka doznává velkých změn a nastupují v něm celé řady komplikací, pro které pečující personál nemusí mít vždy pochopení. Stárnoucí člověk velmi snadno ztratí svoji soběstačnost vlivem psychických, fyzických a někdy i sociálních změn ve svém životě a právě tehdy se takový senior stává předmětem institucionální péče.

3.1 Vymezení stáří a stárnutí

Stárnutím (senescencí, involucí) rozumíme především proces involučních změn, které v širším vymezení můžeme považovat za veškeré vývojové procesy, probíhající v lidském (a vlastně jakémkoliv živém) organismu v průběhu celého jeho života (včetně života nitroděložního), vrcholící jeho zánikem (vymezení, jež vychází z předpokladu, že stárneme od okamžiku početí), anebo v užším vymezení, které Langmeier a Krejčířová (2006, s. 202) popisují jako „...souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a jež kulminují v terminálním stadiu a ve smrti.“ Troen (2003) pak doplňuje, že stárnutí je progresivní proces, projevující se progresivní ztrátou fyzických schopností a sníženou schopností účinně reagovat na environmentální stres.

Stáří neboli senium je oproti tomu posledním ontogenetickým obdobím v životě člověka, které je charakteristické především tím, že se v něm zcela odráží způsob života, kterým člověk žil a to zejména v období střední a pozdní dospělosti. Je výsledkem procesu stárnutí, který je ireverzibilní a končí smrtí jedince (Gruberová, 1998). Haškovcová (1990) dodává, že je potřeba si uvědomit, že stáří není nemoc, ale proces změn, které trvají celý život, přičemž zřetelnější jsou až v pozdním období člověka.

Vztah stáří a stárnutí je tedy následující: Stárnutí předchází stáří, kdy v období stáří akcelerují všechny biologické, psychické i sociální změny, které se k procesu stárnutí váží.

3.2 Hranice stáří, stárnutí, typologie věků

Stanovit hranici, odkdy prokazatelně stárneme, jednoduše nelze. V širším vymezení stárnutí je hranice velmi jasně dána předpokladem, že stárneme již od našeho početí. Pokud bychom ovšem uvažovali o dolní hranici procesu stárnutí v definičním rámci užšího vymezení, jednoduše předpokladu širšího vymezení již nemůže pro samotné definování stačit. Nelze totiž předpokládat, že vývojové změny v prenatálním období, dětství a adolescenci vykazují stejný charakter jako změny, jež jsou úzce spojeny s procesem stárnutí (například presbyopie, presbyakuzie, pokles inteligence, proměna sociálních vztahů apod.). Logickým tvrzením lze tedy uvažovat nad tím, že start procesu stárnutí se nachází někde na pomezí adolescence, mladší a střední dospělosti ve věkovém rozmezí zhruba od 18 do 25 let. Je však nutné si uvědomit, že toto tvrzení se zatím nepodařilo spolehlivě vědecky prokázat, protože nástup procesu stárnutí je pro každého člověka značně individuální a to zejména vzhledem k jeho genetickým předpokladům a environmentálním vlivům, které na něj působí skrze jeho životní i sociální prostředí (srov. Langmeier, Krejčířová, 2006, Pacovský, Heřmanová 1981, Vágnerová, 2007).

Podobně nejasná situace panuje i u stanovení dolní hranice stáří. V současné době je za spodní hranici stáří brána norma vycházející z tzv. chronologického (kalendářního) věku, která vychází z předpokladu počtu odžitých let počítaných od data narození. Tato hranice je dle návrhu WHO z roku 1980 60 let (V anglosaských zemích je to 65 let, stejně jako u nás.). Langmeier a Krejčířová (2006) ovšem poukazují na fakt, že tato hranice není a nebyla dána univerzálně a úzce souvisí s historickým a sociokulturním vývojem lidstva. Například v roce 1800 byl věk, kdy byl člověka považován za „starého“, podle Langmeira a Krejčířová (2006), 40 let. O sto let později byl společností vnímán jako kmet padesátník, přičemž v dnešní době je předmětem akademických oborů, zabývajících se stáří, člověk starší pětasedmdesáti let. Nutno také podotknout, že v každé společnosti platí jiné normy pro určování toho, kdo je považován za starého člověka. Nelze tedy srovnávat naše středoevropské

vnímání stáří s vnímáním stáří například u afrických kmenů (Langmeier, Krejčířová, 2006).

V dnešní době již na základě řady výzkumů a monografií víme, že chronologický věk pro určení toho, kdy je člověk starý, nestačí. Na základě toho to předpokladu byly proto vypracovány jiné typologie „věků“, podle kterých lze určovat, jak je (se cítí být) člověk starý. Všechny přitom vychází z předpokladu, že stáří je ve svém charakteru především interindividuální (tedy každý člověk se například v šedesáti letech cítí jinak, má jiné schopnosti, dovednosti, žije jiným sociálním životem) a intraindividuální (stárnutí nemusí nutně postihovat všechny složky osobnosti člověka stejnou mírou). Heřmanová a Pacovský (1981) uvádějí krom chronologického věku také věk funkční, který odpovídá reálně potencialitě člověka, dále produkční věk, jenž se využívá pro ekonomickou klasifikaci a v neposlední řadě také sociální věk, ve kterém zohledňujeme především sociální změny, které člověk prožívá v pozdním období svého života. Stuart-Hamilton (1999) pak doplňuje ještě další typ a to věk biologický, jež vyjadřuje, v jakém stavu se nachází organismus daného člověka. Pro svoji obecnost jej dále specifikuje na anatomický věk (stav kostry, svalstva apod.), karpální věk a fyziologický věk (především stav metabolických procesů organismu a jejich funkčnosti). Sak a Saková (2008) upozorňují, že vnímání spodní hranice stáří prokazatelně souvisí také s tím, kdo jej posuzuje. Poukazují tak na tendenci tzv. oddalování nástupu stáří, tedy čím je člověk mladší, tím je pro něj věková hranice stáří nižší a naopak, čím je člověk starší, tím je pro něj spodní hranice stáří vyšší. Tato tendence je pozorovatelná především u posuzovatelů ve věku od 15ti do 50ti let.

Pro samotnou existenci a realizaci institucionální péče o seniory také není chronologický věk podstatným faktorem. Některé domovy se zvláštním režimem totiž poskytují své služby i osobám v nepříznivé sociální situaci, které jsou starší 45ti let.

3.3 Teorie stárnutí

Proč a odkdy stárneme? To jsou základní otázky, které si pokládají řady vědců z různých vědních odvětví a to například vývojoví psychologové, biologové, lékaři, genetici, ale i sociologové a další. Ani jeden z výše zmíněných oborů však nikdy nedokázal představit všeobecně uznávanou a komplexní teorii, která by dokázala na již zmíněné otázky zcela odpovědět. To ovšem neznamená, že teorie stárnutí, které tyto obory generují, jsou zcela liché, nepravdivé a neužitečné. Naopak celá řada z nich

přinesla mnoho cenných poznatků o tom, jakým způsobem se naše tělo i mysl vyvíjí a stárne.

Pacovský a Heřmanová (1981) ve své publikaci Gerontologie dělí teorie stárnutí do třech kategorií. První z nich je teorie působení zevních vlivů tzv. **ekologická teorie** – vychází z předpokladů, že hlavními faktory ovlivňujícími proces stárnutí jsou především vnější vlivy, kterými jsou zejména životospráva, chemické látky, náročný životní styl, stres, vliv bakterií, virů apod.

Další významnými teoriemi jsou teorie předpokládající působení vnitřních vlivů. Patří mezi ně především **Teorie volných radikálů** – základním východiskem této teorie je předpoklad, že volné radikály poškozují membrány a další části buněk, přičemž za volný radikál se považuje škodlivá látka vzniklá jako vedlejší produkt metabolismu, kterou není lidské tělo schopno vyloučit. **Genetické teorie** – Teorie spotřebování telomer, Hromadění defektu DNA, Geneticky naprogramovaná smrt apod. a dále Teorie porušené integrace a organizace.

Jiné, poněkud propracovanější uspořádání teorií stárnutí předkládá Weber a kol. (2000). Ten vymezuje především základní dva typy teorií a to teorie **Stochastické**, které jsou podle Troena (2003) ty teorie, které předpokládají, že stárání je způsobeno náhodným poškozením pro život zásadních molekul, přičemž se v těchto teoriích předpokládá, že dojde-li k nahromadění těchto poškození, nastane pokles fyziologických funkcí. Mezi tyto teorie patří již výše zmíněná Teorie volných radikálů, dále například Teorie opotřebení, překřížení a podobně.

Druhým typem jsou **Nestochastické teorie** stárnutí, které vychází z předpokladu, že stárání je geneticky naprogramováno. Mezi tyto teorie řadíme například **Pacemakerovou teorii stárnutí**, jež vychází z předpokladu, že všechny orgány našeho organismu v sobě mají program, který jim říká, jakým způsobem a jak dlouho mají fungovat. Po té co tato doba uplyne, funkce toho orgánu ustává nebo se mění a člověk stárne. Tato teorie je také známá jako „teorie genetických hodin“. Mezi nestochastické teorie dále řadíme také všechny genetické teorie.

Zcela mimo předchozí dělení teorií stárnutí pak stojí tzv. **sociologické teorie stárnutí**. Podle Jarošové (2006) tyto teorie odrážejí vztah společnosti a její struktury k sociálním změnám ve stárání a dále také postoje společnosti vůči starým lidem. Podle těchto teorií mají společnosti s vyšším počtem seniorů také vyšší míru nesnášenlivosti vůči starým

lidem. Charakter institucionální péče o seniory v Čechách nejlépe popisuje **Teorie neangažovanosti**, která se zakládá na faktu, že společnost exkluduje seniory mimo celospolečenské sociální sítě, čímž kompenzuje úbytek jejich výkonnosti a vytváří tak místo pro socializaci mladším generacím (Cumming, In Sýkorová 2007). Typickým příkladem takové exkluze jsou například domovy pro seniory. Teorie neangažovanosti byla pro svůj předpoklad, že senioři jsou pouze pasivní jedinci, žijící na okraji společnosti, mnohokrát kritizována, i přes to ale zůstává faktem, že sociální exkluze je naprosto přesné vyjádření toho, co se seniorem stane, pokud se octne izolován v zařízeních ústavních péče.

Teorie neangažovanosti byla po dlouhou dobu považována za zcela přirozenou a jejímu významu pro život stárnoucí populace, paradoxně, nebyl přikládán příliš velký význam. V dnešní době již ale víme, že životní období nazývané stářím není jen pasivním obdobím v životě člověka a právě proto nabývá na významu proti půl teorie neangažovanosti a to teorie aktivity. **Teorie aktivity** vychází z předpokladu, že stárnoucí člověk se vědomě v rámci společenské života neupozaduje, nýbrž vyvíjí neustálou snahu o kompenzaci úbytku sociálních rolí formou seberealizace a vytvářením nových rolí, což potvrzují i soudobé výzkumy realizované v ČR (srov. Sak, Saková, 2008, Havighurst, Albrecht, In Sýkorová 2007).

Situace s teoriemi stárnutí je obecně velmi nejasná. Jejich neschopnost podat komplexní výklad o tom, proč stárneme, pravděpodobně tkví v tom, že jsou příliš jednostranné. Endogenní teorie příliš obecně přikládají nejvyšší podíl na stárnutí naší genetické výbavy, environmentální či ekologické teorie zase předpokládají, že hlavním zdrojem stárnutí jsou především vlivy, jež působí na náš organismus zvenčí, přičemž pravda bude zřejmě někde v půlce. Stáří je zcela jistě geneticky naprogramováno a do velké míry do časnosti, průběhu i konce a charakteru jeho nástupu či průběhu v našem životě, promlouvají i vlivy z našeho prostředí. Nesmíme přitom také zapomínat také na sociální podmíněnost procesu stárnutí, která zůstává vědci, oproti jiným teoriím stárnutí, stále značně opomenuta.

3.4 Bio-psycho- sociální proměny ve stáří

Stáří, stejně jako všechna ostatní ontogenetická období v životě člověka, je podmíněno a zároveň se projevuje ve třech základních aspektech a to somatickém, psychickém a sociálním. Tyto aspekty jsou vzájemně propojeny a v průběhu života se neustále proměňují a právě v období stáří dozívají své konečné podoby, byť zůstávají i přes to neustále dynamické – vyvíjející, proměňující se. V následujících kapitolách popíši, jak se člověk ve stáří mění. Rád bych ovšem upozornil na to, že následující teoretické poznatky o změnách v osobnosti a fyzickém či sociálním stavu seniora nejsou univerzálními a všepřijatelnými informacemi o tom, jak se musí člověk změnit, aby z něj byl senior. Jsou spíše vodítky pro detekci a diferenciální poznání stárnoucího člověka, než univerzálním návodem na to, jak má a musí senior vypadat (viz. Inter a intraindividuelní podstata stáří zmíněná v kapitole 1.2.).

3.4.1 Somatické proměny ve stáří

Podstata somatických proměn starého člověka vychází z tzv. chřadnutí, tedy snížené schopnosti regenerace buněk (Dienstbier, 2009). Charakteristickým obrazem seniora se pak právě díky chřadnutí stává člověk s šedivějícími vlasy, suchou a svraštělou kůží (vrásky). V oblasti aktivního pohybového aparátu u seniorů často dochází k atrofii svalstva a zmožení tukové hmoty, v pasivním pak k řídnutí kostí a jejich zvýšené lomivosti, což vede k problémům s lokomocí, které jsou úzce spjaté se soběstačností, která je dnes toliko diskutovaným termínem v souvislosti s plnohodnotným životem českých seniorů. Ve stáří se také zmožují problémy, související se špatnou funkcí vnitřních orgánů a to zejména srdce, cévního řečiště, slinivky břišní, jater, ledvin, s čímž souvisí i zvýšená polymorbidita (současná přítomnost více chorob v jednom organismu). Významně se také zhoršuje funkčnost všech smyslových orgánů (Dienstbier, 2009).

3.4.2 Psychické proměny ve stáří

Psychické proměny ve stáří zcela jistě souvisí s atrofií mozkové hmoty. Tyto proměny se projevují v několika různých aspektech naší psychiky. První z nich je aspekt kognitivní. Langmeier a Krejčířová (2006) popisují, že v období stáří se zhoršuje celá řada kognitivních funkcí, což zcela jistě souvisí i s chřadnutím již výše zmíněných smyslových analyzátorů a procesů zpracování jejich vjemů (zejména pozornosti a

vnímání). Paměť se dle autorů zhoršuje takovým způsobem, že senioři si lépe vybavují, to co bylo již dávno a daleko větší potíže mají se vzpomínkami uloženými v krátkodobé paměti. Nicméně i dlouhodobé vzpomínky bývají velmi často emočně i fakticky zkresleny. V oblasti inteligence se podařilo vědecky potvrdit, že s vyšším věkem klesá. Langmaeier, Krejčířová (2006), Vágnerová (2012) ovšem upozorňují na to, že neklesají všechny její složky, nýbrž jen ty, které úzce souvisí s procesem učení a tzv. kognitivní flexibilitou. Oproti tomu morální usuzování, sociální inteligence a další psychické fenomény související s životem člověka ve společnosti, zůstávají procesem stárnutí dlouhou dobu nedotčeny. Druhým aspektem psychiky, ve kterém se stáří projevuje, je emoční prožívání. To je dle Langmaeira a Krejčířové (2006) méně bezprostřední, s tendencí ke snižování intenzity emocí. Klesá míra neurocitismu a na opak se zejména ve skutečně pozdních obdobích objevuje egocentrismus, kdy se starý člověk více zajímá sám o sebe a své problémy a leckdy ztrácí přehled o okolním světě. S tím jakým způsobem člověk prožívá poslední období svého života, souvisí strategie vyrovnávání se stářím, ale i s vlastní smrtelností, které zmíním v následující kapitole. Třetím významným aspektem ovlivňujícím současný život podstatné skupiny seniorů je selhávání mentálních schopností, jež mají ireverzibilní a progresivní charakter, tedy syndrom demence, jež je právem označován za metlu lidstva žijícího v moderní společnosti. MKN 10. definuje demenci především jako „*syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.* (<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>)

Stále se zvyšující procento seniorů potýkajících se syndromem demence je v současné době celosvětovým problémem, na jehož úspěšné řešení se teprve čeká. Dosud totiž nebyl vynalezen žádný univerzálně použitelný lék (či terapie), který by demenci dokázal prokazatelně vyléčit anebo ji předcházet. Nárůst dementní populace seniorů logicky vyústil i ve změnu charakteru institucionální péče. Specializovaná oddělení zabývající se dementními pacienty většinou nalezneme v psychiatrických léčebnách

pod pojmem „Gerontopsychiatrie“, dále v domovech pro seniory pod hlavičkou „Domov se zvláštním režimem“ (zákon č. 108/2006 Sb., č. 372/2011 Sb. Válková, Kolejšová, Holmerová, 2010, OECD, 2005).

3.4.3 Sociální proměny ve stáří

Stáří bezbřezě nastupuje po období tzv. produktivního věku, který je charakteristický především tím, že je člověk společensky užitečný, vydělává peníze a seberealizuje se (Vágnerová, 2000). Za konec produktivního věku byl vždy považován nástup člověka do důchodu. Tato myšlenka dnes již zcela jistě není univerzálně platná, protože řada občanů důchodového věku, setrvává na svých pracovních pozicích i po řadu let od nástupu do důchodu. Někteří dokonce ve významných vedoucích pozicích, protože jsou jejich zkušenosti s praxí nedocenitelné a nenahraditelné. I přesto nástup do důchodu implikuje pro stáří jednu ze zásadních signifikantních vlastností a to změnu sociálních rolí, která nastává takřka ve všech oblastech života člověka. Nejčastějšími změnami sociálních rolí jsou například: z rodiče prarodičem, z ekonomicky činného – nečinným, z manžela (manželky) vdovcem (vdovou), ze zdravého nemocným, z nezávislého závislým, z nezkušeného moudrým apod. Právě tyto sociální změny ať už pozitivní nebo negativní, ovlivňují naše vnímání sebe sama a leckdy mohou vyústit v různé strategie, kterými se s těmi to změnami vyrovnáváme (Sak, Kolesárová, 2012). S. Reichardová (1962, in Langmeier, Krejčířová, 2006) v souvislosti s tímto tématem představila pět typů strategií, kterými se vyrovnáváme s tím, že stárneme.

- **Strategie konstruktivní:** Lidé, kteří se vyrovnávají s vlastním stářím konstruktivně, bývají velmi často aktivní až pozdních etap stáří. Bývají otevření, užívají si nově nabytého volného času a s vědomím vlastních limitů, prožívají spokojený život. Často také pracují nebo hledají jiné formy vyžití. Je pro ně charakteristické, že jsou racionálně smířeni s faktem, že stárnou a bývají vnitřně srovnání i s vědomím vlastní smrtelnosti.
- **Strategie obranná:** Obranná strategie je charakteristická pro osoby, které se nejsou schopny srovnat s vlastním stárnutím a smrtelností. Pod tímto vlivem se snaží leckdy křečovitě udržovat v zaměstnání či jiných aktivitách, na které již nestačí. (Pozn. Jako jistou formu obranné strategie můžeme považovat také velmi oblíbené užívání různých zákroků z oblasti estetické chirurgie. Ty zcela jistě slouží k pozměnění vizuální reality naší tělesné schránky, kdy se snažíme vypadat mladší

často ne kvůli tomu, co si o nás myslí ostatní, ale právě proto, že se sami sobě, jako stárnoucí lidé, nelíbíme, s čímž se nejsme ochotni ztotožnit.)

- **Strategie závislosti:** Lidé se závislostní strategií bývají závislí na schopnostech a dovednostech druhých lidí, spíše než na vlastních. Tyto osoby často využívají svých zdravotních problémů k tomu, aby na sebe upoutaly pozornost a mohly se tak stát objektem cizí péče. Není jim cizí účelná manipulace či citové vydírání svých příbuzných za účelem toho, aby o ně bylo dobře postaráno a oni tak mohli přenést zodpovědnost za vlastní život na druhé.
- **Strategie hostility:** Základními vlastnostmi osob se strategií hostility je podezřívavost a agresivita. Často bývá pozorována u osob, které i přes veškeré snahy, nedosáhly ve svých očích žádného životního úspěchu. Výsledkem tohoto dojmu pak je, že mají tendenci za vše, co se jim nezdařilo, vinit ostatní. Zvládnutí projevů této strategie je velmi náročné jak pro seniora, tak pro pečující osoby.
- **Strategie sebenávisti:** Lidé s touto strategií často obrazejí agresi sami proti sobě. Tato strategie je projevem narušeného vztahu seniora k sobě samému a obecně ji hodnotíme jako nejzávažnější.

Byť je teorie S. Reichardové obecně uznávána a dokonce byla několikrát s úspěchem vědecky revidována a ověřena, nelze předpokládat, že těchto pět způsobů, kterými se lze vyrovnávat se stářím, patří mezi jediné způsoby, které je schopna naše psychika vygenerovat. Naopak je daleko pravděpodobnější, že existuje daleko více strategií vyrovnávání se změnami, přicházejícími v období stáří a stejně tak je velmi pravděpodobné, že se tyto strategie v průběhu života seniora proměňují. Na teorii Reichardové však shledávám jako nejdůležitější fakt, že se jí podařilo výzkumně podložit tvrzení o tom, že člověk prožívá senium především pod vlivem předchozích životních zkušeností a povahových vlastností.

3.5 Demografické stárnutí

V předchozích kapitolách týkajících se vymezení termínů stáří a stárnutí, jsem se zabýval tzv. individuálním stářím, tedy takovým, které postihuje každého jedince v průběhu vývoje jeho života. Stárnutí jako proces však nemusí postihovat pouze jednotlivce, nýbrž prokazatelně postihuje celé populace, přičemž ta evropská a

potażmo česká nejsou žádnou výjimkou. Na rozdíl od individuálního stárnutí není populační stárnutí procesem nezvratným, protože vždy existuje možnost, že dojde k omlazení populace v rámci populačního nárůstu mladších ročníků. Tento demografický scénář je však pro českou populaci velmi nepravděpodobný. Demografickým stárnutím obecně pak rozumíme proces, který nastává v důsledku změn v demografické reprodukci, které vedou ke změně zastoupení dětské a postreprodukční složky v populaci (demografie.info, 2014).

Současná situace v české populaci je dle informací ČSÚ (in Malíková, 2011) taková, že v roce 2011 žilo v Čechách 15,5 % obyvatelstva staršího 65 let. Demografická prognóza pro rok 2030 pak předpokládá, že podíl občanů starších 65 let se zvedne na 22,8 % populace a v roce 2050 dokonce na 31,3%. Tato situace však nevznikla sama o sobě. Malíková (2011) ve své publikaci uvádí několik obecně známých faktorů, proč populace stárne. Patří mezi ně například klesající porodnost, stále se zvyšující úroveň medicíny, pokles kojenecké úmrtnosti, prodlužující se střední délka života, snížení počtu lidí žijících v chudobě, sociální rozvoj, rozvoj sociálních služeb, celkové zlepšení pracovních podmínek a podmínek k životu.

3.6 Postoje české společnosti vůči stáří a seniorům

Nárůst stárnoucí populace způsobený výše zmíněnými vlivy, proměna tradičních, ale i post komunistických společenských hodnot a spousta dalších vlivů pak nese za následek především určitou změnu v postojích, kterou česká společnost prodělala a v současné době stále prodělává. Právě těmito postoji se zabývá poměrně rozsáhlé kvantitativně orientované výzkumné šetření s názvem „*Názory a postoje české populace k seniorům*“, které bylo zpracované v rámci projektu „*Proměna sociálního obsahu kategorie generace seniorů.*“ autorů Saka a Sakové (2008), kteří v rámci svého výzkumu oslovili 1014 občanů ČR starších patnácti let. Z jejich výzkumu vyplývá (z průměru ve všech věkových kategoriích, které seniorství posuzovaly), že dnešní český senior je osoba starší šedesáti let, jejíž hlavní charakteristikou je, že je stará (starší), pobírající důchod, mající spoustu volného času na své koníčky. Na rozdíl od jiných generací seniorů má větší možnost cestovat, vzdělávat se a vézt aktivní život. Hlavními tématy, o nichž senioři přemýšlí a uvažují, jsou dle výsledku výzkumu především smysl života, zdraví, smrt atd. Senioři mají možnost být zaměstnáni, přičemž jejich hlavním pracovním přínosem jsou především jejich zkušenosti. Jejich

pracovní výkon se však vyznačuje nízkou efektivitou práce, zdravotními omezeními, ale i omezeními plynoucími z technologické nezdatnosti.

Obecné výsledky výzkumu vážící se k procesu stárnutí a životnímu období stáří jsou následující: Češi se ve stáří bojí nejvíce nemocí, finanční a existenční nouze, osamocení a smrti. Těší se naopak na svůj volný čas, vnučata, cestování a svobodu. Domnívají se, že stáří nemá pro společnost ani pro ně samotné velkou hodnotu (oproti mládí a dospělosti) resp. má nejnižší ze všech životních období. Stáří není v Čechách vnímáno jako aktivní období, byť se většina účastníků domnívá, že mladší lidé musí staré občany živit. Česká společnost dle respondentů není připravena na nárůst stárnoucí populace a to zejména z ekonomického hlediska (důchodová reforma, financování sociálních zařízení apod.). V oblasti diskriminace českých seniorů se respondenti vyjádřili tak, že se domnívají, že čeští senioři jsou diskriminováni na základě svého věku především v pracovní oblasti. Za alarmující výsledky svého výzkumu autoři považují především kvalitu a dostupnost sociálních služeb a valorizaci důchodů vzhledem k inflaci.

3.6.1 Předsudky, ageismus a jejich vliv na institucionální péči

Z výše prezentovaného diskursu do výsledku výzkumu je jasně patrné, že Čechy stále ještě ovlivňují předsudky, vážící se ke stáří, vedoucí v krajních případech až k ageismu, tedy „*ideologii založené na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu, manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité kohortě/generaci.* (Vidovičová, 2008, s.13)“, jehož míra je v moderní společnosti stále nezanedbatelná. Zdrojem ageismu jsou nejpravděpodobněji společenské předsudky, vážící se ke stárnoucí populaci, přičemž zdroj těchto předsudků vychází podle Palmora (in Vidovičová, 2008) z trojí podstaty. První z nich je podstata individuální (strach ze smrti, nepřátelské postoje vůči minoritám apod.), druhou podstatu kulturní (humor, umění, kultura, mediální obraz seniorů atd.) a v neposlední řadě také podstata sociální (mezigenerační konflikty, věkové nesoulady,..). Tošnerová (2002) pak uvádí pět generalizovaných předsudků, které se ke stáří váží. Prvním z nich je předsudek tzv. univerzality, vycházející z předpokladu, že všichni staří lidé jsou stejní. Druhým pak je, že stáří probíhá stejně u mužů i u žen. Třetí se generuje z představy, že staří lidé jsou společensky neužiteční. Čtvrtý má zdroj v představě, že staří lidé jsou křehcí a

výhradně závislí na péči druhých osob a posledním pátým předsudkem, pak je představa, že staří lidé znamenají pro společnost pouze ekonomickou zátěž.

Ačkoliv jsou výsledky výzkumu spíše negativní (obzvláště v oblastech celkového vnímání stáří – jako společensky nevýznamného životního období), je dobré si uvědomit, že existenci některých výše zmíněných předsudků popírají (Například je zřejmé, že oslovení respondenti nepovažují stáří za pasivní období lidského života a ani seniory za výhradně závislé osoby.). Na druhou stranu je myslím zřejmé, že ty nejsilněji společenské předsudky (obzvláště týkající se ekonomické závislosti seniorů), generující negativní obraz stáří a seniorů stále ještě přetrvávají a významně se podílí na charakteru současné institucionální péče o seniory. V té totiž stále převládají především pobytová zařízení, segregující seniory mimo společnost (viz. kap. O totálních institucích), byť je tento trend naprosto v opozici současnému hlavnímu trendu v sociálních i zdravotních službách – deinstitucionalizaci (Viz. Registr sociálních služeb).

3.7 Problematika akademického pojetí stáří

V oblasti akademického pojetí stáří lze pozorovat jeden významný faktor, kterým je teprve narůstající výzkumný zájem o toto životní období. Ať už budeme popisovat teoretické či praktické obory, které se zabývají stářím, leckdy musíme počítat s tím, že jejich výzkumné snahy i data, na kterých stojí jejich těžiště, mají leckdy charakter pilotních studií, určených k ověření či zastaralých teorií, které nelze na dnešní seniorskou generaci aplikovat (například teorie neangažovanosti). Ve srovnání s životním obdobím dětství, které je velmi kvalitně zpracováno nejen z hlediska pediatrie, ale i psychologie, pedagogiky a dalších vědních oborů, je stáří skutečným výzkumným nováčkem. Současný trend je však takový, že zájem o stáří jako o vědeckou kategorii postupně narůstá. S podivem ne však ve vědeckých disciplínách k tomu určených, ale především v oborech vycházejících z praxe jako je například ošetrovatelství, sociální práce a v neposlední řadě ze speciální pedagogiky. I přes to lze v oblasti akademického pojetí stáří pozorovat jistý zmatek, který dle mého názoru vyplývá především z nedostatečného počtu kvalitních odborníků, rekrutujících se zejména z řad psychologů, andragogů, ale také lékařů či sociologů. Smyslem práce těchto odborníků by měla být především snaha o to, aby byl systém věd, zabývajících se stářím, logicky uspořádán a především prakticky realizován.

3.7.1 Teoretické akademické obory

Již dříve jsem se zmiňoval o faktu, že praxe institucionální péče o seniory vychází z teoretických poznatků především o stáří (zejména jeho charakteru, průběhu apod.). Tyto poznatky v sobě sdružuje věda, nazývající se Gerontologie, kterou bychom mohli vymezit jako obecnou vědu o stáří, jejíž hlavním úkolem je vytváření předpokladů pro týmovou spolupráci, sjednocování terminologie, identifikování klíčových problémů a především zajištění vzájemné prostupnosti poznatků všech oborů zabývajících se stářím (Průcha, 2009). Gerontologie se dále dělí na dílčí obory, z nichž v Čechách nejrozvinutějším je Geriatrie, jinak řečeno Klinická gerontologie, kterou považujeme za „*samostatný lékařský obor interdisciplinárního charakteru, který plní nejen specifické úkoly léčebně preventivní, ale také integrační a metodické při vytváření uceleného systému zdravotních a zdravotně sociálních služeb pro seniory.*“ (Cggs, 2006).“ Geriatriem se člověk stává absolvováním postgraduálního specializačního studia medicíny, jež končí atestací z geriatrie. Geriatrie je jak akademickým, tak praktickým oborem uplatňujícím se především ve zdravotnickém prostředí (zákon č. 372/2011 Sb., č. 95/2004 Sb.).

Dalším z významných vědních oborů zabývajících se stářím je Gerontopsychologie, která je součástí vývojové psychologie. Jejím úkolem je výzkum a deskripce proměn psychických funkcí v období stáří. Zkoumá ale také metody, kterými lze stimulovat mozek apod. Jako hlavní problém současné Gerontopsychologie vidím fakt, že jako samostatný obor v Čechách prakticky neexistuje. Psychologové ji nemohou studovat ani se studijně specializovat, jejich schopnost práce se seniory tedy vychází především z jejich pracovních zkušeností a osobnostních kompetencí, vzděláním bývají nejčastěji kliničtí psychologové (Tento zvláštní nepoměr lze pozorovat například vůči dětské klinické psychologii, která je v rámci klinické psychologie samostatnou specializací.). Nutno také podotknout, že psychologů ochotných pracovat se starými lidmi je velmi málo a podobně je na tom i gerontopsychiatrie, o čemž svědčí například fakt, že v ČR neexistuje takřka žádná síť ambulancí gerontopsychiatrů a gerontopsychologů (srov. ÚZIS, 2012).

Podobnou tendenci jako u Gerontopsychologie můžeme pozorovat i u Gerontopedagogiky, tedy vědní disciplíny, která se z obecného úhlu pohledu zabývá výchovou a vzděláváním seniorů. V širším úhlu pohledu ji také můžeme vymezit jako empirickou disciplínu, zajišťující komplexní péči a podporu seniorům v medicínském

prostředí i mimo něj, jejímž základním znakem je, že vychází z multioborových poznatků (Mühlpachr,2004). Gerontopedagogiku můžeme zařadit v systému pedagogických věd do andragogických disciplín. Samostatně ji studovat v našich podmínkách nelze a dokonce ani specializovat se v rámci andragogiky na studium této disciplíny není úplně snadné, protože drtivá většina studijních oborů andragogiky se zabývá především personalistikou a vzděláváním dospělých. I přes to, že dnes již víme, že předpoklad vzdělávání seniorů není lichý, odborníci z řad kvalifikovaných andragogů ochotných systematicky pracovat se seniory stále chybí a případné námítky, že univerzity organizují studia tzv. třetího věku v koloritu celé seniorské populace, opravdu neobstojí (Mühlpachr,2004).

3.7.2 Akademické obory vycházející z praxe

Za akademické obory vycházející z praxe považují především ty, jež sice mají svoji akademickou podstatu (teorie, výzkumy apod.), ale těžiště jejich činnosti spočívá především v praxi. Jedná se o obory, které na poli institucionální péče o seniory v Čechách dominují, a přesto je na ně často zapomínáno. Patří mezi ně především Ošetřovatelství a Sociální práce.

Ošetřovatelství tedy „samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví (Věstník MZ ČR 9/2004).“

Ošetřovatelství je jedna ze zásadních vědeckých disciplín, která je v praxi prostřednictvím pracovníků, které generuje, seniorům bezprostředně nejbližší. Ošetřovatelství je studijním a pracovním oborem všeobecných (zdravotních) sester (potažmo ošetřovatelek a ošetřovatelů a zdravotnických asistentů), které leckdy realizují komplexní ošetřovatelskou péči o seniory, o které se nemá, již kdo jiný postarat. Jsou to právě ony, které jsou ve zdravotnických zařízeních v denním kontaktu se stárnoucími lidmi, což vedlo v rámci ošetřovatelské profese k potřebě, vytvořit specializační studium, které by se zaměřovalo na práci se seniory. V současné době si mohou sestry doplnit v rámci institutu celoživotního vzdělávání specializaci v oblasti geriatrické a další specializace se seniory souvisejícími. Více o významu ošetřovatelství v současné institucionální péči o seniory v kapitole o zdravotních službách.

Sociální práce je dominantním akademickým a přitom také praktickým oborem, věnujícím se problematice stárnoucí populace v rámci institucionální péče. Pro potřeby této praxe generuje především dva druhy pracovníků a to sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, o jejichž významu pojednám hlouběji v kapitole věnující se sociálním službám. Jednoznačně vymezit či definovat sociální práci nelze, protože existuje celá řada paradigmat, na jejichž základě se definiční rámce sociální práce mění a přizpůsobují. Mezi tato paradigmat patří především paradigma terapeutické, tedy sociální práce jako terapeutická intervence, dále reformní paradigma, v němž se zdůrazňují především principy solidarity, spolupráce, vycházející z vize společenské rovnosti všech jejich členů a v neposlední řadě také tzv. poradenské paradigma, které v sobě zahrnuje celou škálu poradenských aktivit od právního až po sociální poradenství (Navrátil, 2000). Všechna tato paradigma problematikou institucionální péče prostupují a ovlivňují. Sociální práci, bychom definovali jako teoretickou, praktickou i profesní disciplínu, která se zabývá uplatněním společenské teorie a výzkumu ke studiu a zlepšení kvality života lidí, sociálních skupin a celé společnosti (Matoušek, 2012).

Abych předložil komplexní obraz oborů zabývajících se praktickými aplikacemi svých poznatků na stárnoucí populaci v institucionální péči, nesmím zapomenout také na různé terapeutické koncepty, jež se v institucích poskytujících péči seniorům, běžně používají. Patří sem především ergoterapie, muzikoterapie, arteterapie a fyzioterapie. O významu speciální pedagogiky pojednám v samostatné kapitole.

3.8 Závěrem ke kapitole Stáří a stárnutí

Stárnutí je proces, kterému se nikdo z nás nevyhne a změny, které sebou přináší, nakonec také ovlivní život každého z nás. Právě proto bychom měli trvat na tom, aby se ve společnosti změnila současné pasivně negativní postoje, které chtě nechtě, vůči seniorům naše společnost zaujímá. Toho můžeme docílit jedině tak, že nebudeme před současnými problémy seniorů zavírat oči, že podpoříme nestátní neziskové organizace v boji za lepší podmínky pro život osob, které dříve také byly platnou součástí naší společnosti. Dále bychom měli motivovat nové generace speciálních pedagogů, sociálních pracovníků, lékařů, psychologů či všeobecných sester, aby měli zájem o stáří, aby jejich práce přinášela nové poznatky a aby se tak začalo žít dobře dnešním seniorům a výborně za čas i nám.

Kapitola č. 4 Obecné aspekty institucionální péče o seniory v Čechách

Pod obecnými aspekty institucionální péče o seniory v Čechách si lze představovat ledacos. Já sem se v této kapitole zaměřil především na to, co podle mého názoru ovlivňuje současnou situaci na poli poskytování institucionálních služeb seniorům. V úvodu kapitoly se pokusím vymezit termín institucionální péče, dále se budu zabývat základními typy poskytovaných služeb, včetně jejich forem. Následně se budu věnovat snížené soběstačnosti jako hlavní indikaci k využívání institucionálních služeb. Po té zmíním velmi zásadní kapitolu, týkající se rodinného kontextu péče o seniora se sníženou soběstačností a rodinné podpory seniora v zařízení institucionální péče. V závěru kapitoly představím zařízení sociálních a zdravotních služeb jako totální instituce včetně jejich dopadu na psychiku seniorů.

4.1 Vymezení termínu institucionální péče

Jednoznačné vymezení termínu institucionální péče je poměrně nesnadné, protože pod tímto termínem sdružujeme celou řadu technik, postupů a intervencí, které poskytují tzv. vnější instituce (vnější ve vztahu k jedinci, ale například také k jeho rodině) osobám, jež se o sebe nejsou schopny z jakéhokoliv důvodu sami postarat anebo potřebují podporu v soběstačnosti. Institucionální péče má mnoho podob od preventivních přes poradenské až intervenční zásahy do života osob, které jsou jejím předmětem (Zákon č.108/2006 Sb.).

Institucionální péče je také záležitostí věkové nespecifičnosti, což znamená, že nelze říct, že by ji využívali pouze senioři. Ba naopak pobyt v instituci je dominantním tématem také v oblasti dětství, obzvláště diagnostické ústavy, kojenecké, výchovné ústavy či dětské domovy jsou častým tématem celospolečenské, ale i akademické diskuze podobně jako domovy sociálních služeb určené k pobytu mentálně, tělesně postižených osob či věznic (Matějček, 1999, Malíková, 2011, Goffman, 1961, MPSV, 2008).

V Čechách se termín institucionální péče váže především k životnímu období dětství, konkrétně k tématu realizování ústavní a ochranné výchovy a k různým formám

náhradní rodinné péče. V tomto smyslu je leckdy institucionální péče chybně zaměňována za péči ústavní (rezidenční, pobytovou), která je ale pouze její součástí nikoliv synonymem (srov. MŠMT, 2015, MPSV, 2008)

V této práci budu s termínem institucionální péče pracovat na obecné rovině. V následujících kapitolách této práce popíši všechny formy a druhy institucionální péče poskytované seniorům žijícím na území ČR s tím, že hlouběji se budu zabývat především pobytovými službami, ve kterých tkví dle mého názoru jádro celého problému institucionální péče o seniory v Čechách.

4. 2 Základní typy institucionální péče o seniory v Čechách

Institucionální péči o seniory v Čechách zajišťují instituce především dvojího charakteru. Jsou to instituce, které poskytují zdravotní služby (dle zákona č. 372/2011 Sb.). Ty jsou v oblasti pobytových služeb nejčastěji realizovány na lůžkách Léčeben dlouhodobě nemocných (LDN) či na odděleních Geriatrie (v oblasti ambulantní sféry nejvíce u praktických lékařů), kde jsou umístováni pacienti na doléčení (či fyzioterapii) po operacích, komplikovaných déle trvajících léčbách chronických onemocnění, pacienti v terminálním stadiu života apod., ale právě také pacienti jejichž důvod hospitalizace je tzv. sociálního charakteru, což v praxi znamená, že se o sebe nejsou nebo nechtějí či nemohou postarat (podobně se o ně nechce, nemůže nebo nedokáže postarat ani rodina) a proto musí být hospitalizováni právě například v LDN, kde velmi často čekají na umístění do dalšího typu institucionální péče a to do zařízení sociálních služeb.

Prostřednictvím sociálních služeb (dle zákona č. 108/2006 Sb.) je seniorům poskytována celá řada různých forem služeb, o kterých více pojednám v samostatné kapitole. V oblasti pobytových služeb však uvažujeme především o domovech pro seniory, které podle Králové a Rážové (2007) poskytují své služby především občanům se sníženou soběstačností, jež potřebují pravidelnou pomoc a podporu. Dále také těm, jež se ocitnou v nepříznivé sociální situaci, která jim nedovoluje žít v jejich přirozeném domově, který domovy pro seniory nahrazují.

V České literatuře (srov. Malíková, 2011, Kalvach, 2008, Hrozenská, Dvořáčková, 2013) se často setkáváme s termínem „sociálně-zdravotní péče o seniory“, který

poukazuje na vzájemnou prostupnost zdravotní a sociální sféry právě v této oblasti a často se o něm uvažuje jako o jednotě téhož.

Tato prostupnost je vcelku logická a v české praxi v minimální míře, leč běžně realizovaná. Například v LDN jsou specializovaní zaměstnanci (zdravotně-sociální pracovníci), kteří mají za úkol zajišťovat, diagnostikovat a v určité míře i saturovat především sociální potřeby klienta a dle jeho možností a schopností spolupracovat s rodinou a dalšími institucemi na řešení jeho budoucnosti po propuštění ze zařízení (Vyhláška č. 424/2004 Sb.). Podobně v domově pro seniory pracují všeobecné sestry, které zde provádějí odborné ošetrovatelské úkony, pracují zde také lékaři a další zdravotničtí pracovníci (například psycholog). Na druhou stranu označovat souhrnně institucionální péči o seniory za zdravotně-sociální není zcela správné, protože ve zdravotnických zařízeních je poskytována zdravotní péče, která je v jádru svého charakteru skutečně velmi odlišnou od péče sociální, realizované v zařízeních sociálních služeb. Právě proto v této práci termínu sociálně – zdravotní péče o seniory nepoužívám a tyto dvě formy péče odděluji.

Neprovázanost sociální a zdravotní péče je jedním z největších problémů provázející současný stav institucionální péče o seniory jak v ČR, tak i v celé EU. Leichsering, Rodrigues, Huber (2009) přitom uvádějí, že právě dobrá provázanost, společný jazyk, dostatečná nabídka a kvalita sociálně-zdravotních služeb jsou zárukou kvalitní na klientovi potřeby orientované dlouhodobé péče.

4.2.1 Základní formy institucionální péče o seniory

V nejobecnějším měřítku vymezujeme dle zákona o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.) a zákona o zdravotních službách (č. 372/2011 Sb.) následující tři formy institucionální péče o seniory, které uvádím na příkladech v tabulce č. 2.

Tabulka č. 2 – Formy institucionální péče o seniory

Forma	Zdravotní služby	Sociální služby
Ambulantní služby, za kterými klient sám nebo v doprovodu jiné osoby dochází a při nichž mu není zajišťováno dlouhodobé ubytování (zákon č. 108/2006 Sb.).	Návštěvy ambulancí praktických lékařů, lékařů specialistů, výživových specialistů, sester specialistek (například v oblasti chronických ran), psychologů, fyzioterapeutů apod.	Návštěva klubů, poradenských pracovišť při domovech pro seniory či senior centrech, denní stacionáře, sociálně aktivizačních služby pro seniory realizované krajskými nebo neziskovými

		či soukromými organizacemi.
Terénní služby, které jsou poskytovány v přirozeném prostředí klienta tedy v jeho domácnosti či v domově s pečovatelskou službou (Smutek, 2006).	Návštěva praktických lékařů a všeobecných sester v domácnosti klienta, rychlá záchranná služba, návštěva fyzioterapeuta, psychologa apod.	Terénní pečovatelská služba nabízí seniorům celou řadu služeb (nemusí vždy využívat celou škálu nabízených služeb, v současné době senioři často využívají například jen dovážku jídla). Sociálně aktivizační terénní programy, návštěvy sociálních pracovníků apod. V současné době se rozvíjí také domácí hospicová péče zaměřující se na klienty v terminálním stadiu života. Velmi frekventovanou službou je také osobní asistence.
Pobytové služby Obecně jsou poskytovány především klientům, kteří se o sebe neumějí, nechtějí anebo nedokážou postarat. Často jsou v pobytových zařízeních internováni také tzv. casus sociále, tedy lidé s nevyřešenou sociální situací (osoby bez přístřeší) (č. 108/2006 Sb.).	Pobyt v nemocnicích na oddělení akutních lůžek s možným následným přesunem do LDN nebo na lůžka oddělení následné péče. V nemocnicích bývají zřizovány také tzv. sociální lůžka, respitní pobyty. Odbornou péčí o seniory se zabývají lůžka akutní a standardní Geriatrie či Gerontopsychiatrie.	Služby mohou mít charakter jednak přechodný, kdy je klient umístěn do domova pro seniory na určitou dobu (často také odlehčovací pobyty, kdy je klient umístěn do domova pouze na dobu nutnou k zotavení pečovatele, který se o něj stará v jeho domácím prostředí) anebo trvalý, kdy klient v domově pro seniory již natrvalo žije.

4.3 Snížená soběstačnost jako hlavní indikace k využívání institucionální péče

Soběstačnost, jako komplexní schopnost postarat se o sebe sama, patří k jedné z nejexponovanějších schopností determinující život člověka ve stáří. Nejedná se pouze o jedinou schopnost (jako například schopnost mobility), ale o komplex schopností zahrnující mentální, fyzické i sociální schopnosti a z nich vyplývající kompetence k tomu, žít plnohodnotný život bez závislosti na druhých.

Soběstačnost člověka je předmětem výzkumů celé řady vědeckých oborů například ošetřovatelství, medicíny, sociální práce, ale i speciální pedagogiky, a ačkoliv na akademickém poli není úplným nováčkem, výzkumný boom zažívá teprve

v posledních letech v souvislosti s novelizací zákona o zdravotnických pracovnících a všeobecným rozvojem vysokého školství v oblasti zdravotnických věd (srov. Dvořáčková 2012, Malíková, 2011, Pokorná).

Soběstačnost resp. její limity a omezení jsou ústředním termínem také pro dlouhodobou institucionální péči o seniory v Čechách. V souvislosti s tím, můžeme dle Válkové, Kolečkové a Holmerové (2010) soběstačnost vymezit několika způsoby:

- **Soběstačnost obecná** – schopnost vést život v přirozeném (obvykle náročném) prostředí bez potřeby pomoci druhých.
- **Soběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života (IADL)** – je schopnost vykonávat běžné aktivity každodenního života (doprava, nákupy, finance, vedení domácnosti) bez pomoci druhých.
- **Soběstačnost v základních sebeobslužných aktivitách (ADL)** – schopnost se bez pomoci druhých osob najíst, napít, umýt, provést toaletu apod.

V situaci, kdy začne senior v jakékoliv této oblasti chronicky selhávat, uvažujeme a o tzv. snížené míře soběstačnosti nebo o nesoběstačnosti, která je vymezována jako úplná nebo částečná ztráta schopnosti postarat se o sebe sama bez pomoci druhých osob.

Dle funkční klasifikace seniorů (Spirdusová, in Kalvach, 2008) jsou předmětem institucionální péče především senioři se sníženou mírou soběstačnosti a to senioři tzv. **křehcí** (Balancují na hranici soběstačnosti, mají problémy například s tím, dojít si na nákup, zaplatit složenky atd. V oblasti sebe obsluhy bývají soběstační.), **závislí** (Bývají velmi často omezení v pohybu, kterému se snaží vyhnout. Jsou ohroženi sociálním vyloučením, protože bývají izolováni ve svých bytech. Selhávají v oblasti sebe obsluhy, potřebují vysokou míru podpory.), **zcela závislí** (Bývají upoutáni na lůžko. Je u nich častý výskyt pokročilého mentálního deficitu. Jsou zcela odkázáni na péči druhých osob.).

S mírou nesoběstačnosti seniora také velmi úzce souvisí míra závislosti, která je určujícím indikátorem proto, jakou míru péče a podpory bude daný senior potřebovat. S mírou závislosti seniora pak souvisí také příspěvek na péči, jehož výše má leckdy zásadní vliv na to, do jaké míry bude mít senior možnost, využívat sociálních služeb (Válková, Kolečková, Holmerová, 2010).

Příspěvkem na péči rozumíme dále dle zákona č. 108/2006 Sb. finanční podporu, která je vyplácena osobám, které pro svůj dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav potřebují pomoc druhých osob. Výše příspěvku je určena stupněm závislosti, které jsou podle zákona o sociálních službách celkem čtyři a to lehká, střední, těžká a úplná závislost. Příspěvek by měl být určen na uhrazení nákladů spojených s péčí o seniora ať už v domácím nebo institucionálním prostředí.

Žárský (2009) uvádí počty pobíratelů příspěvků na péči v přepočtu na 10000 občanů.

Tabulka č. 3 pobíratelé příspěvku na péči

Kategorie	1.stupeň	2.stupeň	3.stupeň	4.stupeň
65-74 let	165	119	51	28
75plus	842	589	267	188

V tabulce je také velmi dobře vidět prudký nárůst pobíratelů příspěvků na péči po 75 roce života.

4.4 Rodinný kontext a senior se sníženou soběstačností

Význam rodiny pro člověka je stále ještě nejvíce diskutován v souvislosti s termíny dětství a výchova. Současnost, ale i historie nám však ukazují, že rodina má úplně stejný význam pro děti, jako pro stárnoucí populaci. V období stáří je podpora rodiny velmi zásadní a to zejména proto, že s přibývajícím věkem člověka, klesá míra jeho soběstačnosti, stoupá míra morbidity a s tím i míra jeho závislosti na péči druhých osob, kterými jsou zpočátku nejčastěji právě příbuzní (Kalvach, 2011).

Rodinnou péči o seniora v domácím ani ústavním prostředí nelze považovat za samozřejmost a v žádném případě nelze opomíjet její důležitost. Obzvláště pro seniora internovaného v pobytových ústavních zařízeních je podpora rodiny velmi zásadní a to nejvíce na samém počátku jeho pobytu a samozřejmě i v celém jeho průběhu (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005).

4.4.1 Domácí rodinná péče

Rodinnou péči označujeme někdy také jako péči neformální, tedy především takovou, která je poskytována automaticky bez vnějších pravidel a možností vnější kontroly. V ČR tvoří rodinná péče o nesoběstačného seniora asi 80% veškeré péče, která je seniorům poskytována a odhaduje se, že ji rodina poskytuje průměrně 4 až 5 let

(Zavázalová, 2001). Nejčastějšími pečovateli jsou ženy starší 56 let (Karmelitová, Kaštovský, 2005). V ČR existuje liché veřejné mínění o tom, že domácí rodinná péče je pro stát ekonomicky nenáročná. Marin, Leichsering, Rodrigues, Huber (2009) však upozorňují na to, že domácí péče o seniory je stejně tak nákladná, jako péče v pobytových zařízeních, přičemž rozdíl je pouze v explicitnosti financování. Autoři také uvádějí, že v kontextu Evropské Unie je domácí rodinná péče široce uplatňována také proto, že je lidsky velmi vysoce ceněna anebo proto, že doplňuje chybějící nebo selhávající článek péče státu o staré občany. V západoevropské společnosti obecně panuje trend, aby senioři zůstávali co nejdéle ve své rodině a svém přirozeném prostředí. Tento trend pak v devadesátých letech minulého století vyústil ve strategii Ageing in place (OECD), která má na svědomí změnu v poměrech institucionální péče o seniory zejména v Rakousku, Norsku a Australii (OECD, 2005).

I Čeští senioři vnímají podle Veselé (2001) jako zásadní řešení nepříznivé sociální situace především vlastní bydlení s možností využití sociálních služeb a to v 55,2%, penzion pro důchodce ve 12,7%, dům s pečovatelskou službou ve 13,4% a domov pro seniory v 5,8%.

Vůle postarat se o své rodiče je výzkumně patrná i na straně příbuzných nesoběstačných seniorů. Až 80% respondentů výzkumu, který se zabýval představou dětí o zabezpečení jejich rodičů v nesoběstačnosti (Veselá, 2002), uvedlo, že by se o své rodiče chtělo postarat v domácím prostředí za pomoci sourozenců a 27% za pomoci terénních institucionálních služeb. Ač je tento výsledek výzkumu značně pozitivní je potřeba si uvědomit, že v praxi reálný není, o čemž svědčí především počty čekatelů na lůžka v domovech pro seniory i neustále přeplněné stavy zařízení poskytující dlouhodobou zdravotní péči. Odborníci z této situace nejčastěji vinní nedostatečnou finanční a odbornou podporu rodin, které by se chtěli o své stárnoucí příbuzné postarat.

Domácí rodinná péče klade na rodinné pečovatele bezpochyby velkou zátěž a to jakým způsobem se s ní dokážou pečovatelé vyrovnat, závisí na celé řadě faktorů, mezi nimiž zůstává nejdůležitější především faktor charakteru vztahu, který pečovatelé k danému seniorovi zaujímají. Pokud mají pečující k seniorovi dobrý vztah založený na lásce, respektu, pocitu sounáležitosti apod., je vůle rodiny k tomu, umístit seniora do ústavní péče nižší a doba jeho pobytu v domácím prostředí se prodlužuje či je terminální. Péči o seniora mohou ovšem provázet i negativní pocity jako je nechuť

se o seniora postarat, strach z nesplnění úkolu, pocit viny, nenávisti, pomsty a podobně. Takto negativní pocity, mohou u rodinných pečovatelů generovat patologické formy chování, které se následně odráží v charakteru jejich péče o seniora a sami o sobě mohou být velmi zásadní indikací k umístění seniora do ústavní péče (Pichaud, Thareauová, 1998).

Mezi tyto formy chování patří především obtěžování, zanedbávání (Bývá nejčastějším zdrojem k umístění seniora do ústavní péče. Má mnoho forem, ale nejčastěji uvažujeme o formě tzv. pasivní, kdy pečovatelé opomíjejí své povinnosti vůči seniorům např. podání léku. Dále aktivní, kdy pečovatel účelově neposkytne pomoc, tedy lék nepodá, protože ví, že bude mít po té senior bolesti.), vykořisťování (zejména finanční), týrání (Fyzické, psychické je v současné době velmi medializovaným problémem. Nejnovější statistiky Občanského sdružení život 90 ukazují na fakt, že týraných seniorů v domácí péči je až 5%, přičemž těmi, kteří je týrají, jsou nejčastěji jejich děti a vnoučata.) a zneužívání (Koval, 2001).

Výskyt patologických forem chování směřujících od rodinných pečovatelů k seniorům každoročně přibývá, což ovšem neznamená, že by se automaticky zvyšoval i počet týraných seniorů. Odborníci tento trend přikládají spíše zvýšené informovanosti veřejnosti o tomto fenoménu a existenci tzv. seniorských linek, které v zákoně č. 108/2006 Sb. nalezneme pod názvem Tísňová péče. Jedná se o terénní sociální službu, *kteřou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností (zákon č. 108/2006 Sb. § 41).*

Týráním či dalšími formami patologického chování jsou nejvíce ohroženi senioři, kteří jsou dementní, protože jejich chování je pro pečující osoby často nepochopitelné a nevysvětlitelné a nejsou schopni mu zabránit jinak, než represivním opatřením (například přivazováním k židli a podobně.).

Týrání i ostatní neetické způsoby chování vůči seniorům nemusí mít vždy zdroj v patologické psychice pečovatele. Naopak, v naprosté většině případů mají zdroj právě v osobnosti seniora, o kterého rodina pečuje, zvláště pokud se jedná o seniora dementního. Péče o nemocného člověka je sama o sobě velmi náročná a navíc skloubí-li se s přirozenými potížemi, které má stárnoucí člověk, výsledkem bývá často

nepřiměřená zátěž a to jak pro seniora, tak pro jeho rodinu. Tošnerová (2007) vymezuje tuto zátěž jako fyzickou (spojenou s fyzickou námahou při provádění ošetrovatelských úkonů), finanční (rodina zpravidla přijde o jeden plat, který jen z části nahradí příspěvkem na péči, což ji finančně omezuje, navíc na seniora většinou tzv. doplácí), sociální (zejména osoba hlavního pečovatele se může cítit být sociálně izolovaná, mimo svět, který znala před tím, než se začala starat o seniora), citovou (má celou paletu projevů a je často spojena s pocitem zmaru, nevděčnosti a podobně.) a zátěž plynoucí z okolního prostředí. Všechny tyto typy zátěže mohou ústit v takzvaný syndrom vyhoření, který je dobře znám zejména u profesionálních pečovatelů. Syndrom vyhoření neboli „stav vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka (např. lidí, kteří se snaží druhým lidem v jejich těžkostech pomoci a pak se cítí sami přemoženi jejich problémy). Je konečným stádiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení a svou motivaci.“, pak může být sám o sobě zdrojem necitlivého až patologického chování pečujících osob k seniorům.

Tento problém, jak se ukazuje, má cyklický charakter a jeho řešení je ještě zdaleka v nedohlednu. Ačkoliv nedokážeme stoprocentně zmírnit důsledky, které má péče o seniora na rodinu a naopak, dokážeme však pečujícím rodinám a seniorům, o které pečují účelně pomoci. Známe především tři základní typy této pomoci. Prvním z nich jsou agentury domácí péče, které poskytují seniorovi i rodině oporu při zvládnání základních úkonů týkajících se péče o seniora, ale poskytují také odborné ošetrovatelské úkony, dovážejí stravu, zajišťují rehabilitaci apod. Dále existují Denní stacionáře (nebo Denní centra), které poskytují sociální péči seniorům se sníženou mírou soběstačnosti v době, kdy se o ně nemohou postarat rodinní pečovatelé (například v době, kdy jsou v zaměstnání) a v neposlední řadě je potřeba uvést také existenci tzv. respitních (odlehčovacích) pobytů, které poskytují zařízení zdravotních a sociálních služeb. Jejich smyslem je přebrat na určitou dobu péči o seniora, tak aby si rodinní pečovatelé mohli odpočinout (zákon č. 108/2006 Sb., č. 372/2011 Sb., Malíková, 2011, Králová, Rážová, 2007).

4.4.2 Podpora rodiny seniora v pobytových zařízeních zdravotních a sociálních služeb

Význam rodinné podpory pro seniora internovaného v pobytovém zařízení pro stárnoucí občany je bezpochyby nezanedbatelný. Obzvláště v prvotních fázích

adaptace seniora na nový (či přechodný) domov by měla být rodina schopna, poskytnout seniorovi maximální psychickou i fyzickou podporu a to především vzhledem k jeho úspěšné adaptaci na nové prostředí (Vágnerová, 2002). Na druhou stranu i instituce, ve které je daný senior internován, by měla projevit dostatečný zájem o vzájemnou spolupráci obzvláště u klientů, kteří jsou zcela odkázáni na péči druhých osob anebo u těch, kteří mají narušený komunikační systém a nejsou schopni zcela vyslovit svá přání a potřeby. Rodina může instituci poskytnout řadu cenných informací o seniorovi, jeho zvycích, zvláštních formách chování a podobně. Zcela specifickou podporu rodiny pak potřebují senioři v terminálním stadiu života.

Význam spolupráce rodiny a pobytového zařízení by měl mít podobu určité dohody, která bude obsahovat seznam činností, jež bude rodina pro seniora i nadále vykonávat. Tento jednoduchý model dohody má velmi zásadní význam. Udržuje totiž rodinu ve stále péči o seniora, čímž neklesá její zájem o něj a nedochází tak k izolovanosti seniora od rodiny. V současné době je totiž prokázáno, že čím delší je internace seniora v pobytovém zařízení, tím menší je návštěvnost a zájem jeho rodiny (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005).

Instituce by ovšem měla být schopna poskytnout podporu nejen seniorovi, ale právě také rodině a opět by měla být tato podpora poskytována nejvíce v úvodu pobytu seniora v jeho novém domově. Společné rozhodnutí rodiny a seniora o tom, že bude nadále pobývat v ústavním zařízení, bývá na straně pečujících osob zpravidla spojeno s pocitem zmaru a vlastního selhání (či zpronevěře) vůči svému rodiči, což je pocit, se kterým je potřeba dlouhodobě pracovat. Zatímco co v zahraničí je naprosto běžnou součástí, že příbuzní internovaných seniorů se sdružují do svépomocných skupin vedených psychology či sociálními pracovníky, kteří je učí s nově nabitými zkušenostmi pracovat, v našich podmínkách tato tradice existuje jen ve velmi omezené míře - nejčastěji v rámci psychologické péče, kterou poskytují příbuzným hospice (APHP, 2014).

4.5 Zařízení zdravotních a sociálních služeb jako totální instituce a jejich dopad na osobnost seniora

Pobytová (rezidenční) institucionální péče o seniory v Čechách, stejně jako všechny ostatní typy ústavní péče o všechny věkové kategorie občanů, nese jistá rizika vyplývající z jejího charakteru tzv. totální instituce.

Pojem totální instituce uvedl v obecnou známost americký sociolog Erving Goffman, který ji vymezil jako instituci, jež ať už faktickou či symbolickou bariérou brání svému členovi v běžném sociálním kontaktu. Všechny sféry života jedince žijícího v moderní společnosti se zde odehrávají za „zavřenými dveřmi“ jedné instituce, která za své členy přebírá veškerou odpovědnost. Veškeré činnosti, které její členové vykonávají, slouží k naplnění cíle instituce, jsou plánovány a jejich plnění je kontrolováno. Běžný rodinný život zde neexistuje. V instituci existují dva různé druhy životů a to život jejich členů a život personálu. Mezi těmito „životy“ neexistuje žádná mobilita a to ani napříč jejími představiteli (jen ve výjimečných případech se může stát z personálu člen). Personál má o svých svěřencích zpravidla více informací, než opačně a vzhledem k tomu, že sám o sobě představuje instituci, všichni členové mu jsou podřízeni (Goffman, 1961).

V českých podmínkách jsou za totální instituce tradičně označovány zejména psychiatrické léčebny a věznice. Nutno ovšem podotknout, že ač se nám to zdá společensky nepřijatelné, pobytová zařízení pro seniory splňují veškerá kritéria totálních institucí a v jádru podstaty nejsou od věznic a psychiatrických léčeben zas o tolik odlišnější (Vávrová, 2012).

Totální instituce působí na své členy – chovance prostřednictvím personálu, který účinnými strategiemi likviduje osobní identitu chovanců, čímž je začleňuje do společnosti v totální instituci. Tento proces odebrání osobní identity a její nahrazení novou identitou není nárazový, spíše se jedná o postupný proces, na jehož konci by měla být úplná akceptace nové identity. Nejčastějšími strategiemi využívanými personálem k potlačení identity chovance jsou: znevýznamňování sociálních rolí mimo instituci (Nezáleží na to, kým byl člověk před svým pobytem, zásadní je, jak v instituci plní své úkoly.), jednostranné informace (Personál ví o chovanci vše, chovanec jen to, co mu chce o sobě personál sdělit.), odebrání osobního image (Ustavní prádlo, omezené množství osobních věcí, často jsou seniorům odebrány i doklady, peníze.), ponižující a degradující pozice (Jednostranná závislost na personálu, který vyžaduje vděčnost, nucená podbízivost a podobně.), používání ústavních pomůcek, vnucený osobní kontakt (Senior nerozhoduje o tom, v přítomnosti koho se chce nacházet.) atd. (Goffman, 2003).

Výše zmíněné strategie používané personálem vůči chovancům samozřejmě nezůstávají na jejich straně bez odezvy a generují u chovanců tzv. reaktivní chování.

Podle Goffmana existují čtyři typy chování, kterým chovanci reagují na svůj pobyt v totální instituci. Jsou jimi situační ústup – jedna nejčastějších forem reakce, kterou můžeme vidět například v domovech pro seniory. Jedinec se stáhne do sebe, vyvíjí minimální aktivitu, snaží se být neviditelným, aby ubránil zbytky své identity. Dále neústupná linie charakterizovaná rebelií proti institucionálním pravidlům. Kolonizace – smíření se s danou situací a následná touha vydobýt si lepší postavení až po konečnou konverzi, kdy jedinec svou novou identitu internalizuje (Goffman, 2003).

Ač se může zdát charakter totálních institucí jako veskrze negativní, je potřeba si uvědomit, že pro určité typy lidí (delikventy a duševně nemocné) je jejich chráněné prostředí s jasnými pravidly a jasně vymezenými vztahy dobrým základem proto, aby získali ve svém životě znovu jistotu a mohli začít nadále žít jiným způsobem (srov. Merton, 2007, Loeb, 1968). Pro seniory však v drtivé většině případů má pobyt v totální instituci tragické následky. Vytržení a odloučení od rodiny je často dostává do stavu životní dezorientace vedoucí k patologické apatii. Často se setkáváme s tím, že senioři „předají“ svůj život na starost právě instituci a jejich osobnost postupně upadá. Navíc drtivá většina členů totálních institucí si na jejich pravidlech vybuduje tak silnou závislost, že bez nich již nadále nedokáže žít (Musil, 2000, Vávrová, 2012). Ve vztahu k seniorům je také potřeba sdělit, že totální instituce do jisté míry ubíjí jejich soběstačnost, což seniory opět znevýhodňuje.

Navíc samotná povaha totálních institucí zákládající se na nerovnocenném vztahu personálu a chovance v kombinaci s celkově velmi náročným prostředím pro práci (souvisejícím se samozřejmě se syndromem vyhoření) může na straně personálu vézt až k rozvoji patologických tendencí k tomu seniory týrat nebo je zneužívat.

V Čechách je tato problematika stále ještě velmi opomíjená a dosud nebyla kvalitně výzkumně zpracována. Výsledky zahraničních výzkumů ovšem ukazují poměrně jednoznačně na fakt, že nezanedbatelná část seniorů trvale žijících v rezidenční péči, je týrána. Pillemer, Moore (1990) prováděli v Americe rozsáhlý výzkum, jehož předmětem byl ošetřovatelský personál. Výsledky toho to výzkumu byly přinejmenším alarmující, protože téměř 10% dotazovaných si bylo vědomo, že v posledním roce se aktivně účastnilo fyzického týrání seniorů a 40% se účastnilo týrání psychického. Podobná studie byla provedena také v Německu, kde se k fyzickému týrání přiznalo 23,5 % a k psychickému 53,7% (Goergen, 2004). Hlavním problémem, který sebou týrání seniorů v institucích nese, je fakt, že je takřka

nezpozorovatelné, protože se odehrává vždy za zavřenými dveřmi a nejčastější oběti jsou senioři, kteří se nemohou bránit anebo ti, kterým pro jejich onemocnění (demenci) již nikdo nevěří. Samostatnou kapitolu pobytu seniorů v totálních institucích pak tvoří vztahy mezi jejími členy (resp. mezi seniory navzájem). O nichž doposud nemáme příliš velkého povědomí, a tato situace zřejmě ještě nějakou dobu potrvá a to i přes to, že každý zkušený pracovník, pracující v běžné praxi se seniory zcela jistě ví, že kolektivy seniorů mají značné tzv. „výchovné“ obtíže, mající různý charakter např. krádeže, sexuální násilí, šikana a podobně. Týrání seniorů v institucích je dlouhodobě známým problémem, kterým se zabývají i nadnárodní organizace například INPEA – Mezinárodní společnost pro prevenci týrání seniorů nebo WHO. Obě tyto organizace se v roce 2002 spojily, aby formulovaly tzv. Torontskou deklaraci globální prevence týrání seniorů, jejímž cílem je především informovat a zvýšit povědomí o tomto problému a motivovat všechny státy světa, aby se danou problematikou zabývaly (Bužgová, Ivanová, 2010). V ČR se problematikou týrání seniorů zabývá především Rada seniorů České Republiky a z odborníků MuDr. Tamara Tošnerová (srov. Tošnerová, 2002).

Goffmanova teorie byla pro svoji netransparentnost a sociokulturní nepodmíněnost často kritizována, avšak význam jeho myšlenek pro současnost je nedocenitelný, protože jak se ukazuje, dokázal s poměrně velkou přesností popsat poměry v našich ústavních zařízeních. Navíc právě pod vlivem jeho poznání o fungování totálních institucí vznikly současné snahy o deinstitutionalizaci a dekarceraci pobytových zařízení zejména pro osoby znevýhodněné postiženým. Senioři jsou v tomto ohledu zatím tvrdě opomíjeni, byť je jejich situace minimálně stejně palčivá (Vávrová, 2012).

4.6 Adaptace, poruchy adaptace na prostředí zařízení sociálních a zdravotních služeb

4.6.1 Adaptace

Dobrá, správná nebo úspěšná adaptace seniorů na novou životní zkušenost zakládající na faktu, že nadále budou žít v zařízení ústavního typu, je pro další život seniorů v instituci naprostou nezbytností. Adaptace na nové prostředí je pro seniory vždy obtížnější a nese celou řadu úskalí, které je potřeba zdolat (Langmeier, Krejčířová, 2006). Zásadní přitom zůstává také fakt, zda se jedná o dobrovolné nebo

nedobrovolné internování seniora do instituce. Pro úspěšnou adaptaci seniora na nové prostředí je velmi důležitá podpora rodiny a spolupráce pracovníků dané instituce jak s rodinou, tak přímo se seniorem (Kalvach, 2004).

Proces adaptace na dobrovolné internování do zařízení ústavního typu podle Vágnerové (2002) probíhá ve dvou fázích. První z nich je fáze nejistoty, charakterizována postupným získáváním informací a vytvářením nových životních stereotypů. Následuje druhá fáze, charakterizována vytvořením nového životního stylu, smířením se ztrátou sociálního zázemí a vyhledáváním nových sociálních kontaktů.

V případě nedobrovolného internování prochází senior poněkud jinými fázemi. První z nich je fáze odporu a nepřátelství. Druhou pak fáze zoufalství a abdikace – tato fáze nejčastěji vede k poruchám adaptace. Třetí fázi pak charakterizuje pocit smíření se s danou situací a postupnou adaptací s vyhledáváním nových sociálních kontaktů (Vágnerová, 2002).

Pokud se senior v rámci institucionální péče úspěšně neadaptuje, může to vézt ke vzniku tzv. poruch adaptace.

4.6.2 Poruchy adaptace

Poruchám adaptace na pobytové formy institucionální péče byla vždy věnována pozornost (v rámci vývojové psychologie) především v dětském věku a to zejména ve vztahu k psychické deprivaci a subdeprivaci dětí umístěných v náhradních formách rodinné péče ústavního typu (srov. Langmeier, Matějček, 2011). S postupným nárůstem počtu zařízení zdravotních a sociálních služeb poskytujících pobytové služby seniorů a dospělým osobám s postižením, začaly být poruchy adaptace na ústavní prostředí dominantním tématem i v oblasti seniorského věku. Mezi nejčastější poruchy adaptace seniorů na ústavní prostředí patří geriatrický hospitalismus a psychická deprivace.

4.6.2.1 Geriatrický hospitalismus

Pojem geriatrický hospitalismus je nejčastěji spojován s dlouhodobým pobytem seniora ve zdravotnických zařízeních a bývá často součástí komplexu tzv. velkých geriatrických syndromů. Je vymezován jako souhrn negativních funkčních důsledků hospitalizace u geriatrických pacientů (Suesada, 2007 in Kalvach a kol., 2008). Jeho podstatou a jednou z příčin jeho vzniku je nevhodná či neefektivní adaptace na nemoc

či nemocniční prostředí. Proces adaptace na nemoc či nemocniční prostředí je ryze individuální osobnostní vlastností, jež do velké míry ovlivňuje především míra zátěže (psychické, fyzické, sociální), které je jedinec vystaven. Jedním z projevů hospitalismu je také geriatrický maladaptivní syndrom (GMS), tedy snížená schopnost seniorů, adaptovat se na nové podmínky (Ondricová, Kollárová, 2004). Mezi projevy GMS bychom mohli zařadit i apatii, depresi, nespavost, plačtivost apod. Dlouhodobá hospitalizace seniora do značné míry ovlivňuje i jeho soběstačnost, jejíž úroveň s prodlužující se dobou hospitalizace většinou klesá (Zacharová, Šimíčková, 2011). V případě, kdy hospitalismus u seniora vznikne, velmi negativně ovlivňuje celkový léčebně – ošetrovatelský proces a jeho eliminace je náročná a vyžaduje spolupráci celé řady odborníků, proto je lépe mu předcházet, přičemž nejefektivnější strategií se zdá být, zkrácení hospitalizace na minimum a v případě nutnosti jejího delšího trvání především humanizace nemocničního prostředí a spolupráce s rodinou.

Hospitalismus jakožto negativní reakce na nově vzniklou sociální situaci má také přímou souvislost s teorií totálních institucí (Vávrová, 2010). Nemocný senior je totiž v rámci hospitalizace v nemocnici nucen k chování, které je v souladu s domácím a léčebným řádem daného zařízení, všechny jeho aktivity jsou naplánovány, často musí nosit nemocniční stejnokroj apod.

4. 6. 2.2 Psychická deprivace

S dlouhodobým pobytem v ústavní péči (totální instituci) bývá často spojována také tzv. psychická deprivace. Tento termín do české psychologie uvedl dětský klinický psycholog Prof. PhDr. Zdeněk Matějček CSc., který se zabýval především dopady psychické deprivace na vývoj psychiky dětí umístěných v ústavních zařízeních (srov. Matějček, 2005). V dnešní době již není psychická deprivace považována za stav, který je diagnostikovatelný pouze v dětském věku ba naopak. Projevy psychické deprivace definované jako stav, kdy člověk dlouhodobě nemá příležitost k uspokojení základních psychických potřeb, tedy zejména potřeby stimulace a potřeby trvalého citového vztahu (Krejčířová, Vágnerová, 2009), můžeme pozorovat velmi často i u seniorů umístěných v totálních institucích. Nejčastějšími projevy psychické deprivace u seniorů jsou postupná ztráta zájmu o dění kolem sebe, o navazování nových vztahu, regresivní chování, postupné snižování úrovně soběstačnosti, zvyšování míry závislosti na personálu, komplexní apatie, v chování pozorovaná stereotypie,

zhoršování úrovně řečového projevu, zpomalené myšlení, zvýšené riziko vzniku nebo prohloubení demence.

Rozvoji psychické deprivace a zmírnění dopadu hospitalizace na seniora lze předcházet. Krom speciálních prevenčních programů tzv. úspěšného stárnutí je pro účinnou prevenci zásadní především spolupráce s rodinou, o které jsem již více pojednával v samostatné kapitole, i přes to je ale potřeba počítat s faktem, že dopadům vlivu totální instituce na seniora nelze nikdy zcela zabránit.

4.7 Legislativní podpora seniorů

Senioři, stejně jako osoby zdravotně postižené či znevýhodněné, potřebují v rámci naší společnosti ochranu a podporu. Ochrana se týká především oblastí prevence segregace, diskriminace, finančního úpadku a ochrany psychického a fyzického zdraví. Podpora pak oblastí týkající se autonomie, soběstačnosti a společenské uplatnitelnosti. Právě proto vyvíjí naše společnost různé formy podpory pro seniorskou populaci. Ty bychom mohli rozdělit na podpory v mezinárodní úrovni a národní úrovni.

4.7.1 Mezinárodní politika podpory seniorů

Mezinárodní politikou podpory seniorů rozumím především nadnárodní dokumenty a deklaráce, které specificky řeší postavení seniorů v naší společnosti a bezprostředně tak ovlivňují jejich životní podmínky. Nárůst stárnoucí populace není pouze českým, nýbrž celoevropským a potažmo celosvětovým problémem a jako k takovému je k němu v rámci nadnárodních úmluv také přistupováno.

Mezi nejdůležitější nadnárodní programy podpory seniorů patří zejména Vídeňský mezinárodní akční plán (Byl přijat v roce 1982 Valným shromážděním OSN. Řeší otázky vyrovnávání se dnešní společnosti se stárnoucí populací, dále pak otázku integrace, vzdělávání, rovnoprávnosti seniorů.) dále Zásady OSN pro seniory (Přijaty v roce 1991. Dotýkají se všech oblastí životů seniorů. Tyto zásady tvoří také metodickou oporu pro tvorbu programů na podporu seniorů jednotlivých zemí.), Rezoluce Zajištění udržitelnosti a kvality důchodů v Evropě (2001) a poslední a v současné době stále platný Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí platný od roku 2002, který klade důraz především na důstojné a plnohodnotné stáří s akcentem na celospolečenském uplatnění seniorů (Obšilová, 2013).

4.7.2 Národní politika podpory seniorů

Národní podporu seniorů můžeme rozdělit do několika kategorií. Jednak o ní můžeme uvažovat jako o národních programech pro podporu seniorů, které mohou být buď na celostátní úrovni anebo na úrovni krajské či obecní. Druhou možností státní podpory jsou pak zákony, které bezprostředně ovlivňují život seniorů na území ČR.

4.7.2.1 Poradní orgány vlády v oblasti stárnutí

Národní programy pro podporu života senioru či zákony, které ovlivňují, životy seniorů na území naší republiky vytváří a v praxi uvádí MPSV. Za tímto účelem MPSV v roce 2006 zřídilo Radu vlády pro seniory a stárnutí populace. Tato rada je poradním orgánem vlády a jejím hlavním cílem je „*vytvoření podmínek pro zdravé, aktivní a důstojné stárnutí a stáří v České republice a aktivní zapojení starších osob do ekonomického a sociálního rozvoje společnosti v kontextu demografického vývoje (mpsv.cz/cs/2897, 2006).*“

Další z organizací, která připomínkuje zákony či jejich novely popřípadě programy podpory je Rada seniorů ČR. Tato rada je organizačně vedena jako občanské sdružení a v Čechách existuje od roku 2005. Je největší organizací zabývající se problematikou seniorů, která se postupně rozrůstá a řeší problematiku seniorů ne jen na úrovni státní, ale také krajské samosprávy. Její hlavní činnost je poradenská, avšak prostřednictvím všech organizací, které sdružuje, nabízí rozmanité škály aktivit pro seniory. V současné době má Rada seniorů ČR charakter konfederace sdružující 25 organizací s celostátní působností, 6 organizací s regionální působností, 39 klubů seniorů a 8 městských rad seniorů (MPSV, 2007, RSCR, 2014).

4.7.2.2 Národní programy podpory seniorů

V současné době probíhá v ČR běží národní program podpory seniorů s názvem „Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí v letech 2013 – 2017“. Tento program plynule, navazuje na další předešlý program „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012“, jež stanovil 11 základních principů, kterými by mělo být přistupováno ke stárnoucí populaci. Patří mezi například princip celoživotního, genderového přístupu, informovanost, důstojnost, spolupráce státu a krajské samosprávy a podobně. Dále také stanovil 5 základních strategických priorit, mezi které patří zejména koncepce podpory aktivního stáří, zlepšení zdraví a zdravotní péče

ve stáří, prostředí a komunita vstřícná ke stáří, podpora rodiny a pečovatelů a podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv (MPSV, 2008).

Současný akční plán pro podporu pozitivního stárnutí krom výše zmíněných principů a strategických priorit přidává k diskusi a reformě ještě další témata, mezi nimiž vidím jako nejdůležitější oblasti prevence či případného řešení věkové diskriminace a nadále také oblast propojení sociálních a zdravotních služeb. V rámci tohoto hlavního strategického cíle si dává MPSV ve spolupráci s neziskovými organizacemi a Ministerstvem zdravotnictvím za cíl především:

- Nabídnout, co nejširší spektrum služeb geriatrické péče s ohledem na individualitu seniorů.
- Rozvíjet specializovanou geriatrickou péči akutní i následnou.
- Nastavit systém péče o dementní osoby a to včetně výcvikových programů a vzdělávání v této oblasti.
- Otevřít zařízení pobytových sociálních služeb komunitě, aby nevytvářela sociálně izolované seniory apod. (MPSV, 2013).

Národní programy pro podporu seniorů trpí zejména tím, že jejich vymahatelnost resp. kontrola plnění stanovených cílů je velmi problematická a nedůsledná. Z předešlého programu pro podporu v letech 2008 až 2012 se tak podařilo splnit jen hrstka stanovených strategických cílů, které měly ještě k tomu většinou jen charakter cílů dílčích, přičemž důvod toho, proč tomu tak je, je zřejmý a jsou jím především finance a všeobecný společenský nezájem o tuto problematiku (Viz. Současný stav dlouhodobé zdravotní péče, nerealizovaná koncepce geriatrických lůžek, současný stav dotační politiky domovů pro seniory apod.). Oblast seniorství je obecně velmi finančně podhodnocena a jinak tomu není ani s financemi na praktickou realizaci národních programů pro podporu seniorů. Pokud se nezvýší platby státu do sociálních a zdravotních služeb čeká i současný akční plán podpory stejný osud (zůstat pouze teoretickou úvahou), jako jeho předchůdce.

4.7.2.3 Zákony týkající se úzce seniorské populace

Na každého seniora, který je zároveň občanem ČR, se vztahují všechny zákony jako na jakéhokoliv jiného občana naší republiky. Seniory však můžeme i z tohoto úhlu

pohledu považovat za specifickou skupinu, které se týkají některé zákony více než jiné. Následující přehled zákonů týkajících se specificky (mimo jiné) seniorské populace jistě není komplexní, nicméně zmiňuje základní čtyři zákony, které jsou pro seniory důležitější, než pro ostatní příslušníky dospělé populace ČR.

- V souvislosti s ageismem či diskriminací na základě věku je pro seniory (i když si to třeba řada z nich neuvědomuje) velmi zásadní **zákon č. 198/2009 Sb. tzv. Antidiskriminační zákon**. Tento zákon řeší komplexně problematiku diskriminace a pro seniory je zvláště důležitý v bodech týkajících se zaměstnávání seniorů, rovnému přístupu sociálních a zdravotních služeb a sociálního zabezpečení.
- Velmi zásadním zákonem pro seniory je také **zákon 155/1995 Sb. o povinném důchodovém pojištění**, jež vymezuje základní typy důchodů, které jsou ne jen seniorům v ČR vypláceny. Drtivé většiny seniorů se týká především důchod starobní a důchod vdovecký nebo vdovský. Výše starobního důchodu není pro všechny občany stejná, protože se skládá ze dvou složek. První z nich je složka základní výměry, které je pro všechny stejná a druhá je z procentní výměry, která v konečném důsledku ovlivňuje přiznání výše důchodu. V současné době v ČR existuje více zákonů týkajících se důchodů, zejména se jedná o různé formy důchodového spoření podle zákona (č. 426/2011 Sb. a č. 427/2011Sb.). Zákon o povinném důchodovém pojištění bývá pravidelně novelizován. Častým celospolečenským tématem je výše míry valorizace důchodů vzhledem k inflaci, které je stále nedostatečná i přes nedávnou komplexní důchodovou reformu.
- **Zákon č. 108/2006 Sb.** o sociálních službách je v současné době možná nejvýznamnějším zákonem pro seniorskou populaci vůbec. Dle tohoto zákona jsou totiž zřizovány ne jen sociální služby, ale určuje se dle něj i míra závislosti a dle ní výše příspěvků na péči, který je pro život seniorů zásadní.
- **Zákon č. 372/2011 Sb.** tedy zákon o zdravotních službách má přímý vztah ne jen k úrovni zdraví seniorů, ale také k charakteru a možnostem jim poskytované zdravotní péče. Ta je mimo jiné ovlivňována také dalšími zákony jako například zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění (nebo také o zdravotních pojišťovnách) či zákonu č. 96/2004 Sb. o zdravotnických pracovnících.

4.8 Závěrem k současnému stavu institucionální péče o seniory v Čechách a Evropě

Česká institucionální péče o seniory je v kontextu Evropské Unie na velmi průměrné úrovni. Stávající systém institucionalizované péče není v souladu se současnými celosvětovými trendy, obzvláště pak s deinstitucionalizací, demedicinalizací a deprofesionalizací a to zejména proto, že v ČR se stále ještě nezastavil nárůst počtu nových domovů pro seniory (srov. Horehled', 2008).

Navíc je v ČR obecně známý problém, že lůžkový fond zařízení poskytujících dlouhodobou péči seniorům, není dostatečně optimalizován a efektivně využíván. Značným problémem je především fakt, že v domovech pro seniory často žijí občané, kteří by potřebovali zdravotní péči, a naopak v LDN stále trvá problém tzv. skrytých sociálních hospitalizací (srov. Horehled', 2008).

Krom toho panuje v ČR velký zmatek ohledně řízení a financování zdravotní a sociální péče. Část zdravotní péče totiž řídí a financuje stát (například fakultní nemocnice), část krajské samosprávy (okresní a krajské nemocnice), část obecní samosprávy (městské nemocnice) a část soukromníci. V tomto nejednotném systému lze jen těžko zajistit průhlednost financování, kontrolovat kvalitu poskytovaných služeb a zajistit kontinuální péči o seniory. Podobná situace navíc panuje i v sociálních službách, což se v současné době nejvíce odráží v kauzách tzv. nelegálních poskytovatelů sociálních služeb (srov. Šabatová, 2015). Dominantním problémem však stále zůstává velmi chabá integrace zdravotních a sociálních služeb, která ovlivňuje kontinuitu služeb, poskytovaných seniorům (srov. Horehled', 2008).

ČR však není zdaleka jediným státem, který neustále řeší problematiku života seniorů. Dominantním problémem na poli současné problematiky života seniorů v institucionální péči napříč celou Evropou je především její kvalita, řízení a financování.

Za obecně nejlepší vzor péče o seniory je v současné době v rámci Evropy považováno Švédsko, kde odpovědnost za zdravotní péči přebírají krajské samosprávy a za sociální péči obecní samosprávy. Obecní samosprávy jsou povinny zajistit dobrou dostupnost sociální péče v rámci své působnosti, jinak musí na případnou sociální hospitalizaci seniora doplácet z obecního rozpočtu. Ani ve Švédsku nejsou se

současnou situací zcela spokojeni. Obzvláště personál si přijde přetížený a finančně nedoceněný (Wija, 2014).

Ve Francii je asi nejvíce z celé Evropy věnována pozornost Alzheimerově demenci. V současné době zde probíhá již třetí Alzheimerský plán. Dlouhodobá péče o seniory je zde realizována v rámci zdravotních služeb za spolufinancování určité formy příspěvku na péči a z důchodu seniora. Financování dlouhodobé péče není příliš transparentní vzhledem k faktu, že průměrný důchod ve Francii činí 1200 EUR/měsíc a nejlevnější doplatek na stravu a pobyt v zařízení dlouhodobé péče činí 1500 EUR/měsíc. Ve Francii žije do věku 85ti let 93,8 % občanů v domácí péči (Wija, 2014).

V Německu je dlouhodobá péče o seniory financována především ze sociálního pojištění. V současné době je v Německu vyplácen příspěvek na péči, který lze vybrat formou finanční pomoci (700 EUR) nebo jako konkrétní službu (v hodnotě 1500 EUR). Z celkového počtu 2.5 miliónu osob, jež využívají příspěvku na péči, jich 70% žije v domácím prostředí a 30% v institucích (Wija, 2014).

5. Institucionální péče o seniory v Čechách – zdravotní služby

Prostřednictvím zdravotních služeb se v ČR realizuje zdravotní péče. Ta je pro seniory a jejich rodiny velmi podstatnou součástí institucionální péče. V následujících kapitolách se proto budu zabývat zejména základními druhy a formami zdravotní péče, přičemž důraz bude kladen zejména na oddělení a ambulance Geriatrie a Léčeben dlouhodobě nemocných. Léčebny dlouhodobě nemocných představím velmi podrobně. V kapitolách věnovaných právě léčebnám poukážu na jejich personální obsazení, metody práce, kvalitu života seniorů v LDN až po současné problémy, které léčebny v dnešní době stále mají.

5.1 Zdravotní služby obecně

Zdravotními službami rozumíme v nejobecnějším měřítku poskytování zdravotní péče zdravotníkem či jiným odborným personálem nebo poskytování jiné činnosti se zdravotní péčí související (přeprava, záchranná zdravotnická služba apod.). Za zdravotní péči pak považujeme soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem předcházení, odstranění nemoci, udržení a zlepšení či posuzování zdravotního a funkčního stavu, pomoc s porodem a dále pak veškeré preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony, prováděné zdravotnickými pracovníky. V současné době je zdravotní péče realizovaná prostřednictvím zdravotních služeb bezplatná resp. hrazená pojišťovny ze zdravotního pojištění (zákon č. 372/2011 Sb.) toho času se neplatí ani žádné regulační poplatky (krom pohotovostních).

5.2 Druhy zdravotní péče

Dle zákona č. 372/2011 Sb. rozlišujeme v zásadě dva typy poskytované zdravotní péče a to zdravotní péče podle její naléhavosti (akutní, neodkladná a nezbytná) a dle účelu jejího poskytnutí (preventivní, dispenzární, léčebná, léčebně rehabilitační, paliativní, ošetrovatelská, posudková i lékárenská). Senioři zpravidla využívají všech druhů této péče, což si můžeme snadno uvědomit na příkladu.

Seniorovi v domácí péči se náhle zhorší zdravotní stav. Na tuto situaci zareaguje tak, že si zavolá RLZP (rychlou záchrannou pomoc), kde jej ošetří a odvezou do nemocnice (akutní péče). Zde jej lékař znovu vyšetří a rozhodne o jeho hospitalizaci na příslušném oddělení, kde je zahájena jeho léčba (léčebná péče). Senior je tedy hospitalizován a přechází do role pacienta, o kterého se starají všeobecné sestry (ošetřovatelská péče), které mu podávají léky (lékárenská péče) a dohlíží na jeho zdravotní stav. Jedná-li se o zhoršení zdravotního stavu, které se promítne například do hybnosti seniora, lékař mu zajistí rehabilitaci s fyzioterapeutem (léčebně-rehabilitační péče). Po ukončení hospitalizace obdrží senior propouštěcí zprávu (posudková činnost), v níž je zpráva pro praktického lékaře, o tom, že má být na dále pro určité podezření sledován (dispenzární péče).

5.3 Formy zdravotní péče

Mezi základní formy zdravotní péče řadíme dle zákona č. 372/2011 Sb. především péči ambulantní, jednodenní péči, lůžkovou péči a péči poskytovanou v přirozeném sociálním prostředí pacienta. Všechny tyto formy péče senioři běžně využívají, v této práci však bude brán největší zřetel na dlouhodobou lůžkovou péči.

5.3.1 Ambulantní péče

Jedná se o takový typ zdravotní péče, při které není nutná hospitalizace ani přijetí pacienta do zdravotnického zařízení poskytujícího jednodenní péči. Dle stupně odbornosti bychom ji mohli rozdělit na péči primární, kterou ve svých ordinacích poskytují praktičtí lékaři a péči sekundární, kterou poskytují lékaři atestovaní v dílčích oborech medicíny tzv. specialisté (MZCR, 2014).

5.3.1.1 Primární ambulantní péče

Význam primární ambulantní péče realizované prostřednictvím ambulancí praktických lékařů je pro seniory v jejich životě nezastupitelný. Právě praktický lékař pro dospělé je tím, kdo řeší se seniory většinu jejich zdravotních, ale i životních obtíží a také ten, s kým se často senioři radí, jako s prvním. V případě, kdy jsou pro praktického lékaře zdravotní problémy seniora již příliš nad jeho možnosti a kompetence, odesílá jej na konzultaci k odborníkům. Často také ovlivňuje celkový způsob života seniora a jeho budoucnost a to zejména svými posudky o zdravotním

stavu, které vyžadují orgány sociální péče proto, aby se mohly o seniora postarat (zejména oblast výše příspěvku na péči apod.).

Primární zdravotní péče však má také své problémy, které znesnadňují praktickým lékařům jejich práci. Pokud pomineme otázky způsobů vykazování péče apod., patří mezi jeden z hlavních problémů primární péče především její zneužívání a z toho vyplývající přetíženost.

Vlivem přetíženosti svých ambulancí nemají lékaři leckdy dostatek času na přesnou diagnostiku obtíží seniora (která je vzhledem k jejich časté polymorbiditě nesnadná), což může vést ke špatnému vyhodnocení zdravotního stavu seniora a následně k chybě v léčebném procesu. V médiích jsou známy také případy, kdy chybný nebo nedostatečně propracovaný lékařský posudek velmi negativním způsobem ovlivnil život seniora. Právě proto by do budoucna měla být přenechána posudková činnost, týkající se seniorům specialistům, geriatrům (podobně jako u dětí pediatrům), protože diagnosticko-léčebný proces u seniorů má řadu svých specifíků, které mohou praktičtí lékaři vzhledem k širší své působnosti a nedostatku času jen stěží obsáhnout (srov. Idnes.cz, Praktičtí lékaři stárnou, jsou nedostatkoví jako zubaři., 2010).

5.3.1.2 Sekundární ambulantní péči

Sekundární ambulantní péči poskytují ordinace lékařů specialistů s výjimkou zubařů a gynekologů, kteří sice nepatří mezi praktické lékaře, ale poskytují primární zdravotní péči. Seniori obecně navštěvují celé spektrum odborníků od chirurgů, přes internisty až po psychiatry či onkology, avšak jediným typem odborníků, zaměřujícím se primárně na seniorskou populaci, jsou geriatři.

Geriatrických ambulancí v ČR existuje zoufale málo (v roce 2006 jich bylo registrováno 36). V roce 2004 bylo v celé ČR pouze 200 (na 40000 lékařů) atestovaných geriatrů provozujících geriatrickou praxi (včetně nemocniční), přičemž v kraji Vysočina a kraji Karlovi Vary existovaly pouhé dvě ambulance, poskytující geriatrickou ambulantní péči (ZDN, 2004, in Topinková, 2005). Důvody tohoto katastrofálního stavu v ambulantní geriatrii ale i obecně v celé geriatrii vidí Topinková (2005) v následujících problémech. Prvním z nich je problém týkající se ukotvení geriatrie v systému medicínských věd. Geriatrie byla ustanovena v ČR jako atestační obor již v roce 1983 i přes to, v ČR stále neexistuje motivace na straně lékařů se v tomto oboru atestovat, což vede k tomu, že v ČR chybí dostatek medicínsky

orientovaných geriatrických výzkumů a obecně vnímání geriatricke jako prestižního atestačního oboru je velmi nízké. Tento problém úzce souvisí i s druhým problémem, který tkví v přesném vymezení klientely, která bude z intervence geriatra profitovat. Je obecně známo, že geriatři, jakožto specializovaní lékaři by se v rámci své praxe měli věnovat všem seniorům starším pětadesáti let. Ve skutečnosti se ale ukazuje, že geriatrickou intervencí potřebují nejčastěji senioři ve věku vyšším než je pětasedmdesát let, pro jejichž zdravotní stav je charakteristická především polymorbidita. A právě polymorbidita je častým důvodem k tomu, proč lékaři nepovažují geriatricke za hodnotnou specializaci. Geriatricke vychází při řešení pacientových obtíží z multidisciplinárního pojetí, což v praxi znamená, že sama o sobě nemá prostředky, jak snadnou a rychlou cestou vyřešit pacientovi obtíže (jako například chirurgie), proto musí spolupracovat s dalšími medicínskými i nemedicínskými obory. Mezi další důvody, jež vedou k současnému stavu české geriatricke, podle Topinkové (2005) patří také nepochopení sociálně-zdravotní podstaty problémů seniorů, ignorování vědeckých důkazů, ageistický přístup odborníků apod.

I přes výše zmíněné, je myslím jasné, že stávající ambulance geriatricke plní mnoho funkcí, které jsou pro seniory z hlediska péče o jejich zdraví nezbytné. Patří mezi ně například diagnostika soběstačnosti, hodnocení funkčního stavu seniorů, vypracovávání individuálních rekondičních plánů, řešení zdravotně sociálních problémů apod. (Topinková, 2005).

5.3.2 Zdravotní péče poskytována v přirozeném sociálním prostředí pacienta

Zdravotní péči poskytovanou v přirozeném prostředí pacienta rozumíme především návštěvní činnost lékaře v domácím prostředí pacienta a pak také tzv. home care a home help péči poskytovanou agenturami domácí péče, které jsou registrovanými poskytovateli zdravotních (a někdy i sociálních) služeb. Tyto agentury poskytují především domácí ošetřovatelskou, léčebně-rehabilitační a paliativní péči (dle zákona č. 372/2011 Sb.). Home care v rámci zdravotních služeb je bezplatná, resp. hrazená z veřejného zdravotního pojištění a indikuje ji z pravidla lékař primární ambulanci péče (obvodní).

Význam agentur domácí péče pro české seniory je nedocenitelný. Jejich hlavním cílem totiž je, aby se předcházelo zbytečným hospitalizacím seniorů v LDN nebo DS.

Pokud už k takové hospitalizaci dojde je cílem agentur domácí péče, aby tato hospitalizace byla co nejdříve ukončena a pacient se mohl vrátit zpět do svého přirozeného sociálního prostředí, čímž se předchází vzniku poruch adaptace (GMS, hospitalismus apod.) (NCDP ČR, 2014).

5.3.3 Lůžková péče

Za lůžkovou zdravotní péči považujeme takovou péči, která nelze poskytnout ambulantně a pacient, který ji využívá, musí proto být hospitalizován a to nejčastěji na základě doporučení praktického nebo odborného lékaře (popř. si může sám hospitalizaci dohodnout). Lůžkovou zdravotní péči poskytují zpravidla zdravotnická zařízení (typu nemocnice), která jsou povinna tuto péči poskytovat v nepřetržitém provozu (MZCR, 2014).

Podle charakteru poskytované lůžkové péče můžeme tuto péči rozdělit do čtyř typů:

- **Lůžková péče akutní – standardní** – je poskytována pacientovi při náhle změně jeho zdravotního stavu, zhoršení jeho stávajících onemocnění, které by znamenalo ohrožení jeho zdravotního stavu, před a po plánovaných výkonech, které nelze provést ambulantně anebo za účelem léčebné rehabilitace. Tato péče bývá realizována na odděleních standardní interny, chirurgie, neurologie, gynekologie apod.
- **Lůžková péče akutní-intenzivní** – je poskytována pacientovi, kterému hrozí náhle selhání životních funkcí nebo takovému pacientovi, u kterého lze toto předpokládat. Z nemocničních oddělení sem patří především jednotky intenzivní péče a anesteziologicko – resuscitační oddělení.
- **Následná lůžková péče** – je poskytována pacientovi, kterému byla stanovena základní diagnóza, je stabilizovaný, ale je potřeba jisté formy doléčení. Dále je poskytována pacientům, kteří potřebují trvalou ošetrovatelskou službu nebo těm, kteří jsou dlouhodobě závislí na podpoře základních životních funkcí. Tuto péči poskytují nejčastěji oddělení léčení dlouhodobě nemocných, geriatrické oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče a dlouhodobé intenzivní péče.
- **Dlouhodobá lůžková péče** – je určena pacientům, jejichž zdravotní stav nelze léčebnou péčí zvrátit a bez stálého přísunu ošetrovatelské péče by se jejich stav klinicky významně zhoršoval. Realizují jej nejčastěji stejná zařízení jako péči následnou (MZCR, 2014).

Senioři bezpochyby využívají všechny typy lůžkové péče, které jsou v našich podmínkách realizovány. Často v případě jejich hospitalizace v zařízení poskytujícím lůžkovou péči hovoříme o tzv. cestě nemocnicí, která začíná na odděleních akutní péče a končí na odděleních následné nebo dlouhodobé péče, odkud jsou tito senioři buď propuštěni (domů nebo do zařízení poskytujícího sociální služby) anebo zde umírají. V následujících kapitolách se budu zabývat odděleními poskytujícími především následnou a dlouhodobou zdravotní péči s jednou výjimkou, kterou tvoří lůžka akutní geriatry.

5.3.3.1 Lůžková péče na oddělení Akutní geriatry

Současný stav lůžkové péče akutní geriatry je velmi podobný tomu, který jsem nastiňoval v předchozí kapitole, věnující se ambulantní sféře geriatry s tím rozdílem, že v případě lůžkové péče je tato situace ještě palčivější a to zejména proto, že od roku 1990 se stav v počtu lůžek a kvalitě poskytované péče takřka nezměnil. Topinková (2005) uvádí, že v roce 2005 bylo v ČR třináct oddělení akutní geriatry poskytujících 545 akutně geriatrických lůžek. Tento počet lůžek je zarážející ne jen tím, že je na počet obyvatel velmi nízký, ale především faktem, že se ani do dnes nějak významně nenavýšil a to i přes to, že MZČR schválilo a uvedlo v praxi tzv. Koncepti oboru geriatry, kterou ke schválení předložila v roce 2001 Česká geriatrická a gerontologická společnost, a která v sobě obsahovala nejen návrhy na zlepšení postavení geriatry v systému medicínských věd, ale především apelovala na závazné stanovisko MZČR k navýšení počtu lůžek akutní geriatry na 2000. Toto stanovisko MZČR přijalo, avšak dodnes jej prakticky nerealizovalo. Důvody vedoucí k tomu stavu jsou zřejmé. Po geriatrických lůžkách není ze strany pacientů a jejich příbuzných příliš velká poptávka, protože je často (chybně) ztotožňují s lůžky ošetrovatelskými (LDN), na straně managementu se taktéž jedná jen o jinou (personálně i finančně náročnější) formu LDN a co se týče lékařů, pro drtivou většinu z nich práce se starými lidmi není příliš prestižní a lákavou záležitostí (srov. Topinková, 2005).

Význam akutní lůžkové geriatry je, i přes nepochopení její potřebnosti, zásadní. Například v Tomayerově nemocnici na lůžkách akutní geriatry hospitalizují vysokověké pacienty, jejichž stav vyžaduje monitoraci a intenzivnější léčebnou intervenci a přes to není indikován k umístění na JIP (FTN, 2004). Toto vymezení indikuje onen významný rozdíl, se kterým oddělení akutní geriatry neustále „bojují“,

tj. že nejsou určitou formou LDN, byť je jejich klientela z větší části podobná. Geriatrická oddělení totiž řeší specificky geriatrickou problematiku, kdy jednou z podmínek pro jejich zřízení je, že je musí vést lékař s atestací v oboru geriatrické a i vedoucí střední zdravotnický personál musí být v tomto oboru specializován. LDN oproti tomu poskytují následnou a dlouhodobou zdravotní péči bez věkového omezení všem dospělým pacientům, kteří tuto péči potřebují a nejsou specializované pouze na péči o seniory a nemusí je vézt geriatr.

Základní funkcí oddělení lůžek akutní geriatrické pak je časná diagnostika obvykle atypicky probíhajících onemocnění, diagnostika a posouzení dekubitů, delirantních stavů, prevence geriatrických syndromů apod. - intenzivní rehabilitace a aktivizace průběžné hodnocení funkčního stavu a časná příprava co nejvstřícnější formy propuštění v návaznosti na jiné zdravotní a sociální služby (Topinková, 2005).

5.4 Léčebny dlouhodobě nemocných – LDN

5.4.1 LDN – definice a vymezení

Léčebny dlouhodobě jsou registrovaná zdravotnická zařízení poskytující zpravidla následnou a dlouhodobou péči (v souladu zákonem č. 372/2011 Sb.). V ČR byly poprvé zákonně vymezeny v roce 1966 zákonem O péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb. (který byl nahrazen zákonem č. 372/2011 Sb. s účinností od 1. 1. 2012), podle kterého LDN patří do soustavy zdravotnických zařízení poskytující zdravotní péči, v současné době v počtu 7000 lůžek. Podle Kalvacha (2004) slouží LDN převážně k léčbě a péči o staré občany, kteří tvoří až 80% její klientely. Toto vymezení však pomalu začíná ztrácet na své významu, protože v posledních letech je dobře znatelný trend nastupující různorodosti klientely LDN a to ne jen v oblasti týkající se věku, ale také co se týče specifických jednotlivých diagnóz. Abychom si však uvědomili, jakým typem zařízení LDN jsou, musíme je vymežit vůči jiným typům zařízení, ke kterým jsou často nesprávně přirovnávány:

- **LDN nejsou a nepatří do soustavy geriatrických lůžek**, i když je tak o nich v literatuře leckdy chybně uvažováno (srov. Kalvach, 2004). LDN totiž nejsou profilovány žádným předpisem pouze na seniorskou populaci a dokonce ani jejich personál nemusí být specializován v geriatrické, protože poskytují sice odbornou, ale především obecně lékařsko-ošetrovatelskou péči všem typům obyvatelstva, tedy

ne pouze seniorům (Naopak je žádoucí, aby byl personál vzděláván spíše v oborech interní medicíny.) (Holmerová, Válková, 2009). Tento terminologický omyl však nevznikl sám o sobě. LDN byly totiž v 70. letech minulého století při svém vzniku prvotně teoreticky chápány jako lůžkový fond geriatric. Avšak neodborné a neomalené míchání odborné geriatrické péče s neodbornou a neoborovou péčí následnou, přineslo do systému zdravotní péče poskytované LDN pouze zmatek a z něj vyvěrající snižování kvality poskytované péče, což vedlo ke vzniku velmi negativního obrazu o dnešních LDN (Holmerová, Válková, Kolečková, 2010).

- **LDN nejsou domovy pro seniory.** LDN patří mezi zdravotnická (s výjimkou sociálních lůžek) nikoliv mezi sociální zařízení. Pobyť v nich je bezplatný (resp. hrazený z veřejného zdravotního pojištění) a nejsou určeny k dlouhodobému pobytu seniorů (Metodicky se doporučuje hospitalizace trvající nejdéle tři měsíce. Tento pokyn MZ však není nijak vymahatelný a leckdy se nedodrжуje.) a to i s ohledem na fakt, že LDN nejsou schopny ani povinny vzhledem k povaze zdravotního zařízení, vytvořit atmosféru domácího prostředí a seniori jsou zde do vysoké míry ohroženi hospitalismem a psychickou deprivací.
- **LDN nejsou Hospice.** LDN jsou povinny v souladu se zákonným vymezením svého fungování i z hlediska své podstaty, poskytovat paliativní péči. LDN na ni však nejsou specializovány, nemusí zde a většinou ani nepracují onkologové ani odborníci na tlumení bolesti.
- **LDN nejsou rehabilitační oddělení ani rehabilitační ústavy.** Naprostá většina LDN provádí s klienty tzv. ošetrovatelskou rehabilitaci, která se zaměřuje především na oblast péče o vlastní osobu, sedu, chůze, vyprazdňování apod. Bohužel ne všechny LDN mají takové smlouvy s pojišťovny, aby mohly svým klientům nabídnout i odbornou fyzioterapii a navíc, odborná fyzioterapie není prioritou těchto zařízení.

Jak sem již psal výše, LDN patří do soustavy zdravotnických zařízení. Jejich zřizovateli bývají nejčastěji kraje, stát, města, ale i zřizovatelé rekrutující se z oblasti soukromého sektoru. Organizačně bývají LDN vedeny buď jako součást jiného zdravotnického zařízení poskytující lůžkovou péči (jsou součástí nemocnice), anebo

jako samostatné subjekty. Zpravidla poskytují jak následnou, tak dlouhodobou péči (Motejl, 2006, zákon č. 372/2011Sb.).

5.4.2 Personální zajištění

Personální obsazení LDN se skládá nejčastěji z odborníků, pocházejících z řad ošetrovatelského, medicínského a fyzioterapeutického personálu, který musí v péči o své pacienty úzce spolupracovat. Charakteristickým znakem oddělení LDN bývá, že se jedná o oddělení, na nichž bývá hospitalizován nejvyšší počet pacientů oproti nejnižšímu počtu personálu.

Situace na poli personální politiky LDN zdá se být hraniční, avšak jak se ukazuje, není jediným problémem, které LDN mají. Česká geriatrická a gerontologická společnost (2008) opakovaně upozorňuje na fakt, že současné uspořádání zdravotnického systému péče o dlouhodobě nemocné pacienty, vycházející ze zdravotnické koncepce uvedené v praxi v 70. letech dvacátého století, je přežitě, nebezpečné a neúčelné a vyžaduje hloubkovou reformu, zahrnující mimo jiné i radikální navýšení počtu personálu v LDN.

5.4.2.1 Všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti

Početně dominantním personálem pracujícím v LDN jsou všeobecné sestry. Náplň jejich práce, podmínky jejich vzdělávání a uznávání kvalifikaci samostatně rozpracovává zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Podle zákona č. 96/2004 § 5 se za výkon povolání všeobecné sestry považují především „*Poskytování ošetrovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.*“

Všeobecné sestry můžeme velmi obecně dělit na registrované (tedy ty, jež mohou pracovat samostatně bez odborného dohledu) a sestry neregistrované, které samostatně pracovat nemohou (Zákon č. 96/2004 Sb.).

Z vlastních zkušeností vím, že všeobecné sestry jsou v rámci dlouhodobé a následné zdravotní péče skutečnou multifunkční pracovní silou. Vzhledem k nízkému stavu personálu na oddělení a počtu pacientů jsou sestry nuceny vykonávat či suplovat práci pomocného zdravotnického personálu, v případě nepřítomnosti i staničních sester a při tom zvládat své povinnosti a kompetence dané zákonem a pracovní náplní.

Poměrně novým typem zdravotnických pracovníků, kteří se často vyskytují v LDN, jsou zdravotničtí asistenti. Jejich význam pro systém péče v následné a dlouhodobé péči je především legislativně značně sporný. Zdravotničtí asistenti totiž nemohou pracovat samostatně (dokonce se nemohou ani registrovat), protože význam jejich povolání tkví především ve spolupráci s registrovanou všeobecnou sestrou, pod jejímž vedením provádí ošetrovatelskou péči. V praxi je ale situace úplně jiná, jak si ukážeme v následujících řádcích, vzhledem ke katastrofálně nízkému počtu pracovníků pracujících v LDN, zdravotničtí asistenti v následné a dlouhodobé péči se sestrami většinou nespolupracují, nýbrž je leckdy nahrazují. Podle § 29 zákona č. 96/2004 se za výkon povolání zdravotnického asistenta „*považuje poskytování ošetrovatelské péče pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky; ošetrovatelskou péči spojenou se sebeobsluhou a uspokojováním základních potřeb pacientů může zdravotnický asistent provádět bez odborného dohledu. Dále se zdravotnický asistent ve spolupráci s lékařem podílet na preventivní, léčebné, rehabilitační, neodkladné, diagnostické a dispenzární péči.*“

(Pozn. Právě tlak zařízení poskytující dlouhodobou a následnou péči způsobil, že MZČR novelizovalo § 29 zákona č. 96/2004 Sb. takovým způsobem, aby v něm zazněla formulace o tom, že „*péči spojenou se sebeobsluhou a uspokojováním základních potřeb pacientů může zdravotnický asistent provádět bez odborného dohledu.*“ Tato změna však zásadní změnu pro postavení zdravotnických asistentů v systému poskytování zdravotních služeb příliš neznamenala. Naopak, některé LDN vyměnily všeobecné sestry za „levnější“ zdravotnické asistenty s tím, že ve stavu svého personálu zanechaly pouze několik sester, které mají v popisu práce odborný dohled, jehož míra a způsob však není v zákoně blíže specifikován.)

Počet středního zdravotnického personálu, který je stanoven, jako minimální pro zajištění komplexní zdravotní péče v nepřetržitém provozu je v současné době v ČR vymezován stále platnou personální vyhláškou MZ č. 99/2012 Sb., která stanovuje pojišťovnám minimální počet personálu, na jehož mzdové náklady musí vynaložit finanční prostředky. Bohužel, drtivá většina pojišťoven vnímá toto státem garantované minimum za maximum toho, co jsou poskytovatelům zdravotních služeb schopny a ochotny financovat.

Při tom situace s personálem v oblasti následné a dlouhodobé péče je více než kritická. Podle vyhlášky č. 99/2012 Sb. je totiž stanoven minimální počet středního

zdravotnického personálu na lůžkách dlouhodobé péče 6,0 úvazků na třicet lůžek (doplňného 5,0 úvazků pomocného zdravotnického personálu). To dle mých zkušeností v praxi znamená, že na denní a noční směnu vyjde vždy pouze jeden zdravotnický pracovník (a to ještě ne vždy sestra, ale i asistent), doplněný na denní směnu jedním členem pomocného zdravotnického personálu a to bez ohledu na skladbu a kategorii pacientů (stejný počet personálu je na třicet ležících pacientů jako soběstačných). Důsledky nízkého počtu zdravotnických i nezdravotnických pracovníků jsou zřejmé a přímo pozorovatelné a to jednak v kvalitě ošetrovatelské péče, unavenosti a vyčerpanosti personálu a spokojenosti pacientů. Nedostatek personálu a charakter jím poskytované ošetrovatelské péče má také přímou souvislost s negativním mediálním obrazem, které LDN mají.

5.4.2.2 Ošetrovatel/ka, sanitář/ka

Tento typ pracovníků řadíme ve zdravotnictví mezi pomocný zdravotnický personál. Jediným rozdílem mezi ošetrovateli/kami a sanitáři/kami je v délce jejich vzdělání, protože ošetrovatelé mají nejčastěji vystudovaný tříletý učňovský obor (nebo jiný studijní obor či část studijního oboru v souladu s § 36 zákona č. 96/2004 Sb.) s názvem Ošetrovatel/ka na střední zdravotnické škole zakončený státními závěrečnými zkouškami, kdežto sanitáři a sanitářky mají pouze rekvalifikační kurz. Náplň jejich práce je stejná, avšak odlišuje se v drtivé většině pohlavím toho, kdo ji vykonává. Muži – sanitáři zpravidla vykonávají fyzicky náročnější pomocnou ošetrovatelskou práci (posazování, polohování, přeprava pacientů apod.), ženy sanitářky se zpravidla zabývají dezinfekcí, manipulací s prádlem, hygieny, krmení pacientů a podobně. Obecně lze říci, že v souladu s vyhláškou č. 55/2011 Sb. § 37 „provádí pomocné a obslužné činnosti nutné pro poskytování ošetrovatelské péče, preventivní, léčebné a diagnostické péče (zejména pečuje o hygienu prostředí, dováží stravu na oddělení, podle potřeby ji ohřívá, provádí úklid čajové kuchyně, včetně sběru, mytí a dezinfekce nádobí, transportuje biologický a zdravotnický materiál, obstarává pochůzky pro potřeby oddělení a pacientů atd.), pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky se podílí na poskytování základní ošetrovatelské péče, pod přímým vedením všeobecné sestry nebo porodní asistentky se podílí na poskytování specializované ošetrovatelské péče“.

Význam pomocného zdravotnického personálu je pro oddělení dlouhodobé a následné péče nezastupitelný. Právě sanitární pracovníci jsou často ti, kteří jsou společně se

sestrou jediní v neustálém kontaktu s pacienty, plní jejich potřeby, tužby a přání a v neposlední řadě také komunikují s rodinami pacientů a umožňují sestře, aby plnila své odborné povinnosti, zatímco co oni se starají o zbylé potřeby pacientů. Bohužel současný stav české legislativy pomalu ale jistě tyto pracovníky likviduje, aniž by za ně nacházel náhradu. Od roku 2004 totiž sanitární pracovníci v přímém kontaktu s pacienty nemají takřka žádné kompetence, s pacienty nesmí sami manipulovat a nesoběstačné pacienty dokonce nesmí ani sami krmit (srov. Vyhláška č. 55/2011 Sb., zákon č. 372/2011 Sb. zákon č. 96/2004 Sb.). Navíc původní teze, že tyto kompetence převezmou zdravotničtí asistenti, se nesplnily, protože drtivá většina zdravotnických asistentů pokračuje v dalším studiu, aby získali kvalifikaci všeobecných sester (dle statistik MŠMT 2003- 2014 pokračuje 98% absolventů oboru Zdravotnický asistent v dalším studiu).

5.4.2.3 Zdravotně – sociální pracovník

Zdravotně – sociální pracovník je v běžné praxi označován za sociální sestru. Smyslem této funkce, kterou zřizuje většina LDN, je především zajistit tzv. sociální řešení po propuštění pacienta z LDN. Zdravotně sociální pracovníci mají za úkol také komunikovat s rodinou, čímž leckdy vytváří pro pacienta prakticky jedinou možnost styku mezi běžnou a nemocniční realitou.

V souladu s vyhláškou č. 55/2011 Sb. §9 krom výše zmíněného zajišťuje také sociální poradenství, depistáž a sociální prevenci u pacientů, jež se vlivem nemoci ocitli v nepříznivé situaci apod.

Bohužel, stávající stav v oblasti dlouhodobé péče, je takový, že počty těchto pracovníků, kteří leckdy znamenají jediný most mezi sociálními a zdravotními službami, ubývá anebo na tyto pracovníky klade takovou zátěž (množstvím povinností), že je pro ně nemožné, kvalitně plnit náplň svého povolání. Neprovázanost sociálně-zdravotního systému je sama o sobě velkým problémem řešeným v nadnárodním měřítku.

Naprostá většina LDN zaměstnává krom sociálně-zdravotních pracovníků také pracovníky sekretariátu. Ti slouží ne jen pro potřeby oddělení, ale především pro pacienty, kterým umožňují různé pochůzky, nakládání s důchody, ukládání cenností v trezoru a pro potřeby oddělení například archivaci, správu sponzorských darů, vedou evidenci úrazů apod.

5.4.2.4 Lékaři

Způsobilost k výkonu povolání lékaře, podmínky uznávání kvalifikace, činnosti lékařů apod. v Čechách pojednává tzv. lékařský zákon č. 95/2004 Sb.

V případě lékařů panuje podobná situace jako v případě středního zdravotnického personálu, protože na počet pacientů jejich také velmi málo. Na lůžkový fond 30 pacientů je v případě následné péče dle vyhlášky č. 99/2012 Sb. ustanoven 1,0 úvazku lékaře, přičemž 0,3 je lékař se specializovanou způsobilostí a 0,7 s odbornou způsobilostí. V případě dlouhodobé péče to je pouhých 0,2 úvazku.

Bohužel, z vlastní mnohaleté zkušenosti vím, že tento parametr je v praxi takřka nerealizovatelný. I kdyby byl dodržen počet lékařů na počet pacientů. Znamenalo by to, že by měl lékař na každého pacienta zhruba 20 min. Tato situace by ovšem byla reálná pouze v případě, kdyby lékař neměl žádnou přestávku, neúčastnil se každodenní porady s primářem, nikoho nepřijímal ani nepropouštěl a všichni pacienti by byly v naprosto stejně uspokojivém zdravotním stavu. Navíc, tento parametr je dodržován pouze ve všední dny. O víkendech, státních svátcích a nočních službách slouží běžně jeden lékař (v případě našeho oddělení) na osmdesát pacientů, u nichž vizitu, tedy svoji hlavní pracovní náplň, musí stihnout za 4 hodiny, protože odpoledne musí být dostupný na centrálním příjmu. Při takovém uspořádání má lékař na každého pacienta časovou dotaci 3 minuty a to včetně vyhotovení zápisu a za předpokladu, že se neřeší jiný akutní stav (v souladu s vyhláškou č. 99/2012 Sb.).

Hlavním pracovní náplní lékaře na lůžkách dlouhodobé a následné péče je tzv. denní vizita – klinická prohlídka, tedy komplexní posouzení zdravotního stavu klienta, o kterém lékař vyhotoví zápis do zdravotnické dokumentace. Součástí pracovní náplně bývá často také posudková činnost nejčastěji pro orgány sociální správy či zařízení sociálních služeb.

5.4.2.5 Fyzioterapeuti, ergoterapeuti

Fyzioterapeuty a ergoterapeuty personální vyhláška ustanovuje na oddělení následné péče 1,0 úvazku na třicet pacientů. Na odděleních dlouhodobé péče jsou tyto pracovníci vyhláškou ustanoveni jako 0, 2 úvazku.

Ve zdravotnických zařízeních jsou tyto pracovníci označováni za rehabilitační pracovníky a v oblasti následné péče se nejvíce zaměřují na oblast správných pohybových vzorců, rozvoj motoriky, aktivit spojených s oblastí sebe péče,

diagnostikují obtíže, doporučují kompenzační pomůcky a učí s nimi pacienty zacházet, školí personál v oblasti ošetrovatelské rehabilitační péče apod. (vyhláška č. 55/2011 Sb.)

5.4.3 Vnitřní a vnější profilace LDN

Oficinální vnější ani vnitřní profilace v oblasti LDN neexistuje, avšak je zřejmé, že vzhledem k rozmanitosti klientely, které LDN své služby poskytuje, je drtivá většina z nich nucena k tomu, určitou formu profilace jednotlivých oddělení v rámci svých možností provádět, aby vůbec mohli zajistit bezproblémový chod zařízení. Na druhou stranu, ať už si LDN svá oddělení v rámci svých potřeb naprofilují, jak potřebují, pojišťovny stejně platí na všechny lůžka stejnou paušální platbou (rozdíl je pouze v následné a dlouhodobé péči), bez ohledu na náročnost klientely, která je na daném oddělení hospitalizována.

Pro příklad uvádím demonstrativní příklad vnitřní diferenciací LDN v Chrudimi (srov. nemcr.cz, LDN, 2015)

- **Oddělení následné péče s rehabilitací**

Na tomto typu lůžek jsou nejčastěji hospitalizováni pacienti určení k odborné fyzioterapii (protože personální vyhláška počítá na tyto lůžka i s fyzioterapeutem), nejčastěji po doléčení akutních zdravotních problémů souvisejících s omezením pohybu nebo po operaci pohybového aparátu (charakteristicky po totálních endoprotézách krčku kosti stehenní apod.), dále se zde také často setkáváme s pacienty po mozkových mrtvicích.

- **Uzavřené oddělení určené pro problémové a demenční pacienty**

Uzavřená oddělení se zřizují zejména pro klienty, u nichž z různých důvodů hrozí tzv. útekové tendence. V tomto případě se nejedná o omezení pohybu a svobody pacienta v pravém slova smyslu, jak často slyšíme z medií, ale o zabránění útěku pacienta, který by si tímto počínáním sám sobě (a možná i ostatním) mohl uškodit. Charakteristickou klientelou těchto oddělení jsou zmatení pacienti, kteří trpí syndromem demence, dále osoby bez přístřeší, osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům, osoby v detenčním řízení (osoby, které nemohli vzhledem ke svému zdravotnímu stavu sami rozhodnout o své hospitalizaci a za něž toto rozhodnutí učinil příslušný soud), osoby, které se pokusily o sebevraždu, čekající

na umístění do psychiatrické léčebny, agresivní pacienti, kteří nemohou být hospitalizováni s ostatními pacienty (mohou být ve velmi vzácných případech umístění i do síťového lůžka – tato situace se vždy musí hlásit soudu) apod. Tato oddělení mají v drtivé většině podobný režim jako ostatní oddělení LDN, rozdíl je pouze v mechanických bariérách (okna, která jsou zajištěna proti otevření, neprůchozí branka) a v používaných pomůckách (nepoužívají se porcelánové talíře a hrnky, používá se plast, kterým si nemohou pacienti ublížit apod.).

- **Oddělení dlouhodobé péče určené pro soběstačné pacienty a pacienty soběstačné v lůžku**

Jedná se nejčastěji o mnohopočetná oddělení (40 pacientů) na jejichž lůžkách jsou hospitalizováni převážně soběstační pacienti a pacienti soběstační s dopomocí. Drtivá většina těchto pacientů zde čeká na propuštění (například proto, že musí dobrat antibiotika podávaná žilní cestou nebo se potřebují rozhýbat) do domácí nebo sociální péče. Tito pacienti z pravidla nevyžadují komplexní ošetrovatelskou péči, nýbrž pouze dopomoc personálu v aktivitách, na které sami nestačí. Často jsou zde umístěni také starší osoby, které jsou sice soběstačné, ale již ne natolik, aby si dokázaly sami obstarat veškeré své potřeby, a zároveň neexistuje důvod, proč by měly být internovány do domova pro seniory (Vlastně jsou zde na dobu nezbytně nutnou k vyřízení příspěvku na péči a uzavření smlouvy s agenturou domácí péče.). I přes svou nenáročnost je počet těchto pacientů pro personál příliš vysoký a navíc, málokdy se podaří udržet takový stav pacientů na oddělení, aby se mezi nimi neobjevili i pacienti, vyžadující komplexní péči.

- **Oddělení dlouhodobé péče určené pro klienty vyžadující komplexní (všestrannou) ošetrovatelskou péči**

Jedná se nejčastěji o oddělení o 20 lůžkách, na kterých jsou hospitalizováni zcela nesoběstační pacienti, kteří jsou odkázáni na péči druhých osob. Ošetrovatelské péče o takové pacienty je velmi náročná a to jak psychicky, tak fyzicky. Mezi těmito pacienty nalezneme i seniory vyživované žaludeční sondou, v tzv. paliativním režimu, odsávané, pacienty na trvalé infuzní podpoře, s pozastavenou léčbou v režimu DNR (neresuscitovat) apod. Nedostatek personálu v LDN bývá nejvíce pocíťován právě na těchto odděleních, kde je personál nejvíce ohrožen syndromem vyhoření.

- **Oddělení sociálních lůžek a respitních pobytů**

Oddělení sociálních lůžek a respitních pobytů bývají v drtivé většině málopočetná (nejčastěji do 10 lůžek) a jsou určena pro seniory, jejichž stav již nevyžaduje nepřetržitou zdravotní a ošetrovatelskou péči, přičemž jim zároveň nedovoluje, aby se o sebe sami postarali v domácí péči (zákon č. 108/2006Sb.). Nejčastěji klientelou jsou senioři, kteří jsou dlouhodobě čekateli na umístění do domova pro seniory. Vzhledem k tomu, že se již nejedná o zdravotní, ale o sociální službu (byt je jejím poskytovatelem organizace poskytující zdravotní služby), pobyt na těchto lůžkách se poskytuje za úplatu.

Koncepce sociálních lůžek byla MPSV i MZ v úvodu svého vzniku velmi podporována jako jedna z možností, jakým způsobem řešit finanční problémy dlouhodobé péče. S postupem času se ale ukázalo, že založit sociální lůžka ve zdravotnických zařízeních (tedy uplatňovat sociální podstatu ve zdravotní) a dodržet všechna povinná pravidla, která MPSV ustanovuje pro možné poskytovatele (proto, aby jim udělilo registraci), je pro nemocnice takřka nemožné, protože sami mají dost problémů s tím, aby splnily požadavky zákona o zdravotních službách. Vlivem toho současný počet sociálních lůžek klesá a celý tento koncept je odsouzen k zániku (Válková, Kolejšová, Holmerová, 2010).

Některé LDN krom samotných oddělení zřizují i různé formy poraden a ambulancí. Mezi nejčastější poradny patří poradny sociálně-zdravotních pracovníků, v jejichž konzultačních hodinách tito pracovníci poskytují bezplatné konzultace v sociálně-právní oblasti, týkající se seniorské populace nejčastěji příbuzným hospitalizovaných seniorů. Mezi odborné ambulance pak řadíme zejména ambulance chronických ran, kde vyškolené sestry specialistky společně s atestovanými lékaři hojí a konzultují chronické kožní rány, ambulance bolesti apod. Bohužel, jen málo LDN má možnost zřídit také psychologickou nebo psychoterapeutickou ambulanci, která by byla jistě prospěšná ne jen pacientům, ale i jejich příbuzným a v neposledním řadě také personálu (Motejl, 2006).

5.4.4 Problematika medicínského přístupu v LDN

Základním přístupem, který je v dnešní době ve většině LDN stále široce uplatňován, je historicky ukotvený medicínský přístup ke všem hospitalizovaným pacientům. Podstatou tohoto přístupu je především snaha o to, řešit zdravotní problémy klienta, bez ohledu na další psychologickou a sociální rovinu, která se k těmto problémům váže (Resp. existuje domněnka, že není povinnost tyto souběžné roviny v LDN řešit, protože LDN jsou zdravotnická zařízení, zaměřující se na léčbu pacienta.). Hlavním cílem tohoto přístupu je zjednodušeně řečeno vyléčení (tedy návrat do stejného zdravotního a funkčního stavu, který předcházel onemocnění) a prostředkem k dosažení tohoto cíle je léčba (Višková, 2007). Tento cíl i proces a jeho dosahování je pro seniorskou populaci zcela lichý, protože stáří není nemoc, nýbrž přirozená součást života, k níž mimo jiné patří i zvýšená náchylnost k různým onemocněním. Přílišná orientace na léčebně-ošetrovatelský proces, vysoký počet hospitalizovaných pacientů a k němu neúměrně nízký počet personálu, pak vedou logicky k restrikci množství aktivit, který personál s hospitalizovanými vykonává a život hospitalizovaných pacientů v LDN se leckdy odehrává v rovině čekání „od jídla k jídlu“.

Významným problémem medicínského přístupu je už výše zmíněný problém s tím, že nepředpokládá, že pacienti mají i jiné potřeby, než jen biologické (které jim uspokojuje ošetrovatelský personál) zejména zde uvažujeme o psychických a sociálních potřebách, které jim ošetrovatelský personál zajistit nemůže (resp. není schopen a do jisté míry ani není povinen). Sociální potřeby může do určité roviny saturovat rodina za pomoci zdravotně-sociálního pracovníka, ovšem v oblasti psychických potřeb je potřeba intervencí školeného pracovníka (psychologa, pastora, speciálního pedagoga), který bude pracovat se seniory na jejich adaptaci v novém prostředí, ale především je aktivizovat, takovým způsobem, aby neupadali do apatie a nebyli tak ve zvýšené míře ohroženi psychickou deprivací a komplikacemi z ní vyplývajících (Motejl, 2006).

Problém ovšem není v léčebnách samotných, ale v jejich financování, protože léčebny, na rozdíl od dětských oddělení (které mohou zaměstnávat učitele a vychovatelky), nemohou zaměstnávat pracovníky, kteří by se věnovali duševnímu životu hospitalizovaných (pojišťovna je nezaplátí) a pokud na zaplacení těchto pracovníků finanční zdroje nalezne, často to bývá na úkor ošetrovatelského nebo rehabilitačního personálu. V některých léčebnách úspěšně fungují terénní návštěvy kněží u věřících

pacientů, či dobrovolnické programy. Ty mají být ovšem pouze doplňkem k odborníkem prováděné psycho-sociální práci, nikoliv jejím hlavním zdrojem.

5.4.5 Ošetřovatelský proces

Pacienti hospitalizovaní v LDN žijí často dlouhé měsíce v prostředí, kde se realizuje tzv. ošetřovatelský proces, což je metoda poskytování ošetřovatelské péče (systematická, racionální a cyklická) jednotlivcům, skupinám, která je všeobecně použitelná ve všech typech prostředí zdravotní péče, jejíž hlavní charakteristikou je, že je dynamická, přizpůsobující se potřebám skupiny nebo jedince. Cílem a smyslem ošetřovatelského procesu je poskytování ošetřovatelských intervencí (nebo také ošetřovatelských úkonů), které jsou zaměřeny na uspokojování potřeb jednotlivců, jakož i skupin, na podporu zdraví, na dosažení co nejvyšší kvality života, ale i zabezpečení klidného umírání a smrti (Tomagová, 2011 in Bužghová, Plevová, 2011).

Ošetřovatelského procesu se na straně personálu účastní všichni členové tzv. ošetřovatelského týmu, který bývá v LDN na své členy často velmi chudý, obsahující nejčastěji staniční sestru, všeobecnou sestru (zdravotnického asistenta), ošetřovatelku a sanitáře, přičemž každý v něm má své specifické úkoly, vzhledem k zákonem vymezeným kompetencím a zaměstnavatelem vytvořenými pracovními náplněmi.

Za realizaci a dokumentaci ošetřovatelského procesu zodpovídá sestra ve službě, která dle svého uvážení a kompetencí rozděluje úkoly mezi ostatní personál. Situace přitom bývá nejčastěji taková, že pomocný zdravotnický personál se musí sám rozhodovat a samostatně pracovat v rámci svých kompetencí, protože jinak by realizace ošetřovatelského procesu zřejmě vůbec nebyla možná (Například ošetřovatelka se sanitářem sami přebalují, rozdávají jídlo, provádí hygienu pacientů, zatímco sestra plní ordinace lékaře, vyplňuje dokumentaci apod.) (Vyhláška č. 55/2011).

Jednotlivé intervence jsou nejčastěji naplánovány den dopředu (v rámci ošetřovatelského plánu), i když se samozřejmě přihlíží k aktuálnímu stavu pacienta.

Př: Sestra z předešlého dne naplánuje intervenci s názvem: „Komplexní kontrola fyziologických funkcí“. Sestra, která slouží v den, na který je tato intervence plánována fyziologické funkce změní a učiní o nich zápis do dokumentace (popř. nahlásí lékaři).

O každém pacientovi je vedena vcelku podrobná ošetrovatelská dokumentace (je součástí komplexní zdravotní dokumentace), která musí v souladu s vyhláškou č. 98/2012 Sb. obsahovat:

- ošetrovatelskou anamnézu pacienta a zhodnocení zdravotního stavu pacienta,
- ošetrovatelský plán (intervencí),
- průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu pacienta, o předání informací a poučení pacienta a realizaci ošetrovatelských intervencí.
- ošetrovatelskou propouštěcí nebo překládovou zprávu s doporučením k další ošetrovatelské péči.

Metodicky je ošetrovatelská péče řízena ošetrovatelskými standarty, tedy platnými definicemi, dohodnutými a přijatelnými úrovněmi ošetrovatelské péče v konkrétním zařízení a kontextu (Staňková, 1997). Ošetrovatelské standardy obsahují mimo jiné také konkrétní pracovní postupy, či návody k jednání, jejichž znalost a dodržování je průběžně kontrolována podle plánu tzv. vnějších a vnitřních auditů. Vnitřní audity provádí nejčastěji staniční a vrchní sestry na svých odděleních popř. na jiných odděleních téhož zařízení. Vnější audity pak provádí externí firmy, zabývajícími se kvalitou poskytované zdravotní péče. V našich podmínkách uvažujeme zejména o akreditačních auditech (provádí firma SAK), kterým musí projít všichni poskytovatelé zdravotních služeb.

4.4 6 Léčebný proces

Léčebný proces je v oblasti dlouhodobé péče otázkou spolupráce lékaře a všeobecných sester. V LDN je ve většině případů situace taková, že lékař provede u pacientů denní vizitu, jejímž výstupem je zápis do zdravotnické dokumentace (v souladu s vyhláškou č. 98/2012 Sb.), se kterým je sestra povinna se seznámit a případné ordinace, které lékař u daného pacienta nařídil, splnit. Lékař je mimo své běžné povinnosti také povinen účastnit se pravidelných porad s primářem oddělení, předepisovat léčiva, pomůcky, vypisovat posudky a podobně.

Paradoxem léčebného procesu v LDN je, že ač je hlavním cílem a prostředkem, kterým je k pacientům přistupováno, sám o sobě do života pacientů v LDN většinou příliš nezasahuje. Zatímco sestry tráví s pacienty takřka nepřetržitě celou svoji pracovní dobu, lékař má na každého pacienta daný limit, během kterého zhodnotí pacientův zdravotní stav, vyslechne jej, vyřeší případné obtíže, učiní zápis a pokud jej sestra k pacientovi znovu nepřivolá, již se danému pacientovi nevěnuje. Ze samotného léčebného procesu pak pacienta nejvíce ovlivňuje dietní režim, pohybový režim a případné terapeutické intervence (jako je například podávání infúzí, léků a podobně).

Jednou z nesporných výhod pobytu v LDN je, že je zde stálý zdravotní dohled. Přímý dohled vykonávají střední zdravotničtí pracovníci 24 hodin denně. Ošetřující (staniční) lékař je přítomen ve všední dny 8,5 hodiny a po ukončení jeho pracovní doby na jeho místo nastupuje službu konající lékař, kterého mají sestry na telefonu, pro řešení případných akutních stavů (zákon č. 372/2011 Sb.). V případě potřeby může být senior (hospitalizovaný v nemocniční LDN), jehož zdravotní stav vyžaduje, zintenzivní léčebně-ošetrovatelské péče, přeložen bez zbytečné prodlevy na akutní lůžko anebo může být jeho stav řešen přímo na oddělení LDN, což například v domovech pro seniory nelze, anebo lze jen v omezené míře.

5.4.7 Léčebně rehabilitační proces

S léčebným a ošetrovatelským procesem úzce souvisí také léčebný rehabilitační proces. Ten je realizován nejčastěji na lůžkách následné péče fyzioterapeutickým pracovníkem na základě ordinace lékaře. Za léčebnou rehabilitaci v našich podmínkách považujeme komplex medicínských preventivních, diagnostických a terapeutických opatření, směřujících k obnovení maximální funkční zdatnosti jedince postiženého na zdraví. Základním předpokladem pro úspěšné léčebné rehabilitační působení na jedince je spolupráce klienta a multioborový přístup (SRFM, 2014).

Otázka oblasti spolupráce klienta s fyzioterapeutem je klíčovým problémem v oblasti dlouhodobé a následné péče, protože ne všichni klienti jsou schopni a ochotni s fyzioterapeutem spolupracovat ať už proto, že nechtějí nebo nemohou (ležící pacienti, pacienti v komatu apod.). V druhém ze zmíněných případů je vhodné nahradit léčebně rehabilitační proces alespoň procesem ošetrovatelsko-rehabilitačním se zvýšeným důrazem na polohování či bazální stimulaci.

Také kategorie multioborového přístupu nemůže být na LDN zcela naplněna. Dle Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny (2014) se při komplexním léčebně rehabilitačním působení využívá spolupráce fyzioterapeutů, ergoterapeutů, masérů, rehabilitačních lékařů a logopedů. Reálně však na odděleních působí většinou jen fyzioterapeut a v některých případech na částečný úvazek i ergoterapeut. Tato situace pak vede k tomu, že fyzioterapeuti se nejčastěji zaměřují jen na jeden výsek celého procesu léčebné rehabilitace a tou je zejména oblast lokomoce, která je zároveň také nejžádanější oblastí.

5.4.8 Život seniorů v LDN

5.4.8.1 Před přijetím seniora

Senioři do LDN přicházejí nejčastěji třemi cestami. Tou první je cesta překlady z oddělení či zařízení akutní zdravotní péče, druhou cestou je překlad ze zařízení poskytujícího sociální služby (při zhoršení stavu nevyžadujícího akutní zdravotní péči např. k léčbě chronických ran) a třetí je tzv. příjem z terénu neboli z domácího prostředí buď formou plánovaného přijetí po dohodě s praktickým lékařem, nebo urgentně přímo z příjmové ambulance daného zařízení (nejčastěji v případě, kdy senior nepotřebuje intenzivní zdravotní péči). V případě plánovaného příjmu, ať už z jiného zařízení či z domu, některé LDN požadují vyplnění žádosti na umístění do LDN. V těchto žádostech se krom zdravotního stavu posuzuje například i sociální situace seniora (Motejl, 2006).

O přijetí seniora do LDN zpravidla rozhoduje primář oddělení společně s vrchní sestrou po prozkoumání žádosti o přijetí. V případě, kdy je daný senior hospitalizovaný na jiném oddělení stejného zařízení i po osobní návštěvě. Krom toho na jaké oddělení bude v rámci LDN daný senior umístěn, se zvažuje také míra zátěže (fyzická, ekonomická, psychická), kterou senior pro oddělení přinese a především nutnost jeho hospitalizace na lůžku dlouhodobé nebo následné péče. Po zvážení všech rizik primář rozhodne o jeho přijetí či nepřijetí. Metodika přijímání pacientů k hospitalizaci bývá většinou vymezena vnitřní dokumentací daného oddělení.

4.4.8.2 Při přijetí seniora

Jak vyplývá ze zprávy Veřejného ochránce lidských práv (Motejl, 2006) drtivá většina seniorů hospitalizovaných na lůžkách LDN je hospitalizována dobrovolně. To v praxi znamená, že byli schopni podepsat nebo vyslovit souhlas s hospitalizací. Informovaný souhlas s hospitalizací vždy indikuje ošetřující lékař při každém přijetí pacienta (krom přijetí pacienta, který podepsal tento souhlas na jiném oddělení téhož zařízení) a součástí jeho udělení je, že lékař musí poučit pacienta o tom, co je předmětem informovaného souhlasu, o léčebném režimu apod. (zákon č. 372/2011 Sb.).

Pokud pacient není schopen vzhledem ke svému stavu vyslovit nebo podepsat souhlas s hospitalizací, uvažujeme o tzv. nedobrovolné hospitalizaci, kterou je poskytovatel zdravotních služeb do 24hodin povinen nahlásit soudu, jenž vysloví v rámci detenčního řízení souhlas s hospitalizací místo hospitalizovaného. **V žádném případě není možné, aby za pacienta vyslovil souhlas příbuzný, pokud není soudně ustanoven jeho opatrovníkem (v souladu se zákonem č. 372/2011Sb. a 1a7 čl. základní listiny práv a svobod).**

Poté, co pacient vysloví nebo podepíše informovaný souhlas s hospitalizací, lékař provede vstupní vyšetření a vytvoří tzv. příjmovou zprávu, která je základním „balíkem“ informací pro ošetřovatelský personál, ale i sloužící lékaře, fyzioterapeuty, konziliáře a podobně (vyhláška č. 98/2012 Sb., zákon č. 372/2011 Sb.).

Následně je pacient uložen na lůžko, kde je ošetřovatelským personálem seznámen s dalšími dokumenty, které se k jeho hospitalizaci váží. Nejčastěji to bývá charta práv pacientů, domácí řád oddělení, dietní systém, kontakty na oddělení, jména ošetřovatelského personálu, možnost uložení cenností v trezoru, souhlas s ošetřováním studentek středních zdravotnických škol, uložení věcí v uzamykatelné skřínce apod. (v souladu s tzv. neřízenými vnitřními standardy oddělení) Po seznámení s těmito dokumenty pacient písemně stvrdí (nejčastěji do tzv. edukačního záznamu), že s těmito dokumenty byl seznámen a bere je na vědomí.

Během následující 24 hodin je všeobecná sestra povinna s pacientem sepsat ošetřovatelskou anamnézu (jejíž součástí je i hodnocení rizik – malnutrice, riziko vzniku dekubitů, riziko pádu apod.), kterou tvoří celá řada položek od fyziologických

funkcí, přes alergickou anamnézu, až po údaje o poslední stolici, způsobu přijímání potravy či fyziologické funkce a ustanovit pro pacienta ošetrovatelský plán na dalších 24 hodin (Vyhláška č. 98/2012 Sb.).

Při přijetí pacienta jej také většinou navštíví zdravotně-sociální pracovník a v rámci polostrukturovaného rozhovoru zjišťuje stav jeho životní situace.

5.4.8.3 Během hospitalizace

Během hospitalizace je život seniorů na LDN nejvíce ovlivňován denním a nočním plánem práce ošetrovatelského personálu. Ten je na každém oddělení individuální, avšak vždy je stanoven tak, aby v i v nízkém počtu personálu, bylo o pacienty dobře postaráno. Tyto plány jsou po většinou kolektivní, tedy všichni hospitalizovaní vykonávají v daný okamžik stejné aktivity.

Demonstrativní příklad denního plánu personálu (LDN Chrudim – interní dokument):

5:45 – 6:30 příchod do zaměstnání, předání služby (předání informací o jednotlivých pacientech)

6:30 – 7:45 ranní hygiena (Pozn. Při počtu 20 nesoběstačných pacientů na oddělení vychází průměrně 4 min. na jednoho).

7:45 – 8:30 souběžné podávání ranních léků a snídaně (sestra podává léky, ošetrovatelka rozdává snídani) včetně krmení nesoběstačných pacientů.

9:00 – 10:00 koupání pacientů (dle harmonogramu se provádí komplexní koupel ve sprše na jednom nebo dvou pokojích, max 6 pacientů).

9:00 – 11:00 vizita lékaře na pokojích pacientů, plnění průběžných ordinací z vizity, příjmení, propouštění pacientů.

11:00 – 11:30 podávání poledních léků.

11:30 – 12:15 oběd, včetně krmení nesoběstačných pacientů.

12:30 – 13:00 polední hygiena.

13:00 – 15:00 – odpolední klid, souběžně s návštěvními hodinami. V tomto období sestry nejčastěji vyplňují ošetrovatelskou dokumentaci, plní zbylé ordinace z vizity apod. Ošetrovatelky průběžně obchází pokoje, dávají pacientům napít a řeší jejich momentální potřeby.

15:30 – 16:30 odpolední hygiena

16:45 – 17:15 podávání odpoledních léků souběžně s podáváním večere a krmením nesoběstačných pacientů.

17:15 – 17:45 – plnění denních prací (úklid sesteren atd.)

17:45 – 18:15 – předání služby

18:30–19:30 – večerní hygiena

19:30 – 20:30 – podávání večerních léků

20:30 – 22:00 – plnění harmonogramu nočních prací

22:00 – 5:00 – plnění nočních ordinací, psaní záznamů do dokumentace, pravidelné obchůzky, řešení aktuálních potřeb klientů apod.

5:45 – předání služby.

Dle tohoto plánu je mi patrné, že personál toho má na práci v LDN skutečně mnoho, obzvláště vezme-li v potaz, že na denní směnu jsou na jedno oddělení nejčastěji dva pracovníci ve dne a jeden na noc. Otázkou ale zůstává, jakou roli v tomto denním plánu hrají pacienti? Krom výše zmíněných bodů týkajících se bezprostředně pacientů (hygieny, podávání stravy, vizita lékaře) v podstatě žádnou, protože poměrně velkou část svých pracovních aktivit musí personál vykonávat mimo pokoje pacientů a tedy i mimo přímý vztah s nimi (Dolejšová, 2013). Navíc vezmeme-li počet personálu na počet pacientů, zjistíme, že personál musí v rámci ošetrovatelského procesu pracovat nesmírně efektivně a úsporně, aby dokázal zajistit alespoň základní životní potřeby všem hospitalizovaným pacientům. Tím se opět vracíme zpět k oblasti animace trávení volného času seniorů na LDN, který zůstává stále otevřeným problémem, jehož řešení je zatím v nedohlednu.

Poměrně surové a značně mediálně ovlivněné svědectví o životě seniorů v LDN podal v roce 2008 Ondřej Šťastný, novinář pracující v MF DNES ve svém článku „Za zdi LDN je pacient nula“ (Idnes, 2008). Ačkoliv bylo účelem článku především mediálně pošpinit tuto léčebnu (falšování chorobopisů apod.), autor v něm dokázal velmi věrně popsat soudobou situaci dnešních Léčeben dlouhodobě nemocných. Navíc v některých pasážích se ve svých názorech ztotožňuje i s nálezem veřejného ochránce práv, který provedl poměrně hloubkové šetření v roce 2006 v 6 Léčebnách dlouhodobě nemocných napříč celou republikou (Motejl, 2006). Na akademickém poli se situaci v oblasti následné a dlouhodobé péče komplexně věnovala např. I. Princová (2009), Dolejšová (2013).

Výše zmínění autoři se shodují zejména v následujících bodech:

V léčebnách je nedostatek ošetrovatelského personálu, který je navíc velmi špatně placený a do jisté míry i nedostatečně vzdělaný. O. Šťastný k tomuto tématu uvedl: „Práce v léčebnách je tvrdá, navíc mizerně placená, sester je zoufale málo, protože to nikdo dělat nechce.“ O Motejl (2006) ve své zprávě popsal toto téma následovně: „Ošetrovatelského personálu je v LDN obecně nedostatek v porovnání s požadavky, jaké jsou na něj kladeny. Jeho počet nelze vůbec posuzovat podle limitů, které pro kvalitu péče stanovují předpisy zdravotních pojišťoven (takto nízké stavy nebyly v žádné navštívené léčebně). Rozsah ošetrovatelských úkonů, které pacienti LDN vyžadují, je mnohem větší než v jiných ústavních zařízeních. Lze bez nadsázky říci, že hybnou silou zařízení následné péče je právě ošetrovatelský personál, jehož nedostatek nebo malá kvalita zásadním způsobem určují úspěch hospitalizace.“ Princová (2009) pak dodává, že personálu chybí motivace i možnosti pro další vzdělávání. Pomocný zdravotnický personál se žádných forem sebevzdělávání neúčastní a všeobecné sestry se účastní pouze povinných seminářů určených k tomu, aby si nasbíraly kredity, které jsou nutné pro jejich registraci.

V léčebnách chybí i nezdravotnický personál, který by zajišťoval animaci, aktivity spojené s trávením volného času a psychickou pomocí seniorů v LDN. O. Šťastný (2008): „Je nás málo a na společenskou konverzaci bohužel není čas. Trochu nám v tom pomáhají rehabilitační sestry, které do léčebny docházejí a s pacienty cvičí a hovoří.“ Motejl (2006) k této situaci vytvořil dokonce metodické doporučení:

„Doporučuje se zřizovat při LDN psychologa, psychoterapeuta či pastorační pracovníka – obecně člověka, který by poskytoval pacientům služby nesouvisející bezprostředně s jejich diagnostikovaným onemocněním, ale vyplývající z jejich celkové životní situace.“

Problematické dodržování základních práv a svobod zejména pak práva na soukromí a ochrany osobních údajů. Všichni zmínění autoři se shodují zejména na tom, že mnoha lůžkové pokoje pacientů na LDN porušují základní lidské právo tj. právo na soukromí. Nejmarkantněji se tato situace projevuje ve chvílích, kdy některý z hospitalizovaných potřebuje provést fyziologickou potřebu vyprázdnění, kterou musí provézt před ostatními pacienty na toaletním křesle na pokoji nebo při ranní toaletě nesoběstačných pacientů. Problematické je také uchovávání osobních údajů obzvláště v listinné podobě. Ta je prý podle obou autorů velmi snadno dostupná na nestřežených sesternách (Motejl, 2006, Šťastný 2008, Princová, 2009).

Na okraji společnosti. Všichni zmínění autoři komentují situaci seniorů hospitalizovaných na lůžkách zejména dlouhodobé péče průměrem k situaci, která je běžná v sociálně vyloučených lokalitách. LDN popisují jako „odkladiště“, kam příbuzní odkládají seniory, se kterými si nevědí rady (Princová, 2009, Motejl, 2006, Šťastný, 2008). Princová (2009) pak uvádí, že řada seniorů v LDN trpí sociální izolací, kterou mimo jiné způsobuje i nezáměr rodiny.

Obzvláště mediální kauza „Za zdmí LDN“ rozdmýchala v české odborné i laické veřejnosti diskuzi o současné podobě a režimu, ve kterém dnešní LDN fungují. Tragedii této diskuze ovšem zůstalo, že nediskutovala nad tématy systémových změn v dlouhodobé péči, ale spíše v oblasti potrestání konkrétních osob, které byly za danou situaci v soukromé LDN zodpovědné. Navíc je myslím nutné říct, že zjištění, která pan Šťastný popsal v případě této konkrétní LDN (zanedbávání pitného režimu, falšování zdravotnických dokumentací apod.) rozhodně nelze paušalizovat na všechna zařízení poskytující dlouhodobou a následnou zdravotní péči nehledě na fakt, že zpráva veřejného ochránce lidských práv (2006), která má charakter podrobnější a obecnější studie těchto zařízení, drtivou většinu nařčení zmíněných ve výše uvedeném článku popírá. Krom toho, bylo na základě zjištění pana Šťastného také iniciováno šetření pracovníky Všeobecné zdravotní pojišťovny, které odhalilo, že v 84%

zkoumaných LDN byla péče na velmi kvalitní úrovni (VZP, in Medical Tribune, 2009).

5.4.8.4 Kvalita života seniorů v LDN

Kvalita života seniorů v LDN je v současné době stále výzkumně ne příliš dobře poznaným tématem. Navíc toto téma nelze objektivně čerpat ani ze zahraniční literatury, protože specifika podmínek života v českých LDN jsou na tolik charakterově určující, že je nelze srovnávat ani s jinými českými formami zdravotní péče, natož potom se zahraničními. I přesto, že jich není mnoho, existují na akademickém poli exkurzi do života seniorů v LDN. Jako nejzdařilejší hodnotím výzkum kvality života seniorů v LDN, který provedla v rámci své diplomové práce Mgr. Markéta Dolejšová (2013). Ta ve shodě s dalšími autory (Princová, 2009, Motejl, 2006, Kretková, 2014) představila několik základní tezí charakterizujících život pacientů v LDN.

Prvním zásadním zjištěním bylo, že **někteří pacienti si v LDN připadají společensky izolovaní**, protože nemají dostatek možností získávat informace o tom, co se děje ve světě „zdmi“ LDN v běžném životě. (Pozn. V dnešní době je stále ještě naprosto běžné, že v některých LDN nemají centrální rozvod radia na pokoje, což může vést k tomu, že ležící pacienti, kteří si nemohou dojíti na televizi do společenské místnosti, zůstávají odříznuti od informací. Je proto vhodné tyto pacienty motivovat alespoň k nákupu novin.)

Druhým zjištěním bylo, že **kvalitu života seniorů významně ovlivňuje neanimovaný volný čas**. Dolejšová (2013) popisuje, že většina pacientů v LDN se nudí a neví, co s volným časem. (Pozn. LDN na rozdíl od DPS nemají povinnost organizovat pacientům jejich volný čas a především na to nemají prostředky. Některé LDN tuto situaci řeší dobrovolnickými programy, kdy dobrovolníci organizují pro hospitalizované různé kluby apod. V souvislosti s tímto tématem je ovšem potřeba také sdělit, že trávení volného času seniorů v LDN není otázkou jen pro personál, ale především pro rodinu a další známé seniorů, kteří mohou svými návštěvami volný čas pacientů zpříjemnit.)

Třetí zjištění se týká denního **režimu oddělení, který většině hospitalizovaných nevyhovuje**. Dolejšová (2013), Princová (2009) uvádí, že většině pacientů vadí příliš brzké vstávání nebo naopak příliš brzký noční režim. Bezohlednost harmonogramu vůči potřebám jednotlivých seniorů je velký a ve stávajících podmínkách vlastně nevyřešitelný problém. (Pozn. Harmonogramy práce mají v rámci ošetrovatelské péče

poskytované v LDN nezastupitelné místo a personál se jimi musí řídit, protože jinak by nebyl schopen péči vůbec realizovat. V rámci takového přístupu jsou záměrně opomíjeny individuální potřeby jednotlivých klientů takovým způsobem, aby mohly být saturovány kolektivní potřeby všech hospitalizovaných.) V tomto smyslu LDN naprosto naplňují kategorii totálních institucí.

Posledním zjištěním bylo, že **péče v LDN je z pohledu pacientů kvalitní**. Pacienti si s ohledem na chování personálu nejčastěji stěžovali na to, že s nimi personál příliš nekomunikuje a nemá na ně čas, popř. že příliš rigidně vyžaduje dodržování denního režimu. Podle Dolejšové (2013) je otázka komunikace a množství času, kterého personál tráví s pacienty otázkou osobnostních dispozic, množství personálu, náročnosti práce i stále se zvyšující zátěže, kterou na sestry klade systém poskytování zdravotní péče.

K obecným výsledkům výzkumů lze říci, že zjištění Dolejšové (2013), Princové (2009) a dalších jasně potvrzují fakt, že LDN naplňují kategorii totálních institucí se všemi svými výhodami i riziky. Do budoucna je potřeba s tímto faktem počítat a prosazovat především komunitní formu poskytování dlouhodobé a následné péče (MPSV, 2010, Vávrová, 2010)

5.4.8.5 Ukončení hospitalizace

K ukončení hospitalizace pacienta na LDN nejčastěji dochází po vzájemné dohodě pacienta a lékaře. Pokud se pacient rozhodne opustit oddělení přes nesouhlas lékaře, musí podepsat tzv. negativní revers, jehož podpisem přebírá zodpovědnost za svůj zdravotní stav. V případě, že pacient porušuje své povinnosti (srov. Ombudsman pro zdraví, 2014), může lékař pacientovu hospitalizaci ukončit i bez vzájemné dohody (srov. zákon č. 372/2011 Sb.).

Pacienti odcházející z oddělení LDN nejčastěji odcházejí zpět do domácího prostředí (do péče praktického lékaře) nebo na jiné oddělení stejného zařízení či do jiného zařízení sociální, zdravotní péče. V takovém případě pacient obdrží lékařskou propouštěcí zprávu a ošetrovatelskou propouštěcí zprávu, ve kterých je popsán průběh celé jeho hospitalizace, dále všechny své věci, často také rozpis léků a léky na tři dny (v souladu se standardy daného zařízení a vyhláškou č. 98/2012 Sb.).

Pokud pacient na oddělení LDN zemře, je ohledán lékařem, který vypíše také 5 úmrtních listů pacienta, které jsou odeslány na matriku, do zdravotnické dokumentace a statistiky na patologii a příbuzným, popř. vypíše průkaz ke klinické pitvě. Tělo zemřelého je ošetřeno a označeno dle standardu o péči o mrtvé tělo a po určité době (nejčastěji 2 hodiny) je převezeno do chladicího boxu. Příbuzní pacienta jsou informováni sloužícím lékařem nejčastěji telefonickou cestou, přičemž jsou také vyzváni k tomu, aby si na oddělení vyzvedli pozůstalost (osobní věci pacienta, které měl na oddělení u sebe). Všechny další náležitosti související s pohřbením pacienta příbuzní nadále konzultují pouze s pohřební službou.

5.4.9 Podfinancování následné a dlouhodobé péče realizované v LDN

Podfinancování následné a dlouhodobé péče vidím společně s mými kolegy odborníky (srov. Fiala, 2006, Červenková, Bruthansová, Pechanová, 2006) za hlavní zdroj současné neblahé situace panující v Léčebnách dlouhodobě nemocných. V této situaci pacienti i zdravotníci doplácí na to, že stát, potažmo zdravotní pojišťovny odmítají hradit skutečné nikoliv paušální náklady spojené s pobytem pacientům na lůžkách dlouhodobé a následné péče.

Fiala (2006) v této souvislosti uvádí, že v roce 2005 činil rozdíl poměru náklad/platba pojišťovny 300Kč až 500Kč na lůžko/den, přičemž průměrná platba na jednoho pojištěnce na lůžku následné péče byla toho roku podle UZIS 900 a 1050 Kč, ale skutečný náklad 1340 Kč.

Tato situace je podle Fialy (2006) nejen v rozporu s prostou logikou řešení celého problému financování lůžek následné a dlouhodobé péče, ale je také v rozporu se zdravotní politikou EU. Ta spoléhá právě na dobře financovaná a kvalitní lůžka dlouhodobé péče, na které se snaží přesouvat pacienty z akutních lůžek, která jsou z hlediska poskytování zdravotní péče daleko nákladnější.

Podfinancování LDN má pak přímý dopad na pacienty (protože platby vystačí pouze na tzv. hotelové náklady, nikoliv už ale odbornou rehabilitaci, logopedii, ergoterapii, menší pokoje, úpravu prostředí LDN, drahé léky apod.) Nedostatek peněz působí na pacienty, ale i zprostředkovaně skrze zdravotnický a nezdravotnický personál. Ten je podle Fialy (2006) nejhůře placeným zdravotním personálem v celém segmentu

zdravotnictví. Červenková, Bruthansová, Pechanová (2006) pak doplňují, že zdravotnický personál LDN patří mezi nejvytíženější personál ve zdravotnictví vůbec (v počtu lůžek na jednu sestru/ošetřovatelku/lékaře apod.), což jej přímo předurčuje k vyššímu riziku vzniku pracovní nespokojenosti, syndromu vyhoření.

5. 4. 10 Závěrem k LDN

LDN již několik desítek let patří ke zlatému fondu lůžkové péče o seniory v Čechách. Zrušit je nebo je nahradit, proto nebude ani do budoucna snadné, ba co víc, možná to bude i nemožné. Důvod je myslím zřejmý. Pokud LDN zrušíme, nebudeme mít, kde ubytovat 7000 hospitalizovaných, o které se v současné době LDN starají. Proto si myslím, že by se měla péče v LDN nikoliv rušit, ale především reformovat. Kvalitně zpracovaná reforma dlouhodobé a následné péče, by měla do systému přinést především další peníze na zkulturnění a dovybavení prostředí LDN a jejich okolí. Dále by se mělo investovat do personální politiky. Měl by být navýšen personál středního zdravotnického i pomocného zdravotnického personálu, měli by zde pracovat atestovaní lékaři a do systému poskytování dlouhodobé péče by měli proniknout i pedagogičtí pracovníci či terapeuti, kteří by zajišťovali animaci života hospitalizovaných.

6. Institucionální péče o seniory v Čechách – sociální služby

Zařízení sociálních služeb, ale i ambulantní a terénní sociální služby zastupují od roku 2007 (kdy vešel v platnost zákon č. 108/2006 Sb.) naprostou většinu institucionálních služeb poskytovaných seniorům se sníženou soběstačností. Jako takové tak vlastně mají resortní monopol (mohou jim konkurovat jen zdravotní služby), a proto se jim budu v následujících kapitolách podrobně věnovat. Podobně jako v kapitolách týkajících se zdravotních služeb, představím jednotlivé druhy a formy sociálních služeb. Specificky se pak budu věnovat zejména domovům pro seniory a nelegálním poskytovatelům sociálních služeb.

6.1 Sociální služby obecně

Za sociální služby v nejobecnějším měřítku považujeme služby, které jsou poskytovány osobám v nepříznivé sociální situaci či v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu, zajišťující pomoc a podporu za účelem sociálního začleňování nebo prevence sociálního vyloučení (zákon č. 108/2006 Sb.).

Sociální služby svým klientům poskytují poskytovatelé sociálních služeb, kterým mohou jak být veřejné (stát, kraje, obce), tak soukromé či neziskové organizace (jejich počet stále narůstá). Proto, aby mohl poskytovatel danou sociální službu realizovat, musí být registrován v registru sociálních služeb, který je v působnosti MPSV.

Registraci poskytovatelů sociálních služeb provádí úřad práce. Kontrola poskytovaných sociálních služeb je pak v kompetenci krajské samosprávy.

Poskytování sociálních služeb metodicky řídí MPSV pomocí zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon vymezuje oblasti týkající se zejména příspěvků na péči, povinnosti poskytovatelů sociálních služeb, metod a forem sociálních služeb, typologie sociálních služeb, registrace sociálních služeb, oblasti výkonu pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků.

Oblast poskytování sociálních služeb je velmi široká a prostupuje napříč několika generacemi klientů, kterým je poskytována. Snad právě proto je současná koncepce

vycházející ze zákona o sociálních službách často kritizována a to především pro svou netransparentnost, administrativní náročnost a vysokou míru podfinancování (Molek, 2011).

6.2 Druhy sociálních služeb

Mezi druhy sociálních služeb řadíme především služby spojené se sociálním poradenstvím, sociální péčí a sociální prevencí. Senioři využívají všech těchto druhů sociálních služeb a především pak služeb sociálního poradenství a sociální péče. Všechny tyto druhy sociálních služeb jsou poskytovány buď v přirozeném (domácím) prostředí uživatele, nebo v zařízeních sociálních služeb (zákon č. 108/2006 Sb.).

6.2.1 Sociální poradenství

Sociální poradenství můžeme dělit na základní a odborné. Základní sociální poradenství je povinen uživatelům poskytovat každý poskytovatel sociálních služeb. Jeho cílem je poskytnout základní informace osobám v nepříznivé sociální situaci. Tyto informace by měli vézt ke zlepšení nebo k řešení nepříznivé sociální situace. V případě seniorů poskytují základní sociální poradenství především domovy pro seniory, pečovatelská služba, sociální pracovníci při zdravotnických zařízeních, úřady práce apod. Jejich cílem je zajistit důstojné a plnohodnotné stárnutí s ohledem na individuální možnosti seniorů (zákon č. 108/2006 Sb.).

Odborné sociální poradenství pro seniory poskytují poradny pro seniory, které se zabývají individualizovanými problémy seniorů. Základní i odborné sociální poradenství je poskytováno uživatelům bezplatně.

6.2.2 Sociální péče

Za služby sociální péče považujeme takové služby, které napomáhají osobám v nepříznivé životní situaci či zdravotním stavu, zajistit jejich psychickou i fyzickou soběstačnost. Jejich cílem je vysoká míra zapojení těchto osob do společnosti a v případě, kdy to jejich stav neumožňuje, zajištění důstojného životního prostředí a důstojného zacházení.

Služby sociální péče zahrnují celou škálu služeb, která je seniorům poskytována. Nejobvyklejšími a nejčastějšími službami jsou: osobní asistence, tísňová péče, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služba, denní stacionář, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a hospicová péče (zákon č. 108/2006 Sb.).

6.2.3 Sociální prevence

Hlavním cílem služeb sociální prevence je předcházet sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy krizovou životní situací, životními návyky a způsobem života, který by mohl vézt ke konfliktu se společností. Dále se prevence týká osob ze znevýhodňujícího sociálního prostředí apod. Služby sociální prevence jsou poskytovány uživatelům bezplatně.

Význam služeb sociální prevence určených pro seniory se velmi často podceňuje. Při tom právě udržení seniorů v jejich běžném životě a přirozeném prostředí by mělo být hlavním cílem všech snah směřujících k řešení seniorské otázky v Čechách (zákon č. 108/2006 Sb.).

Nejčastější formou aktivit služeb sociální prevence pro seniory jsou sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Tyto aktivity jsou určeny jednak pro seniorskou populaci žijící mimo institucionální péči – kdy je jejich úkolem co nejvyšší zapojení seniorů do společnosti tak, aby se předcházelo sociálnímu vyloučení, ale také pro seniory žijící v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem, kde mají za úkol především předcházet sociálně patologickým vlivům, které mají ústavní zařízení na osobnost člověka.

Příkladem sociálně aktivizačních služeb jsou nejčastěji různé kurzy a kluby (vaření, trénink paměti, hudební, matematické kurzy apod.) (CEDR, 2014). V ČR bylo podle registru poskytovatelů sociálních služeb ke 2.1.2015 251 registrovaných poskytovatelů sociálně aktivizačních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením.

6.3 Formy poskytování sociálních služeb

V oblasti poskytování sociálních služeb rozlišujeme tři základní formy jejich poskytování. Mezi tyto formy patří služby ambulantního, terénního a pobytového charakteru. Senioři využívají všech těchto forem poskytování sociálních služeb, nejčastěji však forem terénního a pobytového charakteru.

Základní službou prostupující všemi formami sociálních služeb je služba Sociální rehabilitace. Sociální rehabilitací rozumíme především „soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu

běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb. (zákon č. 108/2006 Sb. § 70)“

6.3.1 Ambulantní sociální služby

Mezi ambulantní sociální služby řadíme v případě seniorů odborné poradny pro seniory, centra denních služeb, denní stacionáře a ambulantní formy sociální rehabilitace či ambulantní formy sociálně aktivizačních služeb pro seniory a zdravotně postižené osoby (zákon č. 108/2006 Sb.).

Ambulantní sociální služby mají v životě seniorů nezastupitelný význam, protože jim pomáhají v tom, aby mohli, co nejdéle zůstat ve svém přirozeném sociálním prostředí. Zároveň mají také velký význam pro členy pečující rodiny, protože díky nim mohou normálně pracovat, žít svůj osobní život a při tom vědět, že o jejich příbuzné – seniory, je v této době dobře postaráno.

6.3.1.1 Odborné poradny pro seniory

Odborné sociální poradenství pro seniory poskytují odborné poradny pro seniory, které se zabývají individualizovanými, ale i skupinovými problémy seniorů. Poskytují například servis pomoci při žádání o příspěvek na péči, vyřizování dalších sociálních dávek, zabývají se problematikou ageismu, předávají kontakty na odborníky či jiné neziskové organizace, podílí se na tvorbě krajských strategií vyrovnávání se stářím apod. Nejrozšířenější síť odborných sociálních poraden pro seniory v současné době organizuje Rada seniorů o.s. Významnou skupinou odborných sociálních poraden jsou také poradny zřizované při hospicích. Tyto poradny mají nezastupitelnou roli především pro příbuzné umírajících, kterým nabízejí možnost odborné pomoci při zvládání stresové situace. Odborné sociální poradny se sdružují v Asociaci sociálního poradenství (srov. ASP, 2014).

6.3.1.2 Centra denních služeb pro seniory

V centrech denních služeb se poskytují sociální služby osobám se sníženou úrovní soběstačnosti a to ať už z důvodu věku, chronického onemocnění, anebo postižení, jejichž stav vyžaduje péči druhých osob (zákon č. 108/2006 Sb.). Většina center denních služeb bývá specializována na klienty s určitým typem postižení (včetně osob

znevýhodněných postižením v seniorském věku) nebo právě na seniory. V případě seniorů se centra denních služeb dělí zpravidla na ty, které poskytují své služby seniorům obecně anebo je poskytují pouze do věku osmdesáti let (kategorie mladších seniorů) apod. Centra denních služeb pro seniory bývají často zřizována při domovech pro seniory. Ke 2.1.2015 bylo v registru poskytovatelů sociálních služeb (RPSS) zaregistrováno 100 poskytovatelů sociálních služeb denního centra služeb – z toho 41 se specializuje a priori na seniorskou populaci.

Denní centra sociálních služeb svým klientům poskytují pomoc při zvládnání osobní hygieny nebo provedení osobní hygieny, pomoc nebo poskytnutí stravy, sociálně terapeutické činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv apod. Činnosti denních center sociálních služeb jsou krom sociálního poradenství poskytovány za úplatu (zákon č. 108/2006 Sb.).

6.3.1.3 Denní stacionáře pro seniory

Denní stacionáře poskytují své služby podobné klientele jako centra denních služeb s tím rozdílem, že se jejich klientela rozšiřuje o kategorii duševně nemocných osob. V praxi se leckdy služby denní stacionář a centrum denních služeb chybně zaměňují. Rozdíl mezi nimi je v rámci zákona o sociálních službách přitom pouze nepatrný, ale zásadní. Zákon o sociálních službách (2006) oběma těmito formám sociálních služeb připisuje takřka stejnou náplň jejich aktivit. Klienty denních center by však měli být senioři, kteří kvůli svému zdravotnímu stavu potřebují občasnou, avšak nezbytnou pomoc druhé osoby a oproti tomu, klienti denních stacionářů by měli být senioři, kteří vyžadují pravidelnou pomoc druhých osob.

Denní stacionáře mají velký význam pro pečující rodiny. Na rozdíl od denních center, se u denních stacionářů předpokládá, že se dokážou o seniora postarat po celou dobu, kdy se mu nemohou věnovat jeho příbuzní, se kterými žije v přirozeném sociálním prostředí. To znamená, že členové pečující rodiny mohou normálně pracovat a žít svůj osobní život, přičemž vědí, že v době jejich nepřítomnosti je v denním stacionáři o seniora postaráno. Denní stacionáře poskytují zdravotní i sociální péči a péče v nich je poskytována za úplatu dle platného ceníku sociálních služeb. V Registru sociálních služeb bylo 2.1.2015 registrováno 316 denních stacionářů z toho se 85 a priori zaměřuje na seniorskou populaci.

6.3.2 Terénní služby

Hlavní předností terénních sociálních služeb je především fakt, že jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí seniora, což je činní efektivnějšími a pro seniory daleko přijatelnějšími, než pobyt v zařízení sociálních služeb. Terénní sociální služby jsou také menší finanční zátěží systému resp., jsou pro stát daleko levnější, než pobytové formy sociální péče. Podle Kubalčíkové (2006) patří terénní sociální služby k vůbec nejdůležitějším sociálním službám, které jsou na území ČR seniorům poskytovány. Podle ní umožňují tyto služby zachování sociálních vazeb, možnost účasti na životě komunity a také podporu neformálních pečovatelských při péči o seniory, čímž přispívají k prevenci sociálního vyloučení seniorů.

Mezi nejexponovanější terénní sociální služby v seniorském věku patří především služba Osobní asistence a Pečovatelská služba.

6.3.2.1 Osobní asistence

Služba osobní asistence je v ČR oficiálně službou poměrně novou. Jejím základním principem je terénní práce s klientem v každodennosti jeho života. Podle zákona č. 108/2006 Sb. se za službu Osobní asistence považuje služba, která se poskytuje osobám, jež mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo onemocnění či zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc druhé osoby. Zásadními vlastnostmi osobní asistence jsou, že je poskytována terénně, bez omezení a vždy za úplatu.

Osobní asistenci dnes mohou realizovat absolventi kurzů osobní asistence. Náplní jejich práce je především pomoc při zvládnutí běžných aktivit denního života, které jejich klienti již sami bez pomoci nezvládají. Patří k nim například oblasti jako stravování, osobní hygiena, pomoc při zajištění chodu domácnosti, aktivizační, vzdělávací a výchovné aktivity apod. (Matoušek, 2007). K 1. 2. 2015 bylo v registru sociálních služeb zaznamenáno 222 poskytovatelů sociální služby Osobní asistence, z toho 164 poskytuje své služby i seniorům.

6.3.2.2 Pečovatelská služba

Pečovatelská služba má v našich podmínkách dlouholetou tradici a takřka vždy patřila do zlatého fondu institucionální péče o seniory v Čechách. Jejimi zřizovateli bývají nejčastěji kraje, obce, neziskové organizace a zřizovatelé ze soukromého sektoru. Za léta své existence prošla mnoha proměnami od ryze zdravotní podoby až po dnešní

podobu sociální služby. Jako taková je vymezována zákonem č. 108/2006 Sb. jako služba sociální péče, která je poskytována ambulantní nebo terénní formou osobám se sníženou soběstačností. Tato služba se poskytuje ve smluveném čase v domácím prostředí nebo v zařízení sociálních služeb a to za úplatu. Kozlová (2005) doplňuje, že pečovatelská služba v sobě zahrnuje soubor úkonů, postupů a činností, které pomáhají osobám, co nejdéle žít v jejich přirozeném sociálním prostředí. Pečovatelská službu nejčastěji poskytují tzv. agentury domácí péče.

Pečovatelská služba je v ČR velmi oblíbená a rozšířená forma institucionální péče o seniory a to především proto, že umožňuje žít seniorům až do pozdního stáří v domácím prostředí, což pozitivně saturuje nejen biologické, ale psychické a sociální potřeby seniorů, díky čemuž je přirozeně zachována i vysoká úroveň kvality života seniorů v domácí péči (Balogová, 2005). Pečovatelská služba je také ekonomicky daleko výhodnější než její realizace v domově pro seniory. Její nespornou výhodou je také její dostupnost a síť klientů, kterou je schopna pojmout (na rozdíl od DPS). Ke 2. 1. 2015 bylo v registru sociálních služeb uvedeno 745 poskytovatelů pečovatelské služby, z toho 740 poskytuje své služby i seniorům.

Určitou formou využití možnosti pečovatelské služby jsou v dnešní době tzv. Domovy s pečovatelskou službou. Ty nejsou podle zákona č. 108/2006 Sb. považovány za zařízení sociálních služeb. Většinou to bývají domy nebo byty tzv. zvláštního určení ve vlastnictví obce, ve kterých je realizována pečovatelská služba na základě smluvního vztahu poskytovatel – klient (MPSV, 2014).

Ke 2. 1. 2015 bylo v registru sociálních služeb uvedeno 745 poskytovatelů pečovatelské služby, z toho 740 poskytuje své služby i seniorům.

6.3.3 Pobytové služby

6.3.3.1 Týdenní stacionáře

Týdenní stacionáře poskytují stejné služby jako denní stacionáře s tím rozdílem, že klientů týdenních stacionářů je poskytována i služba ubytování a stravy. Týdenní stacionáře poskytují odlehčovací služby osobám se sníženou soběstačností a osobám s duševním onemocněním. V případě seniorů bývají často zřizovány při domovech pro seniory. Zpravidla mívají podstatně nižší kapacitu než domovy pro seniory a jejich hlavním cílem je poskytovat služby sociální péče s ohledem na rozvíjení a udržení co nejvyšší míry soběstačnosti (zákon č. 108/2006 Sb.).

Ke 2.1 2015 bylo v registru poskytovatelů sociálních služeb zaregistrováno 8 poskytovatelů sociálních služeb – Týdenní stacionář, kteří poskytují své služby seniorům.

6.3.3.2 Chráněné bydlení

Chráněné bydlení považujeme podle zákona č. 108/2006 Sb. za pobytovou sociální službu, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností. Tato služba může být realizována individuálně nebo skupinově. Tato forma bydlení je v ČR na rozdíl od domovů pro seniory poměrně nová a do ČR přišla v proudu deinstitutionalizace sociálních služeb a v současné době se široce užívá především v oblasti péče o osoby znevýhodněné smyslovým, tělesným nebo mentálním postižením.

Chráněné bydlení pro seniory je vhodné pro ty uživatele, kteří potřebují podporu v soběstačnosti, ale přitom nepotřebují stálou zdravotní nebo sociální péči. Podstatnou výhodou chráněného bydlení je zachování autonomie v rozhodování seniora, zajištění soukromí a důstojnosti. V chráněném bydlení pro seniory poskytují podporu seniorům asistenti a to v rámci své pracovní doby. Poskytovatel sociální služby může zajišťovat i zdravotní péči v souladu se smluvními podmínkami služby. V noci a o víkendech asistenti službu nerealizují, i přes to je seniorům dostupná pohotovostní podpora (Glosová, 2006).

Chráněné bydlení pro seniory je v ČR spíše vzácností. Ke 2.1.2015 bylo v registru sociálních služeb zaznamenáno 7 poskytovatelů této služby. Chráněné bydlení je placená sociální služba nejčastěji hrazená z příspěvku na péči.

6.3.3.3 Odlehčovací služba

Je zákonem č. 108/2006 Sb. vymežována jako ambulantní, terénní a pobytová služba, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem služby je umožnit pečující osobě odpočinek.

V případě seniorů odlehčovací službu nejčastěji realizují domovy pro seniory, týdenní stacionáře, hospice anebo zařízení odlehčovacích služeb, ve kterých je realizována komplexní péče (od zajištění ubytování, přes hygienu až po stravu, aktivizační, výchovné, socioterapeutické aktivity) v závislosti na individuálních potřebách jedince.

Odlehčovací služby jsou placenou formou sociální péče. Zpravidla bývají hrazeny z příspěvku na péči. Ke 2.1.2015 bylo v registru sociálních služeb zaznamenáno 207 poskytovatelů této služby, kteří poskytují své služby i seniorům.

6.4 Domovy pro seniory (DS) a domovy se zvláštním režimem

6.4.1 DS vymezení a definice

Domovy pro seniory řadíme podle zákona o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.) k pobytovým formám sociální péče. Tato zařízení jsou zřizována pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu vysokého věku, které potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby. Součástí domova pro seniory může být i domov se zvláštním režimem (Ten ale může být i samostatnou sociální službou nezávislou na DS.). Domovy se zvláštním režimem jsou zařízení určená k pobytu osob se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, požívání návykových látek nebo Alzheimerovy demence. DS i domov se zvláštním režimem patří do soustavy zařízení sociálních služeb (zákon č. 108/2006 Sb.).

Mezi základní služby, které DS a domovy se zvláštním režimem poskytují, patří: Poskytování ubytování, stravy (nebo podmínek pro přípravu stravy), pomoc při osobní hygieně a při péči o vlastní osobu, sociálně terapeutické činnosti a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (zákon č. 108/2006 Sb.).

Zřizovateli DS či domovů se zvláštním režimem mohou být jak fyzické tak právnické osoby. Dále jsou to zejména obecní samosprávy, soukromí zřizovatelé, ale i neziskové organizace či církve. Pobyt v DS či domově se zvláštním režimem je poskytován za úplatu na základě smluvního vztahu mezi poskytovatelem sociálních služeb a klientem. Na úhradu péče o seniora je určen příspěvek na péči doplněný o doplatek z klientova starobního důchodu (pouze v případě, že příspěvek na péči nepokryje náklady spojené s pobytem klienta v domově). Maximální výše platby v krajských či státních DS je v současné době vyčíslena na 10800 Kč/měsíc. V rámci sektoru soukromých poskytovatelů nejsou ceny za pobyt nijak regulovány (LN, 2013).

Ke 2.1.2015 bylo v registru sociálních služeb 506 DS a 279 domovů se zvláštním režimem.

6.4.2 Vnitřní diferenciacie domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem

Drtivá většina domovů pro seniory je vnitřní organizačně členěna na jednotlivá oddělení, která bývají nejčastěji označena písmeny. Toto dělení má nesporný význam pro lepší organizaci práce, ale i orientaci obyvatel po domově. Na těchto odděleních se nejčastěji sdružují obyvatelé, kteří potřebují podobný charakter péče. Ve většině případů také platí, že menší oddělení (například o 15 až 20 lůžkách) bývají oddělení ležících obyvatelů. Oddělení s vyšším počtem lůžek obývají nejčastěji mírně nesoběstační obyvatelé (srov. Malíková, 2011).

Některé domovy pro seniory zároveň realizují i službu domova se zvláštním režimem. Oddělení domova se zvláštním režimem mají speciálně upravené prostředí a vyškolený personál k práci s osobami, jež mají psychické poruchy nebo jsou dementní. Některé domovy se zvláštním režimem se zaměřují na konkrétní typy demencí (např. Alzheimerské centrum), jiné poskytují své služby bez užší specifikace (Králová, Rážová, 2012). Hlavním rozdílem mezi DS a domovem se zvláštním režimem je možnost otevřeného pohybu. Zatímco co v DS by klienti neměli být nijak omezováni v tom, kam a kdy chtějí jít. V domově se zvláštním režimem je pohyb obyvatelů režimově omezen tak, aby obyvatelé nemohli utéct anebo se vážně zranit, přičemž i tak je brán ohled na co nejvyšší míru důstojnosti života obyvatelů. Některé domovy se zvláštním režimem mají specializovaná oddělení pro osoby starší 40 let, které mají sníženou soběstačnost (a zároveň jsou v nepříznivé sociální situaci nebo osobami bez přístřeší) z důvodu organické duševní poruchy (SSMP, 2014).

Po roce 2006 se v souvislosti s transformací DS do podoby zařízení sociálních služeb, došlo v některých velkých DS k administrativnímu, personálnímu i faktickému rozštěpení ošetrovatelské a pečovatelské péče, což dalo za vznik dvěma různým organizačním celkům v rámci jednoho zařízení v oblasti poskytování přímé péče obyvatelům DS (Pracovníci v sociálních službách pracují v kooperaci se všeobecnými sestrami, avšak každá z těchto profesí pracuje v rámci DS pod jiným vedením v rámci svého úseku. Pracovníci v sociálních službách pracují v rámci úseku přímé péče. Všeobecné sestry v rámci úseku zdravotní péče.) Pozn. Ne všechny domovy pro seniory tento model ctí. V ČR existují stále ještě zařízení, kde se jednotlivá oddělení nazývají zdravotními a personál zde metodicky vede pouze vrchní sestra. V jiných DS zase oddělení přímé a ošetrovatelské péče splývá do tzv. oddělení

sociálně-zdravotní péče pod vedením vrchní sestry. Dále bývají organizačně rozděleny také socioterapeutické dílny či aktivizační programy (Dvořáčková, 2012).

6.4.3 Personální zajištění

Personální zajištění domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem čítá zejména odborníky z řad sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách, všeobecných sester, ergoterapeutů, fyzioterapeutů a v současné době již i speciálních pedagogů (Dvořáčková, 2012).

Situace na poli personální politiky DS a domovů se zvláštním režimem je velmi podobná té, kterou jsem popisoval v případě LDN. Ani zde není personálu nazbyt. Navíc se v současné době uvažuje o krizi ošetrovatelské péče v zařízeních sociálních služeb. Protože po roce 2006, kdy začala hromadná transformace DS do režimu zařízení sociálních služeb, odešla ze sociální sféry řada zdravotních sester (v roce 2001 pracovalo v DS 7632 sester a v roce 2013 jen 4814), což znamenalo pokles odbornosti, ale i kvality ošetrovatelské a pečovatelské péče (Kolářová, 2015).

Bohužel, v rámci působnosti MPSV neexistuje žádná obdoba personální vyhlášky (platné ve zdravotních službách). Personální zajištění je tak dáno pouze vnitřními metodikami jednotlivých zařízení, které se řídí vlastními pravidly pro určování počtu personálu. Na nekvalitu, neobornost poskytované péče a nedostatek personálu v ČR v současné době nejvíce upozorňuje Mgr. Anna Šabatová Ph.D., veřejná ochránkyně lidských práv.

6.4.3.1 Pracovník v sociálních službách (PSS)-pracovník přímé péče

Pracovník v sociálních službách je v kontextu poskytování sociální péče DS relativním nováčkem. Dříve vykonávali činnosti PSS ošetrovatelé/ky a sanitáři/ky. Ti jsou však v současnosti pro práci v DS nekvalifikovaní.

Způsobilost k výkonu povolání PSS může získat osoba se základním nebo středním vzděláním po absolvování rekvalifikačního kurzu v min. rozsahu 150h. Tato povinnost se netýká těch pracovníků, kteří již mají kvalifikaci k výkonu zdravotnického povolání nebo k výkonu povolání sociálního pracovníka. Kurz se musí skládat ze dvou částí a to obecné a speciální v souladu s vyhláškou č. 505/2006 Sb. a zákonem č. 108/2006 Sb. PSS se musí průběžně vzdělávat (24 hod/1rok).

Náplní práce PSS v DS je tzv. přímá obslužná činnost. Jeho kompetence jsou jasně vymezeny v metodice daného zařízení v souvislosti s tím, jaké služby dané zařízení poskytuje. Obšilová (2013) uvádí několik základních aktivit: péče o lůžko, provádění desinfekce, manipulace se stravou, dopomoc při hygieně, komplexní hygienická péče, poskytování pomoci při vyprazdňování, plnění role klíčového pracovníka, pod vedením všeobecné sestry – péče o mrtvé tělo, vytváření optimálně – léčebného prostředí atd.

PSS pracují pod metodickým vedením vedoucí oddělení přímé péče, vrchní sestry (v případě, že DS nemá organizačně členěnou zdravotní a sociální péči), sociálního pracovníka a všeobecných sester.

Koncepce existence a vzdělávání PSS byla mnohokrát kritizována pro svou nespécifičnost a nízkou náročnost. Problém ve vzdělávání a následném uplatnění PSS je takový, že se jedná v podstatě o univerzální pracovníky v oblasti poskytování sociálních služeb. S jedním kurzem tyto pracovníci mohou pracovat ve všech sférách sociálních služeb. Například mohou být v pečovatelské službě určené pro rodiny s dětmi, v azylovém domě, domově na půl cesty či v domově pro seniory (zákon č. 108/2006 Sb.).

Na neodbornost těchto pracovníků upozornila Šabatová (2015) v diskusním pořadu ČT Události a komentáře zejména ve vztahu k dementním seniorům, kteří jsou umístěni v domovech se zvláštním režimem, kde podle ní má být realizovaná vysoce odborná péče, kterou tyto pracovníci, jako dominantně početná složka personálu, nemohou naplnit. Tvzení o nedostatečné odbornosti PSS podpořil i výzkum Mgr. Ivy Obšilové (2013), která se zabývala připraveností PSS pracujících v DSS z pohledu všeobecných sester. Jedním z klíčových závěrů výzkumu bylo i to, že sestry se domnívají, že kvalifikační kurzy PSS by měly obsahovat více praxe. A to zejména proto, aby se PSS lépe naučili reflektovat potřeby a náhle změny zdravotního stavu seniorů.

6.4.3.2 Sociální pracovníci (SOP)

Sociální pracovníci mohou v DS naplňovat především dvě role. První z nich je oblast vedení pracovníků přímé péče, kdy v podstatě naplňují funkci personalistů (vytváří rozpisy služeb, provádějí kontroly, dodávají materiál, spolupracují s úsekem zdravotní péče, řeší spokojenost problémy klientů, vytváří standardy, podílí se na vzniku

metodik apod.), kterou dříve vykonávaly staniční a vrchní sestry napříč všemi typy pracovníků (zdravotnickými pracovníky i PSS). Druhá oblast je náplň poradenská v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. (provádí sociální šetření, poskytují poradenství, řeší problematiku příspěvků na péči, komunikují s rodinou, vedou složky klientů, manipulují s důchody, vytváří standardy, podílí se na vzniku metodik, podílí se na přijímání nových klientů, vytváří smlouvy, podílí se na vytváření individuálního plánu klienta apod.) (Malíková, 2011).

Dle zákona č. 108/2006 Sb. získává sociální pracovník svoji kvalifikaci studiem na vyšší odborné škole v oborech souvisejících se sociální prací nebo v rámci vysokoškolské studia zakončeného státní závěrečnou zkouškou. Obor studia musí být zaměřen na sociální práci, sociální pedagogiku, speciální pedagogiku a další obory s tím související. Dále lze kvalifikaci získat také absolvováním akreditovaného kurzu v rozsahu minimálně 200 hodin. Kvalifikace sociálního pracovníka se přiznává i absolventům oboru Zdravotně-sociální pracovník.

6.4.3.3 Všeobecné sestry

Podmínkám získávání i uznávání kvalifikací či náplni činností všeobecných sester jsem již věnoval v rámci zdravotních služeb. V této kapitole popíši pouze zvláštnosti ve výkonu povolání všeobecných sester v rámci DS.

Všeobecné sestry pracují v DS zejména proto, aby DS mohly poskytovat nepřetržitou zdravotní a ošetrovatelskou službu. Náplň práce sester v DS v dnešní době (ve většině DS) již nejsou aktivity spojené s pečovatelským (ty zajišťují PSS), nýbrž odborné ošetrovatelské úkony, jako je například podávání léků, aplikace inzulinů, kódování výkonů, vedení spisů, péče o chronické rány, aktivity spojené s náhlým zhoršením zdravotního stavu seniora, podávání klyzma apod. (srov. Malíková, 2011, Dvořáčková, 2012).

Všeobecné sestry pracují buď pod vedením vedoucí zdravotně-sociálního úseku anebo pod vedením vrchní sestry.

Žalostný stav ošetrovatelské péče, nedostatek všeobecných sester i dalších zdravotnických pracovníků je v současné době velmi aktuálním tématem, který budou muset DS, co nejdříve vyřešit. Kolářová (2015) vidí jako zdroj problému nedostatku sester problematiku vymáhání plateb za ošetrovatelské úkony od pojišťoven a obecně

nízké a paušalizované platby, které DS od pojišťoven inkasují bez ohledu na to, jak náročná je na ošetrovatelskou péči jejich klientela.

6.4.3.4 Ergoterapeuti, fyzioterapeuti, speciální pedagogové

Zákon o sociálních službách ukládá poskytovatelům sociálních služeb povinnost, nabídnout svým klientům sociálněterapeutické a aktivizační služby. V souvislosti s tím jsou DS a domovy se zvláštním režimem povinny zaměstnávat odborníky na tuto problematiku, přičemž sociálně terapeutických a aktivizačních služeb se účastní všichni členové personálu přímé péče včetně sociálních pracovníků. Participace obyvatelů na těchto aktivitách je vždy dobrovolná.

Ergoterapeut je v českých podmínkách nelékařský zdravotnický pracovník. Podmínky získávání a uznávání kvalifikace ergoterapeuta rozpracovává vyhláška č. 96/2004 § 7 Sb. V souladu s vyhláškou č. 55/2011 Sb. se za výkon činnosti ergoterapeuta v DS považuje například: Provádění vyšetření úrovně soběstačnosti, provádění specifických ergoterapeutických diagnostických metod a postupu, zhotovování a nácvik práce s kompenzační pomůckou, aplikování ergoterapeutických postupů při individuální a skupinové terapii apod.

Pfeifer (2001) uvádí, že ergoterapii v DS lze směřovat čtyřmi směry. První směr je směřování ergoterapie k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice. Druhý směr je zaměření na konkrétní postiženou oblast. Dále lze ergoterapii směřovat na výchovu k soběstačnosti a v neposlední řadě také před pracovním začleněním.

Zejména první tři směry ergoterapie hodnotím pro seniory za velmi zásadní. Nutno podotknout, že v praxi pod vedením zkušeného ergoterapeuta, se tyto směry prolínají a k seniorům se tak dostávají různé možnosti aktivit, které zpevňují nejen jejich pracovní návyky, ale zvyšují také úroveň jejich soběstačnosti a předchází negativním dopadům totálních institucí na psychiku jedince. Ergoterapeuti v rámci DS často vedou sociálně-terapeutické a ergoterapeutické dílny. Oblasti fyzioterapie jsem se již věnoval v rámci zdravotních služeb. Možnostem uplatnění speciálního pedagoga věnuji v rámci této práce speciální kapitolu.

6.4.4 Realizace a řízení sociální péče v DS

Sociální péči v DS realizují PSS a SOP. Metodicky i personálně ji vedou vedoucí jednotlivých stanic, vedoucí sociální pracovníci, vedoucí přímé péče.

Metodicky je sociální péče řízena prostřednictvím standardů kvality sociálních služeb, které vymezuje vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb. prováděcího předpisu zákona č. 108/2006 Sb. Tato vyhláška stavuje 15 standardů kvality, které je každý poskytovatel sociálních služeb povinen zpracovat do svých metodik, podle kterých se následně realizuje konkrétní sociální služba v konkrétním zařízení.

Standardem rozumíme měřítko požadované úrovně kvality sociální služby, jejíž dosažení je prokazatelné a ověřitelné. (Johnová, 2002). Jiným vymezením můžeme standardy definovat jako soubor kritérií, jejichž prostřednictvím je vymezována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a jeho klientem (Sokol, Trefilová, 2008).

Zpracováním standardů do metodik práce se zabývají zpravidla vedoucí pracovníci popř. specialisté na konkrétní činnost (například ergoterapeuti, sociální pracovníci). Kozlová (2005) pak doplňuje, že standardy sociálních služeb mají trojí charakter. A to procedurální, týkající se jednotlivých činností péče o klienta. Dále personální zabývající se problematikou personálního obsazení, vzdělávání zaměstnanců, zvyšování kvalifikace a standardy provozní.

Dodržování a naplňování standardů kvality v daném zařízení posuzují vnější a vnitřní audity. Vnitřními audity rozumíme kontroly vedoucích zaměstnanců v rámci vlastního zařízení. Vnějšími kontrolami pak kontroly inspekce sociálních služeb příslušného úřadu práce, hygieny apod.

5.4.5 Realizace a řízení zdravotní péče v DS

Zdravotní péči v DS realizují všeobecné sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti a praktičtí lékaři. Sestry a fyzioterapeuti nejčastěji spadají pod vedení vrchních sester a jejich činnosti, kompetence a náplně jejich práce jsou dány zákony č. 372/2011 Sb., č. 96/2004 Sb., č. 95/2004 Sb. vyhláškami č. 55/2011 Sb. č. 98/2012 Sb.

Všeobecné sestry v DS realizují na základě indikace lékaře ošetřovatelský proces. Jejich péče je vymezena a řízena standardy ošetřovatelské péče. Veškeré úkony, které

u klienta provedou, musí být naordinovány lékařem a následně vyúčtovány smluvní pojišťovně. Všeobecné sestry realizují v prostorách DS stálý zdravotnický dohled a jsou přímo odpovědné za zdravotní stav svěřených klientů. Vedou o klientech ošetrovatelskou dokumentaci v souladu s vyhláškou č. 98/2012 Sb.

Fyzioterapeuti provádí léčebně-rehabilitační proces u klientů, u nichž je fyzioterapie indikována lékařem. V takovém případě si klient fyzioterapii nehradí, protože je proplácena na základě smluvního vztahu pojišťovnou. Fyzioterapeut může provádět fyzioterapii i na základě přání klienta. V takovém případě se již jedná o fakultativní službu (nad rámec povinností) a klient si fyzioterapii hradí z vlastních prostředků.

DS nejsou povinny zajišťovat zdravotní služby lékaře, avšak většina z nich má smlouvu s praktickým lékařem, který dochází několikrát týdně do DS (v souladu se smluvními podmínkami a metodikami daného zařízení). Záleží ovšem na přání klienta, zda bude chtít být v evidenci lékaře, který do DS dochází, nebo zůstane u svého praktika.

6.4.6 Vývoj přístupu ke klientům v DS

Současný stav péče poskytované v DS je výsledkem poměrně dlouhého vývoje a především změny přístupu v poskytování péče. Dnešní domovy pro seniory mají svoji v historii ve třech typech zařízení, která předcházela jejich vzniku (do roku 2007). Jednalo se především o domovy důchodců, penziony pro důchodce a domovy s pečovatelskou službou. V domovech důchodců, které byly charakterově asi nejbližší dnešním DS, panoval vždy poměrně tvrdý režim s orientací na medicínský přístup. Hlavní složkou personálu byly zdravotní sestry a pomocný zdravotnický personál. Péče v domovech důchodců byla velmi podobná péči v LDN a rozdíl mezi těmito zařízeními se především za komunistického politického režimu významně stíral (V LDN často pobývali pacienti, kteří zde byli roky pouze ze sociálních důvodů a naopak, v domovech důchodců byla zřizovaná tzv. ošetrovatelská lůžka, na nichž byli sdružováni klienti, kteří potřebovali pro svůj zdravotní stav intenzivnější ošetrovatelskou péči.) Charakteristickým znakem domovů pro důchodce bylo to, že byly často zřizovány v prostorách bývalých zámků na okraji společnosti, kde byli senioři segregováni. (Haškovcová, 2010).

Život seniorů v bývalém režimu v penzionech pro důchodce byl o něco příjemnější. Do penzionů pro důchodce se zpravidla stěhovali soběstační senioři v nepříznivé

sociální situaci, kteří si nemohli dovolit žádnou jinou formu ubytování. Do penzionů si mohli nastěhovat i vlastní nábytek. Penziony pro důchodce fungovaly na principu dnešních domovů s pečovatelskou službou. Senioři si mohli nebo nemuseli objednat určité služby (například jídlo), které jim usnadňovaly jejich život (Haškovcová, 2012).

Po roce 1989 nastal prudký nárůst zařízení poskytující sociální péči seniorům. Stavěly se nové domovy důchodců, zakládaly se domovy s pečovatelskou službou a společně s tím nastal v rámci poskytování sociální péče seniorům i všem ostatním odklon od medicínského přístupu k přístupu sociálnímu. Tento trend vyvrcholil v roce 2007, kdy nabyl platnost zákon o sociálních službách, který významně zasáhl do systému poskytování sociální péče. Domovy důchodců a penziony pro důchodce byly zrušeny a nahrazeny registrovanými poskytovateli sociálních služeb. Zdravotnický systém poskytování péče byl nahrazen sociálním (zejména v oblasti personální a v oblasti týkající se administrativy, individuálního plánování apod.) a břemeno odpovědnosti za péči o staré občany bylo z rukou státu předáno obecním samosprávám, neziskovým organizacím a soukromým či právnickým osobám (Malíková, 2011, Haškovcová, 2010). Bohužel nahrazení zdravotní péče péčí sociální vedlo k odštěpení těchto dvou forem služeb, což je dnes vnímáno odbornou veřejností velmi negativně. Pro potřeby seniorů je totiž potřeba vytvořit kvalitní systém vzájemně přístupné sociálně zdravotní péče (Haškovcová, 2002).

V rámci sociálního modelu poskytované péče v zařízeních sociálních služeb se příchodem zákona o sociálních službách začal uplatňovat individuální přístup ke klientům. Jeho cílem je zachovávat v dohodnuté míře takový způsob života, na který byl člověk zvyklý před příchodem do DS (Metodika DS Třebíč, 2013).

6.4.6.1 Individuální přístup ke klientům

Individuální přístup se v DS realizuje prostřednictvím individuálních plánů stanovených za spolupráce klienta a jeho klíčového pracovníka. Povinnost individuálního plánování je ukotvena ve standardu kvality č. 5 (vyhláška č. 505/2006 Sb.). Popis přidělování klíčových pracovníků a způsobů vytváření a plnění individuálních plánů rozpracovává každé zařízení sociálních v souladu se zákonem o sociálních službách a vyhláškou č. 505/2006 Sb. v rámci svých metodik.

Metodiky individuálního plánování se zpravidla vztahují k několika oblastem:

- **Klíčoví pracovníci** – metodika vymezuje, kdo je klíčovým pracovníkem. Jakým způsobem je klientovi klíčový pracovník přiřazen. Jakou roli hraje v individuálním plánování. Za jakých podmínek může být klíčový pracovník změněn. Jaká jsou práva a povinnosti klíčového pracovníka vůči klientovi a opačně.
- **Proces individuálního plánování** – edukace klienta o výhodách a nevýhodách individuálního plánování, sestavení anamnézy (autobiografická fakta, osobní a rodinná anamnéza, stravovací zvyklosti, úroveň schopnosti péče o vlastní osobu, pohybový režim, spánek atd.) fakultativní služby (kadeřník, pedikérka), osobní cíle a jejich plnění (zahrnuje přání uživatele, postupy při komunikaci s osobami s NKS – augmentativní a alternativní komunikace, dohodnuté cíle, plány a kontroly jejich plnění), sociální dekurz (do sociálního dekurzu zapisují všichni pracovníci přímé péče – reflektují stávající stav klienta, závažné změny, přání apod.), prevence a rizika, ergo-fyzioterapeutický dekurz (Metodika DS Třebíč, 2013, vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Možnost individuálního plánování v zařízení sociálních služeb vidím jako první a velmi významný pokrok v humanizaci těchto zařízení. Teoreticky je individuální plánování dobrým nástrojem změny přístupu ke klientele DS. Otázkou ovšem stále zůstává, do jaké míry individuální plány do života seniorů skutečně promlouvají? Jaká je jejich praktická realizace, uvážíme-li, že DS se dlouhodobě potýkají s nedostatkem personálu v sociální i zdravotní sféře? Odpovědi na tyto otázky přináší především výzkumy kvality života seniorů v DS, zprávy veřejné ochránkyně práv a inspekce sociálních služeb, o kterých se zmíním v následujících kapitolách.

6.4.7 Život seniorů v DS

6.4.7.1 Před přijetím seniora do DS

Senioři do DS přichází zpravidla z domu nebo z jiných zařízení sociálních či zdravotních služeb. Základním kritériem pro jejich přijetí do DS je snížení soběstačnosti a do domova se zvláštním režimem nejčastěji psychiatrická diagnóza (zákon č. 108/2006 Sb.) a z ní vyplývající snížená soběstačnost. Před jejich příchodem do DS je s nimi vedeno tzv. „Jednání se zájemcem o službu“, které je vymezeno standardem kvality č. 3 (vyhláška č. 505/2006 Sb.). Tento standard každé zařízení sociálních služeb podrobněji rozpracovává ve své metodice o jednání se zájemci o službu.

Jednání se zájemcem o službu zpravidla vede pověřený sociální pracovník a v jeho nepřítomnosti jiní zaměstnanci, pověření k jednání se zájemcem v souladu s metodikou daného zařízení (nejčastěji vedoucí přímé péče, zdravotní péče, ředitel zařízení). Podle Chloupkové (2013) lze proces jednání rozdělit do pěti fází:

- **Informace o podmínkách poskytování služby.** Sociální pracovník posuzuje celkový stav klienta. Probírá s ním jeho aktuální životní situaci. Zjišťuje, jakým způsobem se o službě dozvěděl a zdali ji hodlá využívat dobrovolně. Dále zjišťuje úroveň jeho soběstačnosti a celkovou životní úroveň. Seznamuje zájemce s pravidly poskytování sociální služby. Zjišťuje jeho finanční situaci (příspěvek na péči, starobní důchod) apod. (Hauke, 2011, Chloupková, 2013).
- **Podání žádosti o poskytnutí služby.** Žádost má zpravidla papírovou formu a podává se společně s posudky o zdravotním stavu, vyjádřením soudu k oblasti opatrovnictví, rozhodnutím o přiznání příspěvku na péči apod. (Chloupková, 2013, Malíková, 2011).
- **Posudek o zdravotním stavu.** Posudek o zdravotním stavu vydává praktický lékař. Na základě tohoto posudku může být zájemcovi služba buď poskytnuta, nebo odmítnuta (nejčastěji z důvodu, že potřebuje léčbu v registrovaném zdravotnickém zařízení, má akutní infekční onemocnění apod.). V případě, že je zájemce dlouhodobě hospitalizován v zařízení zdravotních služeb, může posudek vystavit i ošetřující lékař (zákon č. 108/2006 Sb., vyhláška č. 505/2006 Sb.).
- **Sociální šetření.** Sociální šetření provádí sociální pracovníce v domácím prostředí zájemce (v případě, že je zájemce hospitalizován, může být provedeno i ve zdravotnickém zařízení). Jeho cílem je ověřit informace získané v prvních fázích procesu jednání. Hodnotí se především úroveň soběstačnosti zájemce a jeho sociální situace (tzv. bodování) (Janebová, 2008).
- **Výstup.** Výstupy mohou být v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. dva. Tím prvním je v případě splnění podmínek pro přijetí a volné kapacity daného zařízení, přijetí zájemce o službu do služby. Druhým pak je odmítnutí poskytnutí služby z důvodu, že zájemce nesplnil kriteria pro přijetí do služby anebo, že služba v současné době nemá volnou kapacitu pro přijetí zájemce.

V případě, kdy je senior přijat do DS, je s ním sepsána smlouva o poskytnutí sociální služby. Podmínky podepsání a náležitosti smlouvy jsou uvedeny ve standardu kvality č. 4 (vyhláška č. 505/2006 Sb.). Smlouvu ve většině případů zpracovává sociální pracovník, který také indikuje její podepsání. Podpisem smlouvy se ze zájemce stává klient a mezi ním a daným zařízením sociálních služeb vzniká smluvní vztah.

Základní vztah mezi klientem a zařízením sociálních služeb je založen na dobrovolnosti a vlastním rozhodnutí klienta o tom, že chce danou službu využívat. Problém ovšem nastává v situacích, kdy klient není schopen sám o sobě rozhodnout a nemá soudem určeného opatrovníka. V takovém případě hovoříme o tzv. nedobrovolném využívání sociálních služeb, na které dlouhodobě upozorňuje veřejná ochránkyně lidských práv (Šabatová, 2015). Hlavní problém podle ní tkví v tom, že na rozdíl od zdravotních služeb (kde je možno nedobrovolnou hospitalizaci řešit detenčním řízením) v případě sociálních služeb neexistuje žádná obdobná varianta.

Šabatová (2015) ovšem upozorňuje i na problematickou situaci sjednávání sociálních služeb u občanů, kteří mají částečně nebo úplně omezenou právní způsobilost. Za ty totiž může vyjádřit souhlas opatrovník, kterým bývá nejčastěji příbuzný, ale může jím být například i starosta obce. V takovém případě veřejná ochránkyně doporučuje důsledně přezkoumávat rozhodnutí opatrovníků zejména proto, aby nebyly ve střetu zájmu se zájmy klientovými.

6.4.7.2 Kvalita života seniorů v DS

Kvalita života českých seniorů v DS a domovech se zvláštním režimem je velmi aktuálním tématem, obzvláště v návaznosti na čím dál častější mediální kauzy, související s nelegálním poskytováním sociálních služeb (srov. Šabatová, 2015).

V České odborné literatuře (srov. Dvořáčková, 2012, Malíková, 2011) zabývající se kvalitou života seniorů v sociálních službách, příliš mnoho dat nenalezneme. Tyto publikace se opírají především o teoretický výklad pojmu kvalita života ve vztahu k stáří a k domovům pro seniory. Jedinou výjimkou v této oblasti tvoří publikace Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství (Hudáková, Majerníková, 2013), která velmi přehledně zpracovává teorii a praxi zkoumání kvality života a navíc přináší i výzkumná data.

Na nejobecnější rovině lze říci, že v Čechách absentují komplexní studie kvality života seniorů v pobytových zařízeních sociálních služeb. Ty, jež byly do dnešní doby

realizovány, mají nejčastěji podobu studentských prací absolventů vysokoškolských oborů zaměřených na přípravu sociálních a zdravotních pracovníků (srov. Herzig, 2014, Charvátová, 2014, Imreová, 2014 a další).

Mediální obraz zařízení dlouhodobé péče je v ČR stejně jako v celé Evropě ovlivněn tzv. problémem špatné pověsti. Z tohoto problému vyvěrá i všeobecně mylné mínění o tom, že kvalita života seniorů v rezidenční péči je na nízké úrovni. Tento fakt se v evropském ani českém kontextu nepotvrdil, protože osobní zkušenost se zařízeními dlouhodobé péče bývá zpravidla lepší, než je jejich pověst (Hudáková, Majerníková, 2013, Leichsering, Rodrigues, Huber, 2009).

Navíc, z výše uvedených výzkumů (Imreová, Herzig, Charvátová, 2014) vyplývá, že byt' jsou jejich výsledky aplikovatelné pouze na konkrétní zařízení. Všechny v konečném důsledku potvrzují fakt, že senioři jsou v závislosti na určitých proměnných (zdravotní stav, psychiatrická diagnóza, schopnost mobility, osobní preference, často styku s rodinou) se svým životem v rámci DS spokojeni. Vyšší míra kvality života a celkově větší životní spokojenost byla prokázána v rámci DS také v komparativní studii Mgr. Ivany Havranové (2013), která porovnávala výsledky standardizovaných dotazníků kvality života vyplněných respondenty, žijícími v rezidenčních sociálních a zdravotních službách v Olomouckém kraji. Jedním z výsledků jejího výzkumu bylo také to, že vyšší míru kvality života souvisí s náplní volného času a saturací vyšších potřeb, která je lépe realizována v sociálních než ve zdravotních službách.

Právě možnost smysluplného trávení volného času je to, co významně odlišuje DS od LDN. Většina DS v souladu se svým stavebně technickým uspořádáním organizuje pro své obyvatele různé volnočasové aktivity, jako jsou kluby, návštěvy výstav, koncertů, sportovních zápasů, pobyt v ergoterapeutických dílnách, v muzikoterapeutických místnostech (v souladu s jejich individuálními plány). Pro ty obyvatele, již jsou upoutáni na lůžko, nabízí některé domovy pro seniory canisterapii, bazální stimulaci apod. Přesný přehled volno časových aktivit je k nalezení na webových stránkách jednotlivých zařízení.

6.4.8 Problematika neregistrovaných poskytovatelů sociálních služeb

Problematika týkající se neregistrovaných poskytovatelů pobytových sociálních služeb se na našem území řeší již od doby, kdy vešel v platnost zákon o sociálních službách, tedy od 1. 1. 2007 a dodnes nebyla uspokojivě vyřešena.

K 1. 1. 2007 byly totiž na území ČR zrušeny penziony pro důchodce (jedinou přípustnou pobytovou formou sociální péče je DS), k jejichž zřízení stačilo zřizovateli živnostenské oprávnění na poskytování ubytovacích služeb. Podle zákona o sociálních službách je ale k poskytování sociální péče třeba získat registraci MPSV, kterou tato zařízení nemají a služby, které poskytují, jsou tedy poskytovány nelegálně.

Podnět k řešení této problematiky pravidelně poskytuje institut veřejného ochránce práv, který provádí namátkové kontroly v zařízeních, ve kterých by mohlo docházet k porušování základních lidských práv, tedy v zařízeních, jež naplňují kategorii totálních institucí (tedy i v DS, LDN apod.) (VOP, 2015).

Ve článku „Péče o seniory jako podnikatelský záměr bez záruky kvality“ (2012) kancelář veřejného ochránce práv upozorňuje na fakt, že neregistrovaná zařízení poskytující nelegálně sociální péči, bezostyšně finančně zneužívají bezmocných (zejména dementních) seniorů a jejich rodin, přičemž seniorům neposkytují ani základní občanskou, natož odbornou péči. Neregistrované zařízení poskytující nelegálně služby sociální péče se vyznačuje například:

- Poskytování péče nekvalifikovaným personálem.
- Zneužíváním léčiv.
- Neexistencí dokumentace, domácích řádů.
- Neoprávněným nakládáním s osobními údaji seniorů.
- Používáním neadekvátních represivních postupů vůči seniorům.
- Provádění zdravotnických úkonů apod.

Neoprávněných poskytovatelů sociálních služeb je v ČR celá řada. Například v roce 2012 byla velmi medializovaná kauza Domova důstojného stáří Harmony v Líchovech, který se prezentoval jako DS, přestože neměl oprávnění k poskytování sociálních ani zdravotních služeb. Krom toho, že toto zařízení nemělo příslušné

registrace, bylo v něm zjištěno porušování základních lidských práv a zvláště nedůstojné chování vůči dementní klientele (VOP, 2012).

V roce 2013 navštívili pracovníci kanceláře veřejného ochránce práv sedm zařízení neregistrovaných zařízení sociálních služeb, mezi nimiž bylo i Centrum komplexních služeb pro rodinu a domácnost. Toto zařízení poskytovalo neregistrované sociální služby (lůžková sociální péče) 20 seniorům.

V roce 2014 provedla veřejná ochránkyně práv (2014) své šetření také v Domově Petruška v Šestajovicích, kde zjistila porušování základních lidských práv, nedostatky v oblasti stravování, zdravotní péče, podávání léků a užívání omezovacích prostředků. V letošním roce uveřejnila Šabatová (2015) seznam dalších čtyřech zařízení poskytujících nelegální sociální služby a to Penzion pro seniory ATRIUM, Liberec Domov na kopci, Červený Újezd, Penzion Jiřinka, Brno, Penzion Spokojené stáří, Luhačovice.

Nelegální zařízení poskytující služby sociální péče jsou vážnou hrozbou pro všechny seniory potřebující kvalitní, odbornou a lidskou podporu v soběstačnosti. Zvláště vážnou hrozbou jsou pak pro seniory dementní, kteří se nemohou sami bránit.

Je velmi podivující, že ani v dnešní době, nemá stát dostatečně vyvinutý systém kontrol (resp. krom inspekce soc. služeb, která ovšem navštíví pouze zařízení, jež žádají o registraci) nebo alespoň zákonných opatření, kterých by bylo možno, využít k zastavení činnosti těchto podvodníků. Komplexní řešení problému nelegálních zařízení sociálních služeb deklaruje MPSV až k 1. 1. 2017, kdy by měl vejít v platnost nový zákon o sociálních službách, který by měl přesněji postihovat materiální i personální vybavení jednotlivých zařízení a také by měl pojednávat o přesnějším vymezení kompetencí PSS a SOP. MPSV se prozatím snaží řešit situaci nelegálních poskytovatelů sociálních služeb metodickými pokyny pro zjišťování kvality péče těchto zařízení, které jsou určené pro krajské úřady i laickou veřejnost (MPSV, 2015).

6.4.9 Závěrem k DS

Ať už je naše osobní či odborné mínění o DS dobré či nevalné, v kontextu EU je patrné, že pobytové sociální služby určené pro seniory ve srovnávacím pohledu se západoevropskými ekvivalenty, významně pokulhávají.

Dle Koubové (2007) by se Češi měli z naší současné reality poučit a prosazovat zavedení jiných forem domovů pro seniory. Těmi by mohly být například rezidence pro seniory. Tato zařízení, která jsou velmi populární zejména ve vyspělých demokraciích (VB, USA) poskytují své služby všem typům seniorů. Rezidence však nejsou brány jako poslední varianta řešení, ke které se přistupuje až v období, kdy je senior zcela nesoběstačný a rodina v péči o něj začne selhávat. Naopak, rezidence jsou určeny pro seniory, kteří jsou v době příchodu soběstační a jejím úkolem je, jejich soběstačnost, co nejdélší dobu podporovat a udržovat. Rezidence tak vlastně umožňují důstojné zestárnutí s takovou mírou podpory, jakou daný člověk ve skutečnosti potřebuje.

I v ČR jsou v dnešní době rezidence budovány, avšak nemají status registrovaných poskytovatelů sociálních služeb a navíc jsou cenově pro většinu seniorů nedostupné. Příkladem rezidencí pro seniory je například rezidence ROSA s.r.o na Praze 8 v Kobylisích.

Další z možností, která je dnes v současné době hojně využívána, jsou domy a byty zvláštního určení. Domy a byty zvláštního určení jsou určeny pro seniory, osoby zdravotně postižené a další znevýhodněné skupiny obyvatel. V drtivé většině případů na jejich stavbu nebo rekonstrukci přispívá stát a majiteli těchto bytů a domů bývají většinou obecní samosprávy (srov. zákon č. 132/2011 Sb.). Dříve byly byty zvláštního určení známy pod názvem byty nebo domy s pečovatelskou službou. V současnosti v bytech se zvláštním určením mohou bydlet i senioři, kteří pečovatelskou službu nevyužívají.

7. Institucionální péče o seniory v Čechách – péče o umírajícího seniora

Humánní péče o umírající je velkým etickým problémem, na který zřejmě nikdy nebude zcela uspokojivě odpovězeno. Na jedné straně etického problému jsou zastánci eutanazie, tvrdící, že život člověka v utrpení a bolesti je nelidské prodlužovat. Na druhé straně jsou zastánci hospicové péče, kteří jsou přesvědčeni, že s bolestí a utrpením se dá v dnešní době medicínsky či psychologicky velmi dobře pracovat a že pro člověka je daleko důležitější, aby odešel smířený sám se sebou, než urychleně při asistované sebevraždě.

Smrt a vědomí si vlastní smrtelnosti ke stáří přirozeně patří. Proto by bylo nemoudré tuto kapitolu vynechat. V následujících řádcích tedy popíši současný stav České hospicové péče.

7.1 Hospicová péče.

Hospicovou péčí, tedy péčí o umírajícího člověka, bychom mohli vymezit jako komplexní paliativní péči, kterou tvoří souhrn lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačních činností, poskytovaných preaterminálně a terminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny potíže, vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňující bio-psycho-sociální potřeby nemocného člověka (Misconiová, 1998).

Základní filosofií hospicové péče je úcta k životu a umožnění maximální kvality života umírajícímu člověku realizované poskytováním péče a podpory umírajícím a jejich rodinám. Život má být žit tak plně a bez zbytečného utrpení, jak jen to je možné. Smrt je vnímána jako nedílná součást života každého jedince. Hospicová péče smrt ani neoddaluje, ani neurychluje, nýbrž s ní pracuje jako s něčím nevyhnutelným, ale přitom nesporně přirozeným (Misconiová, 1998).

Historie hospicové péče je u nás stejně jako ve světě neodmyslitelně spjata s Elisabeth Küber-Rossovou, která ve své publikaci *Hovory s umírajícími* (1992) prolomila do té

doby tabuizované téma pohledu umírajících na svou vlastní životní situaci. Autorka se v této publikaci zabývala především psychologickou podstatou umírání a výsledkem její badatelské činnosti pak byl pěti fázový model, jehož prostřednictvím se lidská psychika vyrovnává s vědomím terminální diagnózy. Neméně významnou zakladatelkou hospicové péče pak byla také Cicely Saundersová, která v roce 1967 založila v Londýně první hospic (Kübler-Ross, 1992, Student, 2006).

Hospicová péče v moderním pojetí je na území ČR spjata především s lékařkou MuDr. Marií Svatošovou, která založila první kamenný hospic v ČR, jež dodnes úspěšně funguje v Červeném Kostelci. Marie Svatošová tak úspěšně navázala na myšlenkové hnutí Ecce homo – sdružení na podporu domácí péče a hospicové hnutí. V roce 2005 byla v ČR založena Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče. Tato organizace ve spolupráci s MZ ČR vypracovala systém standardů kvality v hospicové a paliativní péči a dodnes se podílí na odtabuizování nesmyslných předsudků, které se váží jak umírání, tak hospicové péči obecně (Svatošová, 1998, 2011, Misconiová, 1998).

7.2 Formy hospicové péče

Základní formy hospicové péče jsou charakterově podobné jako formy zdravotní a sociální péče. Vždy záleží především na tom, kde je péče umírajícímu poskytována. Jedná se tedy zpravidla o péči ambulantní, terénní (mobilní hospice) a pobytovou.

Na stránkách Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče je k 10. 3. 2015 uvedeno 37 poskytovatelů hospicové péče (APHP, 2015).

7.2.1 Ambulantní hospicová péče ve stacionářích

Ambulantní hospicová péče je vhodná spíše pro nemocné, jejichž pohyblivost je na takové úrovni, že jsou se schopni v kooperaci s rodinou přepravit na místo, kde je péče realizována. V ČR tato praxe není zatím příliš realizována. Naopak v zahraničí je velmi oblíbená. Stacionáře poskytují buď celodenní péči (vyjímaje přespaní), anebo jenom péči několika hodinovou v souvislosti s potřebami pečujících osob. Organizačně jsou většinou vedeny jako sociální služby (srov. zákon č. 108/2006 Sb.). Hlavním smyslem této péče je oddálit hospitalizaci a poskytnou nemocnému i jeho

rodině dostatečnou podporu v náročné životní situaci (Svatošová, 2011, Haškovcová, 2012)

7.2.2 Terénní hospicová péče (domácí hospice)

Terénní hospicovou péči leckdy nalezneme také pod názvem domácí nebo mobilní hospic. V nejobecnější rovině lze říci, že terénní hospicová služba je specifickou zdravotně-sociální službou poskytovanou pacientům v terminálním stadiu (srov. Svatošová, 2011).

Základním principem domácí hospicové péče je poskytování paliativní péče nemocným, kteří nemohou nebo nechtějí být ošetřováni ambulantně s důrazem na přesvědčení, že přirozené sociální prostředí je pro umírajícího člověka vždy lepší, než prostředí instituce.

Základními charakteristikami mobilního hospice jsou: nepřetržitá dostupnost ošetrovatelské péče, multidisciplinární přístup, dostatečné a kvalitní vybavení pro poskytování péče, systematická podpora rodiny nemocného (srov. Sláma, Špínka, 2004).

Personální vybavení mobilního hospice musí vždy obsahovat lékaře, všeobecné sestry a sociální pracovníky. Každý hospic by měl být schopen rodině zprostředkovat také odbornou psychologickou pomoc. V případě, že je nemocný věřící, měl by hospic dokázat, zajistit i pastora (Kalvach, 2010).

Terénní hospicová péče se v ČR v současné době velmi rychle vyvíjí. Bohužel, stále ji provází jisté problémy, které významně znesnadňují její realizaci.

Zásadním problémem je rozpolcenost systému hospicové péče. V současné době totiž není legislativně (a v některých hospicích ani organizačně) zcela jasné, zda jsou hospice zdravotní nebo sociální službou. To přináší především problémy v oblasti personálního zajištění, vedení dokumentace, zjišťování kvality péče a nejvíce v oblasti financování. Praxe je dnes bohužel taková, že ačkoliv je paliativní péče v zákoně o zdravotních službách ukotvena jako samostatný druh zdravotní péče, zaměřující se zmírnění utrpení a zkvalitnění života osoby s nevléčitelnou chorobou (srov. zákon č. 372/2011 Sb.), pojišťovny odmítají s mobilními hospici uzavírat smlouvy. To v praxi znamená, že péče mobilních hospiců není hrazená z veřejného zdravotního pojištění a nemocní si jí musí hradit sami a to i přes to, že všeobecné sestry zaměstnané

v mobilních hospicích, vykazují stejné úkony jako sestry provádějící paliativní péči pod hlavičkou agentury domácí péče (srov. Tůmová, 2014).

Dalším významným problémem je spolupráce mobilních hospiců a praktických lékařů, která prakticky neexistuje, protože povědomost české odborné veřejnosti o domácí hospicové péči je zatím velmi nízká a nijak dobrá. Tato situace pak vede k tomu, že mobilní hospice nemají o svých klientech dostatek informací a problém existuje i v předepisování potřebných léčivých přípravků (Srov. Sieberová, 2014).

Poslední z problémů domácí hospicové péče se pak týká dvojklanosti jejího poskytování. Paliativní péči v domácím prostředí v Čechách poskytují nejen domácí hospice, ale také agentury domácí péče (které jsou lépe ukotveny zákonem, zdařileji komunikují a spolupracují s praktickými lékaři apod.), které ovšem na tuto péči nejsou sami o sobě specializovány. Balajová (2014) pak uvádí, že agentury domácí péče nejsou na péči o terminálně nemocné klienty dostatečně vybaveny a navíc jim chybí stálá lékařská péče.

7.2.3 Pobytová hospicová péče – Hospic

Hospic je zařízení poskytující specializovanou paliativní péči, tedy péči zaměřenou na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší, na rozdíl od medicínsky orientované péče zaměřené na léčbu (Hospice.cz, 2010).

Hospice patří mezi pobytová zařízení poskytující paliativní péči. Podobně jako v případě mobilních hospiců i kamenné hospici nejsou zcela legislativně vymezeny. Právně tedy jednoznačně nepatří ani do zdravotních ani do sociálních služeb a z hlediska svého zřízení stojí na hranici těchto dvou pomezí a vlastně mimo zákon. Přesto lze o hospici uvažovat spíše jako o zdravotní službě poskytující paliativní léčbu v zařízeních hospicového typu (srov. §22a zákona č. 48/1997 Sb.).

Některé hospici jsou vedeny jako sociální služba, protože ve svých prostorách poskytují odlehčovací službu, v takovém případě musí být poskytovatelé registrováni v registru sociálních služeb, musí zpracovávat standardy a podléhají stejným pravidlům jako všechny ostatní pobytové sociální služby v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb.

Hlavní klientelou hospiců jsou nemocní v terminálním stadiu života, jejichž zdravotní stav vyžaduje trvalou odbornou pomoc a je neslučitelný s pobytem v domácím prostředí. Vzhledem ke své klientele musí každý hospic garantovat, že jeho klienti

nebudou nikdy trpět bolestí, vždy s nimi bude jednáno s respektem a že v rozhodujících chvílích nezůstanou osamoceni (Hospice.cz, 2010).

Zřizovateli hospiců mohou být soukromé i právnické osoby, kraje, soukromníci i neziskové organizace.

Péče v hospicích je spolufinancovaná. Výše platby za pobyt v hospici není nijak státem limitována a vždy se řídí se vnitřními dokumenty jednotlivých zařízení.

7.2.3.1 Personální zajištění péče v hospicích

Práce v hospicích je pro personál velmi psychicky náročná. Hospici na svých lůžkách sdružují velmi specifickou klientelu, která potřebuje kvalifikovanou, specializovanou, ale především lidskou pomoc v závěru svého života. V důsledku toho jsou pracovníci hospicové péče ve velmi vysokém ohrožení syndromem vyhoření a dalšími psychickými komplikacemi souvisejícími s péčí o nevléčitelně nemocné, umírající klienty (Hospice.cz, 2010).

Jádro personálního zajištění hospicové péče vždy tvoří sociální pracovníci, všeobecné sestry, lékaři a pomocný zdravotnický personál či pracovníci v sociálních službách a psycholog (nepovinně) (Hospice.cz, 2010).

V současné době se s ohledem na stále vyvíjející se systém vzdělávání pracovníků v paliativní péči diskutuje především nutnost odborného vzdělání pro pracovníky z řad lékařů a sester. Současná personální vyhláška MZ ČR (2012) pojednává o paliativní péči jako o relativně oborově nespecifické a umožňuje tak v hospicích pracovat ve vedoucích funkcích i lékařům a sestřám, které nejsou na danou problematiku odborníci. Česká společnost paliativní medicíny v roce 2011 v roce 2012 opakovaně připomínkovala personální vyhlášku MZČR a požadovala, aby vedoucí lékaři v hospicích museli být atestovaní v programech paliativní medicíny nebo paliativní medicína a léčba bolesti.

Podobně se Česká společnost paliativní medicíny vyjádřila i oblasti poskytování psychologické péče nemocným a jejich rodinám. Vyhláška č. 99/2012 Sb. totiž nařizuje poskytovatelům služeb zajistit pouze dostupnost klinické psychologa. Česká společnost paliativní medicíny v připomínkovém dokumentu však požaduje 0,4 úvazku psychologa povinně, což zdůvodňuje především tím, že problematika umírání a léčby bolesti úzce souvisí s psychickým stavem nemocného i členů jejich rodiny.

Významnou součástí kvalitní hospicové péče jsou také dobrovolnické programy.

7.2.3.2 Hospic a péče o potřeby nemocných a jejich rodin

Hospici se starají především o smrtelně nemocné osoby. To ovšem neznamená, že tito lidé pohybující se na sklonku svého života, nemají stejné životní potřeby, jako mají lidé zdraví. Rozdíl mezi zdravým a vážně nemocným člověkem spočívá především ve schopnosti, dovednosti či možnosti tyto své potřeby saturovat. Právě proto existují hospice. Tato zařízení, odhlédneme-li od jejich oficiální definice, jsou vlastně zařízeními zprostředkujícími uspokojování všech potřeb, které má nevyлéčitelně nemocný člověk. Významným aspektem uspokojování potřeb nemocných v hospici je také předpoklad, že jednotlivé okruhy potřeb se a jejich prioritizace se v průběhu umírání mění a právě v souladu s tím se musí měnit také ošetrovatelská, lékařská, sociální i psychologická péče o nemocného a jeho rodinu.

Tyto potřeby můžeme dle Svatošové (1995) rozdělit do čtyř skupin:

- **Potřeby biologické** – mezi které řadíme všechny potřeby, jež si žádá nemocné tělo. Do těchto potřeb řadíme například hygienické, stravovací potřeby, dále potřebu tlumení bolesti, spánku a podobně. Většinu z těchto potřeb můžeme až do vysokého věku dobře saturovat doma ve svém přirozeném prostředí. Pokud je ale péče o nemocného člověka doma již nezvladatelná nastupuje možnost hospitalizace v nemocnici. Nemocnice, jak je obecně známo, se umí velmi dobře postarat právě o většinu biologických potřeb, nikoliv však o všechny. Například individualizovaná potřeba spánku, soukromí a mnohé další mohou být lépe naplněny právě v hospici, kde se pracuje především s individuálním a integrovaným modelem potřeb každého jedince (V ideálním případě v hospici nikoho nenutí vstávat v 6:00, po té se mýt, jíst, polykat léky, nýbrž se snaží svůj pracovní rytmus přizpůsobit rytmu nemocného).

Významnou složkou hospicové péče o biologické potřeby nemocného je analgezie (lčba bolesti), na kterou jsou tato zařízení specializovaná. Používají zde různé formy této lčby od farmakologické, až po lčbu fyzioterapeutickými a psychologickými prostředky. Zásadní je také kvalitní ošetrovatelská péče především v prevenci vzniku podvýživy, dehydratace a proleženin.

- **Potřeby psychologické** – na psychologické potřeby nejen nemocných, ale i personálu a příbuzných je často zapomínáno napříč celým spektrem institucionální

péče o seniory. Právě hospici by měly dokázat s touto složkou osobnosti nemocného i jeho rodiny za pomoci psychiatra či psychologa účinně pracovat. Velmi zásadní psychologickou potřebou nemocného je potřeba respektu bez ohledu na jeho zdravotní stav. Dále potřeba bezpečí a jistoty a v neposlední řadě také potřeba sociálního kontaktu a komunikace. Velmi specificky je v rámci hospicové péče pracováno také s modelem vyrovnávání se s terminální diagnózou. Pocity ztráty perspektivy, beznaděje, nereálného optimismu či smíření však neprovázejí jen nemocného, ale i jeho rodinu. V tomto smyslu by měl být hospic schopen zajistit psychologickou péči jak nemocnému, tak rodině, ale i svému vlastnímu personálu. V oblasti vyrovnávání se s životní ztrátou milovaného člověka mají nezastupitelný význam také svépomocné skupiny organizované buď mimo, anebo přímo při hospicích (srov. Umíraní.cz/svepomocne-skupiny, 2015).

- **Sociální potřeby** – sociální potřeby nabývají v životě člověka stejného významu jako potřeby psychické či biologické. Hospicová péče proto klade velký důraz i na sociální péči ve smyslu péče o to, aby měl nemocný dostatek kontaktů se světem za zdmi hospice zejména pak se svou rodinou a známými. Zjišťováním sociálního zázemí jedince se zabývají především sociální pracovníci, kteří v kooperaci s psychologem sestavují plán psychosociální pomoci nemocnému a rodině v náročné životní situaci (srov. Umíraní.cz/socialnipracovnici, 2015).
- **Spirituální potřeby** – spirituálními potřebami umírajících nemyslíme pouze potřeby vyvěrající z víry, které mohou být saturovány představitelem církve. U terminálně nemocných se jedná spíše o potřeby vynořujících se formě otázek po smyslu života, anticipace budoucnosti a toho, co přijde po smrti. Svatošová (1995) upozorňuje na fakt, že zvláště nemocní, kteří nejsou věřící, potřebují v tom to smyslu značnou podporu od rodiny i odborníků tak, aby mohli odejít sami se sebou smíření.

7.3 Závěrem k hospici

Péče o umírající seniory je velmi náročná a to jak osobně, tak organizačně a především finančně. Mělo by být zájmem celé společnosti, aby se zvýšil počet zařízení poskytující kvalitní hospicovou péči a také, aby tato péče začala být konečně financována ze systému veřejného zdravotního pojištění. Je také velmi důležité, aby

v co nejbližší době byla hospicová péče lépe zákonně vymezena. Aby se určilo, zda se jedná primárně o zdravotní či sociální službu a aby tak k ní bylo přístupováno. Dále je nezbytné, aby se v systému poskytování hospicové péče realizovala kontrola kvality jejího poskytování. Tvrdá data z této oblasti zatím totiž chybí. Pokud nebude hospicová péče i nadále kontrolována je myslím nadevše jasné, že ji čeká stejný osud, jako domovy pro seniory, tedy že se jí časem zmocní nelegální poskytovatelé, kteří budou z umírajících seniorů pouze profitovat. Pokud se výše zmíněné body v rámci systému poskytování hospicové péče nezmění, hrozí riziko, že i nadále nemusí být kvalitní hospicová péče dostupná všem, přitom je myslím nadevše jasné, že každý z nás bude jednou služeb hospicové péče využívat.

8. Speciálně-pedagogické intervence v pobytových zařízeních institucionální péče o seniory v Čechách

V rozsahu celé práce jsem představil řadu odborníků na stáří. Patřili mezi ně lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psychologové, fyzioterapeuti, ergoterapeuti a celá řada dalších. Snad jediným typem pomáhající profese, která není v tomto výčtu zastoupena, je profese pedagogická. Přitom jsem osobně přesvědčen, že v zařízeních institucionálních služeb určených seniorům by právě pedagogických pracovníků bylo velmi třeba. V následujících kapitolách bych proto rád představil svoji koncepci toho, jakým způsobem by mohl působit pedagogický pracovník v rámci zařízení zdravotních a sociálních služeb.

8.1 Postoj speciální pedagogiky vůči problematice stáří

Postoj speciální pedagogiky vůči stárnoucí populaci osobně hodnotím jako ne zcela jednoznačný. Na jedné straně si speciální pedagogové jistě uvědomují, že těžiště jejich klientely pomalu ale jistě opouští dětský věk a přesouvá se přes období dospělosti právě do stáří a na straně druhé tu je lety zakořeněný pedocentrismus, vycházející mimo jiné i z faktu, že zatímco pro dětskou populaci máme celou řadu diagnostických, terapeutických a reedukačních materiálů, pro stárnoucí populaci tolik nástrojů nemáme, protože drtivá většina z nich teprve čeká na své zpracování.

Svůj podíl viny na této situaci samozřejmě nese i podfinancování institucionální péče o seniory, což má za následek, že na speciální pedagogy často nejsou v domovech pro seniory či léčebnách dlouhodobě nemocných peníze anebo zde speciální pedagogové vykonávají práci sociálních pracovníků (v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb.).

Jako zásadní problém vidím také fakt, že seniory nelze jednoduše zařadit do standardních speciálně pedagogických kategorií, což vede k zásadnímu dilemu, zda jsou senioři znevýhodnění postiženími logicky vycházejícími z jejich věku předměty jednotlivých speciálně pedagogických subdisciplín anebo zda jsou předmětem v holistickém pojetí tzv. speciálně pedagogické andragogiky? Tato otázka zůstává dosud nezodpovězena a odpověď na ni bude předmětem dalšího formování speciální pedagogiky jako vědního oboru, zabývajícího se jedincem znevýhodněného

postížením od narození až po jeho zánik (Krejčířová, Vymazalová, Hublar, 2011). Speciálně pedagogickou andragogiku je v dnešní době možno studovat například UPOL v rámci profilového bakalářského studia speciální pedagogiky (UPOL, 2015).

8.2 Role speciálního pedagoga v DS a LDN

V současné době v ČR neexistuje žádný předpis, zákon nebo alespoň vyhláška, která by upravovala roli speciálních pedagogů v rámci rezidenční péče o seniory. Zákon o sociálních službách připouští, že v zařízeních sociálních služeb mohou pracovat pedagogičtí pracovníci. Tato zmínka platí spíše pro domovy na půli cesty, domovy pro zdravotně postižené, než pro domovy pro seniory. Stejný zákon také umožňuje speciálním pedagogům v zařízeních sociálních služeb pracovat na pozici sociálního pracovníka. V takové roli mají ovšem speciální pedagogové zcela jinou funkci, než jakou by měli jako pedagogičtí pracovníci. Zákon o zdravotních službách pak o speciálních pedagogích v rámci seniorského věku nepojednává vůbec.

Z toho důvodu představuji role speciálních pedagogů v institucionální péči o seniory na základě vlastních zkušeností a jejich role představuji jako určité výplně děr systému, o kterých se domnívám, že významně ovlivňují život seniorů a kvalitu poskytované péče. Jednotlivé role speciálních pedagogů jsou představeny velmi zběžně, protože náplň práce speciálních pedagogů v rámci zařízení sociálních a zdravotních služeb poskytující péči seniorů, by jistě vydala na samostatnou diplomovou práci.

8.2.1 Speciální pedagog jako diagnostik

Senioři do LDN nebo i do DS většinou přicházejí s komplexním diagnostickým závěrem, který obsahuje celou řadu položek. Nejčastějšími položkami lékařské dokumentace jsou medicínské diagnózy, které musí být v souladu s MKN 10. Tyto diagnózy musí být součástí lékařské překládové nebo propouštěcí zprávy a jsou určeny především praktickému lékaři.

Ošetřovatelská překládová zpráva nám po té poskytuje informace zejména o pohyblivosti, dietních opatřeních, úrovni soběstačnosti, kompenzačních pomůckách, smyslových deficitech invazivních vstupech a podobně (srov. vyhláška č. 98/2012 Sb.). Všechny tyto informace jsou velmi cenné a jsou dobrým vodítkem proto, jakým směrem by se měla péče o seniora ubírat.

Avšak vždy je lepší si informace ve zprávách ověřit a provést vlastní posouzení funkčního stavu seniora. Základní screening je součástí kvalitní péče o seniora a v dnešní době jej nejčastěji realizují všeobecné sestry (zpravidla obsahuje: hodnocení rizika pádu, riziko vzniku dekubitů, malnutriční test, hodnocení úrovně soběstačnosti a potřeba kontaktu se sociálním pracovníkem). Výsledky základního screeningu mají v drtivé většině charakter hrubých skóru, které je velmi nesnadné aplikovat do praxe. Podrobnějším tzv. geriatrickým hodnocením a hodnocením vzniku rizik a jejich případných řešení, by proto mohl realizovat právě speciální pedagog v rámci posouzení funkčního stavu seniora. K posouzení funkčního stavu se používají standardizované metody založené především na pozorování (Jedlinská, 2013)

Posouzení funkčního stavu seniora obsahuje tři základní oblasti (Jedlinská, 2013):

- **Posouzení nezávislosti v každodenních aktivitách – obsahuje testy na ADL a IADL.**

Test ADL, tedy test posuzující nezávislost v běžných aktivitách života souvisejících s péčí o vlastní osobu. Postihuje oblasti stravování, osobní hygieny, pohybu, kontinence. V Čechách je běžně používána řada jeho modifikací. Mezi nejčastější patří index Barthelové, který bývá velmi často součástí ošetřovatelské dokumentace.

Test IADL, je test, který postihuje oblasti života týkající se nakupování, přípravy jídla, manipulace s financemi a podobně. Nízké skóry nepoukazují na sníženou soběstačnost člověka, vyžadující stálou péči druhé osoby, nýbrž na sníženou kvalitu jeho života.

Specifické požadavky na testování úrovně soběstačnosti osob s demencí řeší jednoduchý screeningový test DAD – CZ, který testuje jak schopnosti ADL tak IADL.

- **Posouzení výkonových testů**

V případě posouzení výkonových testů uvažujeme především o testech souvisejících s lokomocí seniora a toho, co z ní můžeme usoudit. V této oblasti používáme nejčastěji dva typy testů: Sit to stand test – tento test testuje schopnost vstát ze sedu na židli. Get up and go – testuje schopnost vstát ze sedu na židli plus se hodnotí schopnost a stabilita chůze. Z výsledků těchto testů lze usuzovat na celkový stav schopnosti lokomoce a z ní mobility. S problematou lokomoce pak souvisí také screeningové vyšetření rizika pádu.

- **Posouzení psychických funkcí**

Na posouzení psychických funkcí se v rámci screeningových vyšetření velmi často zapomíná. Je to přitom jedno z nejvíce exponovaných vyšetření, jehož výsledky mohou bezprostředně ovlivnit další život seniora. Obzvláště důležité je opakované testování psychických funkcí v domovech se zvláštním režimem, kde je největší výskyt demenčních seniorů.

Jako základní diagnostické vodítko v Čechách slouží tzv. test MMSE, tedy test který slouží ke zjišťování kognitivních deficitů a také ke zjištění stupně demence. Obsahuje deset subtestů, kdy se hodnotí orientace, čtení, psaní, krátkodobá paměť a podobně. I přes široké užívání je o tomto testu obecně známé, že je již poměrně zastaralý a má celou řadu nevýhod (příliš hrubý skór, nezohledňuje úroveň vzdělání apod.). MMSE se proto stal součástí jiného, propracovanějšího testu a to ACE – R. ACE – R krom stupně demence rozlišuje také jednotlivé typy demenci, čímž umožňuje realizovat tzv. diferenciální diagnostiku a z té vyplývající přesnější a účinnější léčbu demence.

Krom funkčního stavu seniorů mohou speciální pedagogové v rámci svých kompetencí provádět i specifickou diagnostiku například narušené komunikační schopnosti, provádět depistáž osob s progredujícím sluchovým či zrakovým postižením popř. s prohlubujícím se stavem demence apod.

Velmi důležitou součástí diagnostického působení v rámci DS či LDN by měla být také diagnostika sociální skupiny pomocí sociometrie. Skupiny seniorů v DS ani LDN nevznikají přirozeně, ale uměle, což je samo o sobě velký problém. Měli bychom tedy vždy mít ponětí o tom, jaké jsou v dané skupině vztahy a kdo zaujímá jaké postavení. Tyto znalosti nám pak lépe pomohou při prevenci sociálně-patologických jevů, zařazování nových členů skupiny, ale i přerozdělování personálu.

8.2.2 Speciální pedagog jako animátor

Animace je v rámci institucionální péče široce užívaný koncept (především ve Francii) tzv. ožívání života v rámci instituce. V Čechách byl z počátku užíván jen ve velmi osekáné podobě. DS často inzerovaly, že animují život ubytovaných seniorů, přičemž za animaci považovaly organizaci výletů, koncertů a podobně (Kalvach, 2004).

Podstata animace však tkví v animování každodenního života seniorů a zakládá se především na každodenní interakci seniora – prostředí a seniora – personálu. To v praxi znamená, že se animuje prostředí (Pokoje nejsou vymalovány pouze bíle, ale barevně. Jsou v nich televize, radia, knihy, vlastní věci pacientů, obrazy, květiny apod.) i přístup personálu (Činnosti v přímé interakci personál – senior nemají mechanický charakter, ale provádí se s maximálním ohledem na individuální zvláštnosti jednotlivce. Vztah pečovatel – klient je založen na partnerství nikoliv na roli pečujícího a závislého.) (Pichaud, Thareauová, 1998).

Základním pilířem animace je práce s individualitou člověka v rámci kolektivního zařízení. Dobrý animátor by měl poznat, co je možné pro jednotlivce realizovat a co už je nad rámec možností zařízení i kolektivu seniorů. Animovat lze i vlastní činnosti seniora, přičemž bychom měli vycházet z jeho vlastní autobiografie (Měli bychom jej například podporovat v tom, aby si sám uklízel, aby si sám mohl vybrat oblečení a aby sám mohl rozhodovat o tom, jakou míru podpory potřebuje.) (Pichaud, Thareauová, 1998).

Teprve po té, co zvládneme animaci každodenního života seniorů, přichází na řadu volnočasové aktivity jako takové. Těmi rozumíme například organizaci výletů, různých vystoupení, dílen apod.

Role animátora v přímém vztahu s klientem je taková, že animátor nabízí a podněcuje klienta k aktivitě, přičemž dbá jeho individuality. V žádném případě seniora do ničeho nenutí, ba naopak se snaží zjistit, co jej baví a povzbuzuje jej v autonomních činnostech. Autonomie sama o sobě je hlavním cílem animace a animace ji má podporovat, nikoliv ubíjet. V rámci všech animačních aktivit by animátor nikdy neměl zapomínat na to, že stejně jako aktivita je pro seniory důležitý i odpočinek a do jisté míry i nečinnost (Pichaud, Thareauová, 1998, Kalvach, 2004).

V Čechách je dostupných mnoho kurzů pro animátory volného času. V drtivé většině případů se však jedná o kurzy určené pro cestovní delegáty, jejichž úkolem je organizovat volný čas klientům cestovních kanceláří.

I přesto, že animace v DS či LDN má v podstatě jiný charakter, mohou tyto kurzy být dobrým zdrojem inspirace pro práci s různorodou skupinou.

8.2.3 Speciální pedagog jako validator

Zakladatelkou konceptu validační terapie je Naomi Feilová, která při tvorbě této koncepce práce s demenčními osobami spojila své osobní zkušenosti s pobytem v DS (kde vyrůstala) se zkušeností sociální pracovníce. Výsledkem této syntézy byl tzv. koncept validace, který zakládá na uznání hodnoty člověka bez ohledu na to, do jaké míry je orientovaný v naší realitě v závislosti na postupujícím syndromu demence. Validace je tedy určena všem, kteří pracují s demenčními osobami, jež prožily většinu svého života bez diagnostikovaných psychických onemocnění. Pro validaci je tedy typické, že jejím předmětem jsou osoby, jejichž psychický a zdravotní stav se zhoršuje postupně (Klimentová, in Sýkora, Chytil, 2004, Čunderlíková, Wirth, 2008).

Validace jako taková má zdroj v empatickém přístupu a komplexním pojetí individuality. Validace nám tedy otvírá možnost vstoupit do individuálního světa demenčního seniora a lépe jej pochopit. Tento svět se nám leckdy může zdát nelogický, nereálný a stejně tak i chování toho, kdo v něm žije. Staří lidé mají z pohledu validace tendenci, vracet se zpět ve svém životě a v této minulosti si urovnávat své neuzavřené záležitosti a dilemata. Toto vyrovnávání má být dle validace podporováno pomocí validačního terapeuta za pomoci validačních technik (srov. What is validation?, 2007)

Validace jako taková vychází z analytické, humanistické a behaviorální psychologie. Základním principem validace je uspokojení potřeby uznání. Tedy že uznáme pocity demenčního člověka, nenapomínáme jej, nevyvádíme jej z jeho reality, ale naopak utvrdíme jej v tom, že jeho pocity jsou skutečně a s jako takovými by s nimi měl i nakládat (Feil, Klerk – Rubin, 2005).

Školením validačních technik by měl projít každý zaměstnanec domova se zvláštním režimem a to ať už se jedná o řadové pracovníky sociální péče nebo zdravotní sestry či sociální pracovníky. K využívání konceptu validace by měli být motivováni i příbuzní. Právě neodbornost a laický přístup k demenčním osobám je jedním z největších problémů současné péče o demenční seniory (srov. kap. O nelegálních poskytovatelích soc. služeb).

Školení a semináře validace probíhají v ČR na různých místech republiky, bohužel i přes zjevnou snahu školitelů, se koncepce validace v domovech se zvláštním režimem

příliš neužívá a to i přes to, že bychom dnes validaci mohli označit za nefarmakologickou terapii demence.

8.2.3 Speciální pedagog jako terapeut

Speciálně pedagogická terapeutická činnost ve vztahu k seniorům by se podle Mullera (2008) měla orientovat především na dva cíle. Tím prvním je reedukace stávajících schopností a dovedností a druhým je aktivizace.

O aktivizaci by se v rámci DS i LDN měli starat především rehabilitační pracovníci či ergoterapeuti. Významným prvkem aktivizace je také animování (Viz. kap. Speciální pedagog jako animátor.).

Pod reedukací stávajících schopností a dovedností si lze představit ledacos. Muller (2008) v tomto smyslu pracuje především s oblastí mentálního života seniorů (cvičení paměti, pozornosti, upevňování nových návyků apod.). Z osobní zkušenosti bych zmínil ještě specificky speciálně pedagogické intervence. Jako je například zraková stimulace, prostorová orientace, bazální stimulace, kognitivní stimulace atd.

Metodika práce se seniory v rámci speciální pedagogiky zatím není příliš dobře rozpracovaná, to ovšem neznamena, že by speciální pedagog nemohl seniory intervenovat prostřednictvím jiných specializovaných konceptů, v jejichž aplikaci se vyškolí.

8.2.3.1 Kognitivní trénink a kognitivní rehabilitace

Kognitivní trénink a kognitivní rehabilitace jsou pro seniory velmi zásadní, protože mohou do jisté míry zpomalit nástup nebo progresy demence. Pod pojmem kognitivní trénink rozumíme především preventivní cvičení kognitivních funkcí za účelem předcházet vzniku kognitivního deficitu. Při kognitivní rehabilitaci se pak zaměřujeme na saturování již vzniklého kognitivního deficitu (Klucká, Volfová, 2009).

Kognitivní trénink i rehabilitace mohou mít spoustu podob. Od skupinové až po individuální, od nárazové až po každodenní cvičení. Většinou však mají charakter několika lekcí během jednoho týdne. V ČR v současné době neexistuje propracovaný systém kognitivního tréninku, avšak existují publikace (Cvičte si svůj mozek, Haló tady vzpomínkovi) i počítačových programů (např. Cognifit), které lze pro realizaci kognitivního tréninku využít. Bohužel u počítačových programů je často problém s tím, že jsou v angličtině a jejich licence jsou cenově nepřístupné.

Pro základní kognitivní trénink však není třeba žádných speciálních pomůcek. Stačí, když se v DS či LDN zorganizují různé kluby (šachisti, křížovkáři apod.).

8.2.3.2 Muzikoterapie

Muzikoterapie je terapeutický přístup, který bychom mohli zařadit do tzv. expresivních terapie. Tento přístup pracuje s výrazovými uměleckými prostředky konkrétně s prostředky hudebními (Kantor, 2009).

Weissman (in Langmeirer, Krejčířová, 2006) uvádí, že muzikoterapie u seniorů by měla sledovat především následující cíle: percepční, kognitivní, motorický, sensorický, celkové zdraví a sociální oblast. Muzikoterapie by tak měla stimulovat celou osobnost seniora.

Při muzikoterapeutické intervenci využíváme možnosti hudební zkušenosti, kterou zprostředkujeme například poslechem hudby, produkcí hudby, rytmickými cvičeními, tancem apod. (srov. muzikoterapie.cz, 2015)

Součástí muzikoterapeutického působení v DS se v dnešní době samostatně stává Taneční a pohybová terapie. Ta je definována jako psychoterapeutické užití pohybu v procesu, který podporuje emoční, fyzickou, sociální a kognitivní integraci jedince. Má charakter buď individuální, nebo skupinové terapie. Dnes už jsou známy i takové formy této terapie, které jsou určeny pro vozíčkáře (adta.org/2015).

K tomu aby mohl odborník kvalifikovaně používat muzikoterapeutických metod, musí být v muzikoterapii odborně vyškolen. Kvalifikační i osobnostní požadavky na muzikoterapeuty na svých stránkách představuje Muzikoterapeutická organizace ČR (srov. muzikoterapie.cz, 2015)

8.2.3.3 Dramaterapie

Dramaterapie je v českém kontextu dle Valenty (2007) nejčastěji užívána v práci s osobami s mentálním postižením, psychotickými poruchami, závislostním chováním či mládeží ohroženou sociálně patologickými jevy. V oblasti týkající se seniorů je tedy dramaterapie poměrně novým způsobem terapie. Velký význam dramaterapie vidím především v tom, že dobře vedená dramaterapeutická intervence předpokládá zvládnutí a práci se sociální skupinou jako takovou. Ta je podle mého názoru v DS i LDN velmi často opomíjena.

Jako terapii ji pro svou variabilitu nelze jednoznačně vymezit. Na nejobecnější rovině o ní uvažujeme, jako o cíleném použití dramatických a divadelních postupů, směřujících k dosažení terapeutických cílů. Mezi tyto cíle může patřit například sebezpoznání, dosažení změny v životě, osobní růst, adaptace atd. (NADT, 2012)

Valenta (2007) pak uvádí, že dramaterapie pomáhá klientům zejména v tom, jak se uvolnit, zvládnout své emoce, koncentrovat se, jak rozvíjet spontánní chování, sociální inteligenci, paměť, pozornost, ale také jak redukovat nežádoucí vzorce chování.

Dramaterapeut musí být vyškolený odborník, který absolvuje atestační kurzy a průběžně se vzdělává.

8.2.3.4 Zooterapie

Zooterapie je specifická forma stimulace seniorů za přítomnosti jiného živého tvora (než je terapeut sám) a to nejčastěji zvířete. Může se jednat o celou řadu zvířat, ale v DS je myslím nejčastější formou Canisterapie, tedy terapie za přítomnosti psa. Pes ovšem není zdaleka jediný, kdo navštěvuje seniory internované v pobytových zařízeních. Z osobních zkušeností vím, že velmi dobrý dojem dělá na seniory i králík, morče nebo papoušek.

Účinnost zooterapie je zřejmá i hned v přímé interakci zvíře-senior. Zajištění zooterapie navíc krom samotného zvířete nevyžaduje většinou žádné další pomůcky. Přítomnost zvířete v instituci má navíc zcela jistě blahodárný vliv i na personál.

8.3 Závěrem k uplatnění speciálních pedagogů v zařízeních sociálních a zdravotních služeb

Předkládaná doporučení rozhodně nejsou komplexním výčtem toho, co všechno by mohl speciální pedagog v rámci zařízení sociálních a zdravotních služeb intervenovat. Jedná se spíše o výčet zkušeností toho, co vím, že v práci se seniory skutečně funguje a co jím chybí.

Upřímně doufám, že další formování speciální pedagogiky povede k vytvoření samostatného specializačního modulu, určeného pro diagnostickou a terapeutickou práci se seniorskou populací. Věřím totiž, že Čeští senioři potřebují stejně komplexní podporu jako zdravotně postižení lidé.

9. Závěr

Cílem této práce bylo popsat problematiku současné institucionální péče o seniory v Čechách. Tento cíl se dle mého názoru podařilo naplnit.

V první kapitole práce jsem představil metodologický základ zpracování této diplomové práce a vyjádřil jsem zde i k současnému stavu poznání v ČR k dané problematice.

Druhá kapitola byla cílena k popisu procesu stárnutí a životního období stáří. Resp. jejich vztahu k institucionální péči. V kapitole jsem se mimo to zabýval také tím, jak současnou institucionální péči ovlivnily sociologické teorie stárnutí, jak ji stále ovlivňují ageistické postoje české veřejnosti a také, jak se tyto postoje, promítají do akademického pojetí stáří.

Třetí kapitola pojímala velmi široce aspekty, které souvisí s institucionální péčí o seniory. V úvodu kapitoly jsem se pokusil vymezit institucionální péči a následně jsem představil základní formy této péče v ČR. Jako zásadní podkapitoly hodnotím zejména ty, jež se věnovaly tématice rodinného kontextu seniora se sníženou soběstačností v domácím prostředí a instituci a ty, které popisovaly současná zařízení institucionálních služeb pro seniory jako totální instituce. V závěru celé kapitoly jsem zmínil také o tom, jakým způsobem je realizovaná péče o seniory v okolních státech.

Čtvrtá kapitola se skládá především z popisu zdravotních služeb. Značnou pozornost jsem v této kapitole věnoval především stále nepopsanému problému, tedy péči realizované v Léčebnách dlouhodobě nemocných. Představil jsem klady i zápory dlouhodobé péče a zabýval jsem se také kvalitou života seniorů v LDN.

Pátá kapitola obšírně pojednává o současném stavu na poli sociálních služeb. Specifická pozornost je zde věnována především těm službám, které přímo souvisí se seniorskou populací. Podrobně je zde popsána především péče v Domovech pro seniory. V závěru kapitoly se také věnuji špatným životním podmínkám seniorů, žijících v domech, které jsou považovány za nelegální sociální služby.

Šestá kapitola krátce pojednává o současném stavu české hospicové péče. Jsou zde představeny denní stacionáře, domácí hospicová péče i hospice, jako pobytová

zařízení. Kapitola se také věnuje problematickému právnímu postavení hospiců a jejich financování.

V poslední kapitole prezentuji zpracování vedlejšího cíle, kterým bylo, pojednat o možnostech uplatnění speciálního pedagoga v rámci zařízení sociálních a zdravotních služeb.

Zpracování této práce hodnotím osobně jako velmi přínosné, leč vzhledem k rozsahu práce a množství témat, které pojímá, jako poměrně náročné. Jsem rád, že jsem mohl rozšířit své povědomí o současném stavu institucionální péče o seniory v Čechách. I přes to ale musím uznat, že tato práce zcela nepostihuje danou problematiku ba naopak, výběrově popisuje jenom určitá témata. Do budoucna by bylo vhodné provést zejména komplexní celorepublikové výzkumy kvality života seniorů v pobytových zařízeních zdravotních a sociálních služeb. Dále by měla být věnována daleko větší výzkumná pozornost demenci resp. jejím nefarmakologickým léčbám. Z oblasti speciální pedagogiky bych rád zmínil zejména potřebu vytvořit funkční metodiky práce se seniory a specificky také řešit sociálně-patologické jevy v DS, LDN apod.

Závěrem celé práce bych rád sdělil, že je na čase si uvědomit, že v Čechách již nastal věk seniorů. To dle mého názoru znamená, že již dnes je pozdě na řešení této otázky. Pokud ji budeme i do budoucna ignorovat, je velmi pravděpodobné, že řada z nás v budoucnu zažije osobní zkušenost s tím, být přivázan k židli, hladový a neumytý v neregistrovaném zařízení sociálních služeb.

Literatura

Literatura kap. č. 2

1. ČGGS. Vzdělávací program geriatric. In: [online]. 2006 [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.cggs.cz/cz/program/>.
2. ČR. Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta: Zákon č. 95/2004 Sb. In: Sběrka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2004, 30/2004. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-95>.
3. ČR. Věstník MZ ČR 9/2004. In: Praha: MZČR, 2004. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html
4. ČR. Zákon o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů: č.108/2006 Sb. In: Sběrka zákonů ČR. Praha: MPSV, 2006, 37/2006. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
5. ČR. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách): č. 372/2011 Sb. In: Sběrka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2011, 131/2011. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
6. DEMOGRAFIE. INFO. Stárnutí. In: [online]. 2004 [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: http://demografie.info/?cz_starnuti.
7. DIENSTBIER, Z. Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit. Praha: Radix, 2009. ISBN 978-80-86013-88-0.
8. GRUBEROVÁ, Božena. Gerontologie. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 1998, 86 s. ISBN 80-704-0286-5.
9. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1990, 407 s. Pyramida (Panorama). ISBN 80-703-8158-2.
10. JAROŠOVÁ, Darja. Péče o seniory: pro lékaře a sestru v ambulanci. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006, 96, 12 s. ISBN 80-736-8110-2.

11. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. Vývojová psychologie. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
12. MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.
13. MATOUŠEK, Oldřich. Základy sociální práce. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012, 309 s. ISBN 978-80-262-0211-0.
14. MKN 10. PORUCHY DUŠEVNÍ A PORUCHY CHOVÁNÍ (F00–F99): Organické poruchy včetně symptomatologických (F00–F09). In: [online]. 2014 [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>.
15. MÜHLPACHR, Pavel. Gerontopedagogika. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009, 203 s. ISBN 978-802-1050-297.
16. NAVRÁTIL, Pavel. *Úvod do teorií a metod sociální práce*. 1. vyd. Brno: Národní centrum pro rodinu, 2000. 67 s.
17. OECD. Long-term Care for Older People. [online]. 2005 [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/longtermcareforolderpeopleoecdstudy2001-2004.htm>.
18. PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H., Gerontologie. Praha: Avicenum, 1981. 304 s. ISBN 80-044-81.
19. PRŮCHA J. Pedagogická encyklopedie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 935 s. ISBN 978-80-7367-546-2.
20. SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. Sociologie stáří a seniorů. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 225 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-802-4738-505.
21. SAK, SAKOVÁ, Názory a postoje české populace k seniorům, zpráva z výzkumu. Praha: ASOV, 2008.
22. STUART-HAMILTON, Ian. Psychologie stárnutí. 1. vyd. Praha: Portál, 1990, 319 s.) ISBN 80-717-8274-2.
23. SÝKOROVÁ, Dana. Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie. Vyd. 1. Praha: Slon, 2007, 284 s. Studie, 45. ISBN 978-808-6429-625.

24. TOŠNEROVÁ, T. Ageismus: Průvodce stereotypy a mýty o stáří. Praha: Ambulance pro poruchy paměti FNKV, 2002.
25. TROEN, B. R. The Biology of Ageing. The Mount Sinai Journal of Medicine , January 2003, 70, p. 3-22.
26. ÚZIS. Psychiatrická péče. In: [online]. 2012 [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/psychiatricka-pece>.
27. VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5..
28. VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-717-8308-0.
29. VÁLKOVÁ, Monika, Marie KOJESOVÁ a HOLMEROVÁ. Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice. Vyd. 1. Praha: MPSV, 2010, 77 s. ISBN 978-807-4210-211
30. VIDOVIČOVÁ, L. Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 2008. ISBN 978-80-210-4627-6.
31. WEBER, Pavel. Minimum z klinické gerontologie: pro lékaře a sestru v ambulanci. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000, 151 s. ISBN 80-701-3314-7.

Literatura kap. č.3

1. APHP. Podpora rodiny a péče o pozůstalé. In: [online]. 2014 [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/podpora-rodiny-a-pece-o-pozustale/>.
2. BUŽGHOVÁ, R., a IVANOVÁ, K. Prevence týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů v rezidenčních zařízeních seniorů. PREVENCE, 2010.
3. ČR. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků: Vyhláška č. 424/2004 Sb. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2004. [cit. 2015-03-20] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlase-c-sb-ktou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb_4763_3120_3.html.
4. ČR. Zákon o důchodovém pojištění: zákon č. 155/1995 Sb. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MPSV, 1995, 41/1995. [cit. 2015-03-20] Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-155>.
5. ČR. Zákon o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon): zákon č. 198/2009 Sb. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: Lidská práva, 2009. [cit. 2015-03-20] Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-198>.
6. ČR. Zákon o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů: č.108/2006 Sb. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MPSV, 2006, 37/2006. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
7. ČR. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách): č. 372/2011 Sb. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2011, 131/2011. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
8. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-802-4741-383.
9. GOFFMAN, E. The Characteristic of Total Institutions. In ETZIONI, A. Complex Organizations. New York: Rinehart, 1961.

10. GOFFMAN, Erving. Stigma: poznámky k problému zvládnání narušené identity. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003, 167 s. Most (Sociologické nakladatelství), sv. 3. ISBN 80-864-2921-0.
11. GOERGEN, T. A.: Multi-method study on elder abuse and neglect in nursing homes. The Journal of Adult Protection. Nov 2004, 6, 3, Academic Research Library.
12. HOREHLEĎ, Petr. Analýza komplexní péče o seniory [online]. 2008 [cit. 2015-03-25]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Pavel Mühlpachr. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/vt7hd5/>>.
13. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013, 191 s. ISBN 978-802-4741-390.
14. KALVACH, Zdeněk. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
15. KALVACH, Zdeněk. Křehký pacient a primární péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-802-4740-263.
16. KARMELOVÁ, P., KAŠTOVSKÝ, T. et al: problematika rodinných pečujících v MČ Praha 8 a Praha 7, výzkum pro Úřad MČ Praha 8. 2005.
17. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. Sociální služby a příspěvek na péči, Olomouc: ANAG, 2007. ISBN 978-80-7263-405-7.
18. KREJČÍŘOVÁ, Dana a Marie VÁGNEROVÁ. Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Vyd. 2. Editor Mojmir Svoboda. Praha: Portál, 2009, 791 s. ISBN 978-807-3675-660.
19. KOVAL, Š. Týranie starých ľudí. Košice: Posit, 2001. 182 s. ISBN 80-967611-2-9.
20. LANGMEIER, Josef a Zdeněk MATĚJČEK. Psychická deprivace v dětství. Vyd. 4., dopl., V nakl. Karolinum 1. Praha: Karolinum, 2011, 399 s. ISBN 978-80-246-1983-5.
21. LOEB, M.B. „Some dominant cultural themes in a psychiatric hospital.“ in Denzin. N.K., Spitzer, S.P. (eds.) 1968. The mental patient: studies in the sociology of deviance. New York: McGraw-Hill Book Company.

22. MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.
23. MATĚJČEK, Zdeněk. Náhradní rodinná péče: průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny. Vyd. 1. Praha: Portal, 1999, 183 p. ISBN 80-717-8304-8.
24. MATĚJČEK, Zdeněk. Výbor z díla. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005, 445 s. ISBN 978-802-4610-566.
25. MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 80-736-7002-X.
26. MARIN, B., LEICHSERING, K., RODRIGUES, R., HUBER. M.: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009.[cit. 2015-03-20]. Dostupné z: http://www.age-platform.eu/images/stories/EN/pdf_DiscussionPaper-WhoCares.pdf.
27. MERTON, R.K.. Studie ze sociologické teorie. Praha: SLON, 2007.
28. MUSIL, L. Osoby se syndromem ústavní závislosti a řešení jejich problému v Brně. Brno: MU FSS, 2000.
29. MPSV. Analýza současného stavu institucionálního zajištění péče o ohrožené děti. In: [online]. 2008 [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7305/Analýza.pdf>.
30. MPSV. Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. In: [online]. 2013 [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: www.mpsv.cz/files/clanky/14540/III_vlada__Akcni_plan_staruti_.pdf.
31. MPSV. Rada seniorů České republiky. In: [online]. 2007 [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/4633>.
32. MPSV. Rada vlády pro seniory a stárnutí populace. In: [online]. 2006 [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2897>.
33. MŠMT. Institucionální výchova: Problematika institucionální výchovy je v kompetenci úseku institucionální výchov. In: [online]. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/institucionalni-vychova?highlightWords=institucion%C3%A1ln%C3%AD+v%C3%BDchova>

34. OBŠILOVÁ, Iva. Připravenost pracovníků přímé obslužné péče v domovech pro seniory z pohledu všeobecných sester} [online]. 2013 [cit. 2015-03-21]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Simona Saibertová. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/398072/lf_m/>.
35. OECD. Long-term Care for Older People. [online]. 2005 [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/longtermcareforolderpeopleoecdstudy2001-2004.htm>.
36. ONDRICOVÁ, I. a B. KOLLAROVÁ. Úloha sestry v prevenci GMS. Sanoma Magazines [online]. 2004 [cit. 2015-03-21].
37. PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky. Vyd. 1. Překlad Abigail Kozlíková. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-717-8184-3.
38. PILLEMER, K., MOORE, D., W.: Highlights from a Study of Abuse of Patients in Nursing Homes. Journal of Elder Abuse and Neglect, 1990. Dostupné z: <https://www.ncjrs.gov/App/publications/abstract.aspx?ID=145868>
39. RSČR. Členské organizace RS ČR. In: [online]. 2014 [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: <http://www.rscr.cz/clenske-organizace-rscr/>
40. SMUTEK, Martin. Model řešení problému v sociální práci - systémový pohled. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006, 91 s.
41. TOŠNEROVÁ, Tamara. Ageismus: Průvodce stereotypy a mýty o stáří. Praha: Ambulance pro poruchy paměti FNKV, 2002
42. TOŠNEROVÁ, Tamara. Příručka pečovatele. [online] [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.pecujici.cz/prirucky_online.shtml?x=141104>.
43. TOŠNEROVÁ, Tamara. Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině: průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele. 2. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002, 60 s. ISBN 80-238-9505-2.
44. VÁLKOVÁ, Monika, Marie KOJESOVÁ a HOLMEROVÁ. Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice. Vyd. 1. Praha: MPSV, 2010, 77 s. ISBN 978-807-4210-211.
45. VÁVROVÁ, S. Pobytové sociální služby pro osoby se zdravotním postižením a pro seniory jako totální instituce. Sociální práce, 2012, roč. 12, č. 4, s. 39-46.

46. VÁVROVÁ, S. Péče o seniora v rodině jako alternativa k institucionální péči. In *Elan vital v prostore medzigeneračných vzťahov*, s. 189-193. Prešov: Prešovská univerzita v Prešově, 2010. 307 s. ISBN 978-80-555-0198-7.
47. VESELÁ, J. Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům, výzkumná zpráva. Praha. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 2002.
48. VESELÁ, J. Sociální služby a jejich poptávka, výzkumná zpráva. Praha. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 2001.
49. WIJA, Petr. Zkušenosti ze zahraničí – podněty a informace z mezinárodní konference „Integrované služby a podpora stárnutí v komunitě - Podpora rozvoje komunitních zdravotních a sociálních služeb“. Diakonie Českobratrské církve Evangelické: Praha. 2014.
50. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. Základy psychologie pro zdravotnické obory. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 278 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4740-621.
51. ZAVÁZALOVÁ, Helena. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001, 97 s. ISBN 80-246-0326-8.
52. ŽÁRSKÝ, M. Financování sociálních služeb Základní východiska Praha: MPSV ČR 2009.

Literatura kap. č. 4

1. BRUTHANSOVÁ, Daniela, ČERVENKOVÁ, Anna, PECHANOVÁ, Marie - In: 10. Pražské gerontologické dny 2006 (Bio-psycho-sociální problematika stárnutí). - Praha : Česká alzheimerovská společnost, 2006. - ISBN 80-86541-17-7. - s. 5-8 (4 s.).
2. BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. Ošetrovatelství I. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 285 s. Sestra. ISBN 978-802-4735-573.
3. ČR. Listina základních práv a svobod: zákon č. 2/1993 Sb. In: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>. Praha, 1993, 1/1993. [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>.
4. ČR. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků: Vyhláška č. 55/2011 Sb. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2011, 20/2011. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.
5. ČR. Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb: Vyhláška č. 99/2012. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2012, 39/2012. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>.
6. ČR. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci: Vyhláška č. 98/2012 Sb. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2012, 39/2012. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>.
7. ČR. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních): zákon č. 96/2004 Sb. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2004. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>.
8. ČR. Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta: Zákon č. 95/2004 Sb. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MZČR,

- 2004, 30/2004. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-95>.
9. ČR. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách): č. 372/2011 Sb. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2011, 131/2011. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
10. DOLEJŠOVÁ, Markéta. Kvalita života u seniorů hospitalizovaných v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Č. Bud., 2013. diplomová práce (Mgr.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.
11. FIALA, Petr. Pacienti určení k likvidaci: Odvrácená tvář našeho zdravotnictví. In: [online]. 2006 [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/detail-clanek/pacienti-urceni-k-likvidaci.html>.
12. FTN. Oddělení Geriatrie a následné péče. In: [online]. [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: <http://www.ftn.cz/pacientum-a-verejnosti/oddeleni-a-kliniky/oddeleni-geriatrie-a-nasledne-pece/>.
13. HOLMEROVÁ, Iva a Monika VÁLKOVÁ. Východiska dlouhodobé péče. Lékařské listy [online]. 2. 11. 2009 [cit. 2015 - 03 - 20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha - lekarske - listy/vychodiska - dlouhobode - pece - 447831>.
14. IDNES:CZ. Praktičtí lékaři stárnou, jsou nedostatkoví jako zubaři. In: [online]. 2010 [cit. 2015-03-18]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/prakticti-lekari-starnou-jsou-nedostatkovi-jako-zubari-p21-/domaci.aspx?c=A100422_222045_domaci_iky.
15. KALVACH, Zdeněk. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
16. KRETKOVÁ, Jarmila. Kvalita života seniorů. Olomouc, 2014. bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Cyrilometodějská teologická fakulta.

17. MEDICAL, TRIBUNE. VZP: Ve většině LDN je péče kvalitní. In: [online]. [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/14420-vzp-ve-vetsine-ldn-je-pece-kvalitni>.
18. MOTEJL, Otakar. Zpráva z návštěv LDN. Brno, 2006.
19. MZČR. Druhy zdravotní péče. In: [online]. 2014 [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html.
20. NEMCR. Léčebna dlouhodobě nemocných. [online]. 2014 [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: <http://www.nemcr.cz/lecebna-dlouhodobě-nemocnych>.
21. NCDP. Systém domácí péče: informace pro klienty. In: [online]. 2014 [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty->.
22. OMBUDSMAN PRO ZDRAVÍ. 10 nejdůležitějších povinností. In: [online]. 2014 [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: <http://www.ombudsmanprozdravi.cz/prava-pacientu/vyznejte-se-v-ceskem-zdravotnictvi/a10-nejdulezitejsich-povinnosti/>.
23. Princová, Iva: Poskytování postakutní péče v Nemocnici P. a její kvalita, Praha, UK FHS, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, vedoucí práce: I.Holmerová. 2009.
24. SRMF. Koncepce oboru. In: [online]. 2014 [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: http://www.srfm.cz/koncepce_MZ.htm.
25. STAŇKOVÁ, Marta, HEŘMANOVÁ, Jana: LEMON 1: učební texty pro sestry a porodní asistentky. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996, 184 s. ISBN 80-701-3234-5.
26. ŠŤASTNÝ, Ondřej. Za zdmi LDN je pacient nula, zjistil reportér MF DNES. In: [online]. MF DNES, 2008 [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/za-zdmi-ldn-je-pacient-nula-zjistil-reporter-mf-dnes-fht-/domaci.aspx?c=A080706_225553_domaci_mia.
27. VÁVROVÁ, S. Péče o seniora v rodině jako alternativa k institucionální péči. In *Elan vital v prostore medzigeneračných vzťahov*, s. 189-193. Prešov: Prešovská univerzita v Prešově, 2010. 307 s. ISBN 978-80-555-0198-7.

28. VÍŠKOVÁ, Lucie. Diskriminace osob se zdravotním postižením: aneb víme, koho a jak chceme vlastně před diskriminací chránit?. s. 5. Dostupné z: http://poradna-prava.cz/diskriminace/zpravy_a_publicace-1.phtml.htm.

Literatura kap. č.5

1. ASP. Asociace sociálního poradenství. In: [online]. 2014 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <http://www.socialniporadenstvi.cz/13-asociace-socialniho-poradenstvi>.
2. CEDR. Programy aktivit: Sociálně aktivizační programy. In: [online]. Pardubice: CEDR, 2015 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: http://www.cedrops.cz/PROGRAMY-AKTIVIT-c7_0_1.htm.
1. ČR. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách: Vyhláška č. 505/2006 Sb. In: Sběrka zákonů ČR. Praha: MPSV, 2006, 164/2006. [cit. 2015-03-07]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>.
2. ČR. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků: Vyhláška č. 55/2011 Sb. In: Sběrka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2011, 20/2011. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.
3. ČR. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci: Vyhláška č. 98/2012 Sb. In: Sběrka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2012, 39/2012. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>.
4. ČR. Zákon, kterým se mění zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 102/1992 Sb., kterým se upravují některé otázky související s vydáním zákona č. 509/1991 Sb., kterým se mění, doplňuje a upravuje občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů: Předpis č. 132/2011 Sb. In: Sběrka zákonů ČR. Praha: Občanské právo, 2011, 51/2011. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-132>.
5. ČR. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních): zákon č. 96/2004 Sb. In: Sběrka zákonů

- ČR. Praha: MZČR, 2004. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>.
6. ČR. Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta: Zákon č. 95/2004 Sb. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2004, 30/2004. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-95>.
 7. ČR. Zákon o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů: č.108/2006 Sb. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MPSV, 2006, 37/2006. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
 8. ČR. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách): č. 372/2011 Sb. In: Sbírka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2011, 131/2011. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
 9. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-802-4741-383.
 10. DS Třebíč. Metodika pro zpracování individuálních plánů klíčovými pracovníky. In: [online]. 2013 [cit. 2015-03-05]. Dostupné z: <http://www.ddtrebic.cz/index.php/dokumenty/standardy.html>.
 11. GLOSOVÁ, Dagmar a kolektiv. Bydlení pro seniory. 1. vyd. Brno: ERA group, 2006, 179 s. ISBN 80-736-6057-1.
 12. HAUKE, Marcela. Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 135 s. ISBN 978-802-4738-499.
 13. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
 14. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Manuálek sociální gerontologie. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, 72 s. České ošetřovatelství, 10. ISBN 80-701-3363-5.
 15. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 194 s. ISBN 978-807-2629-008.

16. HAVRANOVÁ, Ivana. Kvalita života seniorů dvou institucionálních zařízení Olomouckého kraje. Ostrava, 2013. diplomová práce (Mgr.). OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ. Lékařská fakulta.
17. HERZIG, Roland. Kvalita života seniorů v domově seniorů. Olomouc, 2014. bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Fakulta tělesné kultury.
18. HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství: v domovech pro seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 115 s. ISBN 978-802-4747-729.
19. CHARVÁTOVÁ, Lenka. Kvalita života seniorů v pobytových zařízeních sociálních služeb. Ústí nad Labem, 2014. bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA JANA EVANGELISTY PURKYNĚ V ÚSTÍ NAD LABEM. Pedagogická fakulta.
20. CHLOUPKOVÁ, Soňa. Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z: praktický průvodce. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 119 s. ISBN 978-802-4746-784.
21. IMREOVÁ, Iveta. Kvalita života seniorů v rodinném prostředí a v domovech pro seniory. Zlín, 2014. bakalářská práce (Bc.). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií.
22. JANEBOVÁ, Radka. Posuzování životní situace v sociální práci: sborník z konference V. Hradecké dny sociální práce, Hradec Králové 24. až 25. října 2008. Vyd. 1. Editor Martin Smutek. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008, 322 s. ISBN 978-807-0414-194.
23. JOHNOVÁ, Milena. Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele. Vyd. 1. Editor Kristýna Čermáková. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2002, 111 s. ISBN 80-865-5245-4.
24. KOLÁŘOVÁ, Zdena. Krize v domovech pro seniory: více nemocných, méně sester, nedostatek peněz. Zdravotnický deník [online]. 2015 [cit. 2015-03-02]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/02/krize-v-domovech-pro-seniory-vice-nemocnych-mene-sester-nedostatek-penez/>.

25. KOUBOVÁ, Pavla. TRENDY V BYDLENÍ SENIOR Ů V ZAHRANIČÍ A REZIDENČNÍ BYDLENÍ PRO SENIORY V Č R. In: [online]. 2007 [cit. 2015-03-19]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3483/07_Koubova.pdf
26. KOZLOVÁ, Lucie. Sociální služby. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005. ISBN 978-807-2546-626.
27. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. Sociální služby a příspěvek na péči, Olomouc: ANAG, 2007. ISBN 978-80-7263-405-7.
28. KUBALČÍKOVÁ, Kateřina. Expertíza pro cílovou skupinu "Senioři". In: [online]. Brno: FSS MU, 2006 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCgQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.socialnipece.brno.cz%2Fdoc%2F1197449279.doc&ei=B9sPVZGxEuiGywOY-oCYCg&usg=AFQjCNHjzRaITljh5Dx_P5cG30YCpFAxYg&bvm=bv.88528373.d.bGQ.
29. MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.
30. MARIN, B., LEICHSERING, K., RODRIGUES, R., HUBER. M.: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009.[cit. 2015-03-20]. Dostupné z: http://www.age-platform.eu/images/stories/EN/pdf_DiscussionPaper-WhoCares.pdf.
31. MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Vyd 1. Praha: Portál, 2007, 183 s. ISBN 978-807-3673-109.
32. MPSV. MPSV řeší problém neregistrovaných sociálních služeb. [online]. 2015 [cit. 2015-03-11]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/20505/TZ_100315a.pdf.
33. MPSV. Pečovatelská služba: DPS - dům s pečovatelskou službou, domov pro seniory a jejich základní charakteristika včetně základních pravidel pro přijetí do sociální služby. [online]. 2014 [cit. 2015-03-02]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13368#d1>.

34. OBŠILOVÁ, Iva. Připravenost pracovníků přímé obslužné péče v domovech pro seniory z pohledu všeobecných sester} [online]. 2013 [cit. 2015-03-21]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Simona Saibertová. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/398072/lf_m/>.
35. RPSS. Centra denních služeb. In: [online]. Praha: MPSV, 2015 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1427102041393_1&zak=&zaok=&sd=centra+denn%C3%ADch+slu%C5%BEeb.
36. RPSS. Denní stacionáře. In: [online]. Praha: MPSV, 2015 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1427102041393_1&zak=&zaok=&sd=denn%C3%AD+stacion%C3%A1%C5%99e.
37. RPSS. Domovy pro seniory. In: [online]. Praha: MPSV, 2015 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1427106211062_1&zak=&zaok=&sd=domovy+pro+seniory.
38. RPSS. Domovy se zvláštním režimem. In: [online]. Praha: MPSV, 2015 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1427106283271_1&zak=&zaok=&sd=domovy+se+zvl%C3%A1tn%C3%ADm+re%C5%BEimem
39. RPSS. Chráněné bydlení pro seniory. In: [online]. Praha: MPSV, 2015 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/rozsirene_hledani_sluzby.do?si=&sd=chr%C3%A1n%C4%9Bn%C3%A9+bydlen%C3%AD&scs=24&svk=7&spo=&spd=&zn=&srp=pdaz&zak=&zaok=&zao=&zaou=&pn=&pic=&SUBSESSION_ID=1427103930336_2&sbmt=Vyhledat.
40. RPSS. Odlehčovací služba. In: [online]. Praha: MPSV, 2015 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1427104046847_3&zak=&zaok=&sd=odleh%C4%8Dovac%C3%AD+slu%C5%BEby
41. RPSS. Osobní asistence. In: [online]. Praha: MPSV, 2015 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?

[SUBSESSION_ID=1427102845906_1&zak=&zaok=&sd=osobn
%C3%AD+asistence.](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1427102845906_1&zak=&zaok=&sd=osobn%C3%AD+asistence)

42. RPSS. Pečovatelská služba. In: [online]. Praha: MPSV, 2015 [cit. 2015-03-23].
Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?
SUBSESSION_ID=1427102845906_1&zak=&zaok=&sd=pe%C4%8Dovatelsk
%C3%A1+slu%C5%BEba.](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1427102845906_1&zak=&zaok=&sd=pe%C4%8Dovatelsk%C3%A1+slu%C5%BEba)
43. RPSS. Týdenní stacionáře. In: [online]. Praha: MPSV, 2015 [cit. 2015-03-23].
Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?
SUBSESSION_ID=1427103616096_2&zak=&zaok=&sd=t%C3%BDdenn
%C3%AD+stacion%C3%A1%C5%99e.](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1427103616096_2&zak=&zaok=&sd=t%C3%BDdenn%C3%AD+stacion%C3%A1%C5%99e)
44. SOKOL, Radek a Věra TREFILOVÁ. Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb: výklad je zpracován k právnímu stavu ke dni 1.1.2008. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2008, xx, 424 s. Meritum. ISBN 978-807-3573-164.
45. SSMPCCE. Služba Domov se zvláštním režimem. [online]. 2014.[cit. 2015-03-02].
Dostupné z: [http://www.ssmpce.cz/index.php/dzr.](http://www.ssmpce.cz/index.php/dzr)
46. ŠABATOVÁ, Anna (VOP). Nedostatky v péči o seniory s demencí. In: [online]. 2015 [cit. 2015-03-07]. Dostupné z: [http://socialnirevue.cz/item/ochrankyne-prav-
nedostatky-v-peci-o-seniory-s-demenci.](http://socialnirevue.cz/item/ochrankyne-prav-nedostatky-v-peci-o-seniory-s-demenci)
47. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. Péče o seniory jako podnikatelský záměr bez záruky kvality. In: [online]. 2012 [cit. 2015-03-07]. Dostupné z: [http://www.ochrance.cz/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2012/pece-o-seniory-jako-
podnikatelsky-zamer-bez-zaruky-kvality/.](http://www.ochrance.cz/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2012/pece-o-seniory-jako-podnikatelsky-zamer-bez-zaruky-kvality/)
48. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. Za inzerovanou péčí o seniory se může skrývat špatné zacházení. In: [online]. 2012 [cit. 2015-03-07]. Dostupné z: [http://www.ochrance.cz/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2012/za-inzerovanou-peci-
o-seniory-se-muze-skryvat-spatne-zachazeni/.](http://www.ochrance.cz/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2012/za-inzerovanou-peci-o-seniory-se-muze-skryvat-spatne-zachazeni/)
49. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. Špatné zacházení se seniory v neregistrovaném zařízení. In: [online]. 2014 [cit. 2015-03-07]. Dostupné z:

<http://www.ochrance.cz/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2014/spatne-zachazeni-se-seniory-v-neregistrovanem-zarizeni/>.

50. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. Ochránkyně varuje před dalšími čtyřmi zařízeními „pečujícími“ o seniory. In: [online]. 2015 [cit. 2015-03-07]. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2015/ochrankyne-varuje-pred-dalsimi-ctyrmi-zarizenimi-pecujicimi-o-seniory/>.

Literatura kap. č. 6

1. BALAJOVÁ, K. Špatná zpráva o českém umírání. [cit. 28. 3. 2015] Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/monitoring-medii/40399-3/spatna-zprava-o-ceskem-umirani>.
2. ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY. Připomínky k Vyhlášce verze 04082011O požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. [online]. 2011 [cit. 2015-03-13]. Dostupné z: http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/stanovisko_personalnivyhlaska_cspm.pdf.
3. ČR. Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb: Vyhláška č. 99/2012. In: Sběrka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2012, 39/2012. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>.
4. ČR. Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů: zákon č. 48/1997 Sb. In: sbírka zákonů ČR. Praha: MZČR, 1997, 16/1997. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>.
5. ČR. Zákon o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů: č.108/2006 Sb. In: Sběrka zákonů ČR. Praha: MPSV, 2006, 37/2006. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
6. ČR. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách): č. 372/2011 Sb. In: Sběrka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2011, 131/2011. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 194 s. ISBN 978-807-2629-008.
8. HOSPICE.CZ. Otázky a odpovědi: Co je hospic?. [online]. 2010 [cit. 2015-03-13]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>.

9. KALVACH, Zdeněk. Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2010, 134 s. ISBN 978-80-904516-4-3.
10. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Hovory s umírajícími. Nové Město nad Metují?: Signum unitatis, 1992. ISBN 80-854-3904-2.
11. MISCONIOVÁ, Blanka. Péče o umírající - hospicová péče. Česko: Národní centrum domácí péče České republiky, [1998], 96 s. ISBN 80-239-1915-6.
12. SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi. Praha: Cesta domů, 2004, 43 s. ISBN 80-239-4330-8.
13. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. Sociální práce v hospici a paliativní péče. Vyd. 1. Jinočany: H, 2006, 161 s. ISBN 80-731-9059-1.
14. SVATOŠOVÁ, Marie. Hospic slovem a obrazem. 1. vyd. Ilustrace Marie Jirmanová. Praha: ECCE HOMMO, 1998, 148, [25] s. ISBN 80-902-0491-0.
15. SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. 7., dopl. vyd. Ilustrace Marie Jirmanová. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011, 149 s. ISBN 978-807-1955-801.
16. SIEBEROVÁ, J. Jak pokračovat dál v domácí hospicové péči, když žádný systém paliativní péče v ČR neexistuje? [cit. 18. 3. 2015] Dostupné z: <http://www.umirani.cz/detail-clanek/jak-pokracovat-dal-v-domaci-hospicovepeci-kdyz-zadny-system-paliativni-pece-v-cr-neexistuje.html>.
17. TŮMOVÁ, Š. Pomáhají zemřít důstojně, ale hospice narážejí u pojišťoven. [cit. 7. 3. 2015] Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/28469-pomahaji-zemrit-dustojne-ale-hospice-narazeji-u-pojistoven>.
18. UMIRANI.CZ. Svépomocné skupiny. In: [online]. 2015 [cit. 2015-03-13]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/svepomocne-skupiny.html>.
19. UMIRANI.CZ. Sociální pracovníci. In: [online]. 2015 [cit. 2015-03-13]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/socialni-pracovnici.html>.

Literatura kap. č. 7

1. ADTA. About Dance/Movement Therapy. In: [online]. [cit. 2015-03-18]. Dostupné z: http://www.adta.org/About_DMT
2. ČUNDERLÍKOVÁ, M., WIRTH, M. Komplexná starostlivosť o ľudí s Alzheimerovou chorobou v centre MEMORY n. o. In GERIATRIA, ODBORNÝ ČASOPIS SLOVENSKÝCH a ČESKÝCH GERIATROV, 1/2008.
3. ČR. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci: Vyhláška č. 98/2012 Sb. In: Sbírnka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2012, 39/2012. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>.
4. FEIL, Naomi a Vicki de KLERK-RUBIN. Validation: ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 8., überarb. und erw. Aufl. München [u.a.]: Reinhardt, 2005. ISBN 978-349-7017-942.
5. JEDLINSKÁ, Martina. Funkční hodnocení seniorů teorie a praxe. [online]. 2013 [cit. 2015-03-18]. Dostupné z: <http://www.cello-ilc.cz/wp-content/uploads/2013/11/funkcni-hodnoceni.pdf>
6. KALVACH, Zdeněk. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
7. KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER. Základy muzikoterapie. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 295 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4728-469.
8. KLIMENTOVIČ, E. Validační terapie jako cesta naplnění standardů kvality sociálních služeb pro klienty staršího věku sporuchami orientace Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování. Vyd. 1. Editor Dana Sýkorová, Oldřich Chytil. V

- Ostravě: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 2004, 323 s. ISBN 80-732-6026-3.
9. KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ. Kognitivní trénink v praxi. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 150 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4726-083.
 10. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. Vývojová psychologie. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
 11. MUZIKOTERAPIE.CZ. Kurzy a výcviky. In: [online]. [cit. 2015-03-18]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/kurzy-a-vycviky>.
 12. MÜLLER, O. Pohled na speciálněpedagogickou péči o seniory s demencí. E-pedagogium. 2008, II., s. 54-60. ISSN 1213-7499.
 13. NORTH AMERICAN DRAMA THERAPY ASSOCIATION. What is Drama Therapy?. In: [online]. 2012 [cit. 2015-03-18]. Dostupné z: <http://www.nadta.org/what-is-drama-therapy.html>.
 14. PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky. Vyd. 1. Překlad Abigail Kozlíková. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-717-8184-3.
 15. VALENTA, Milan. Dramaterapie. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 252 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-802-4718-194.
 16. Was ist validation?. In: [online]. 2007 [cit. 2015-03-17]. Dostupné z: http://www.vfvalidation.org/web.php?request=Was_ist_Validation.