

Univerzita Karlova
Filozofická fakulta
Katedra sociální práce

Diplomová práce

Štěpánka Nozarová

**Péče o klienty chráněného bydlení v seniorském
věku v době umírání**

Care of clients of sheltered housing in the senior age and at the
time of dying

V Praze 2017

Vedoucí práce: Doc. Oldřich Matoušek, PhDr.

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu diplomové práce, panu doc. Matouškovi, za odborné vedení a věcné připomínky.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 8. 5. 2017

.....
Štěpánka Nozarová

Abstrakt

Diplomová práce s názvem *Péče o klienty chráněného bydlení v seniorském věku a v době umírání* se zabývá problematikou péče o seniory v chráněném bydlení pro lidi s mentálním znevýhodněním. Cílem práce je identifikovat a popsat překážky, které v současnosti brání tomu, aby chráněné bydlení pro lidi s mentálním znevýhodněním mohlo pokračovat v poskytování péče klientům, kteří v zařízení zestárli, chtějí v něm žít i na sklonku života a ve svém prostředí také důstojně zemřít. Tato péče by měla být možná bez ohledu na lokalitu, v níž se chráněné bydlení nachází, na finanční situaci klientů a typ zřizovatele chráněného bydlení. Druhým cílem je následně najít uspokojivá řešení všech identifikovaných překážek, aby mohlo být naplněno právo klientů na výběr prostředí a typ péče v závěru života.

Práce je rozdělena do tří částí. První část definuje základní pojmy a popisuje dvě možné varianty chráněného bydlení, jak základní variantu s věkovým omezením, tak variantu s rozšiřujícím programem pro seniory. V dalších kapitolách první části jsou popsána teoretická východiska, která podporují rozšiřující program, a charakterizovány potřeby seniorů. Zmíněny jsou také některé realizované výzkumy v ČR a v zahraničí, které se věnují tématům, jako jsou preferované místo, kde chce senior strávit závěr svého života, jakou mají představu péče aj. Poslední kapitola první části je věnována tomu, jakým způsobem je podobná problematika řešena v zahraničí.

Druhá část diplomové práce je část výzkumná. Ve vybraných krajích ČR bylo zjišťováno, zda poskytovatelé chráněných bydlení berou problematiku věkového omezení služby v úvahu a jaké aspekty v rozhodování stanovit či nestanovit věkové omezení hrají roli. Záměrem šetření bylo lépe pochopit všechny možné překážky, které brání poskytování věkově neomezených chráněných bydlení.

Třetí část se zabývá hledáním řešení všech identifikovaných překážek, které ze šetření vzešly, a na závěr jsou označeny problémy, které z různých důvodů zůstávají nedořešeny.

Klíčová slova: chráněné bydlení, věkové omezení, práva klientů, lidé s mentálním postižením, senioři, umírání

Abstract

This thesis of diploma entitled *Care of clients of sheltered housing in the senior age and at the time of dying* deals with the care for old persons in sheltered housings for mentally disabled persons. The goal of the thesis is to identify and to describe obstacles, which, at present, prevent sheltered housings for mentally disabled persons from providing care for clients, who have grown old in the facility, who what to spend there their declining years and who wish to die in their familiar environment with dignity. Such care should be available regardless of the location of the sheltered housing, regardless of clients' financial situation and the type of governing authority of the sheltered housing. The second goal of the thesis is to find satisfactory solutions to all the identified obstacles, in order to realize the clients' right to choose their environment and suitable care at the end of their life.

The thesis consists of three sections. In the first section, the author defines basic terms and describes two variants of sheltered housing – a basic option with age restriction and an option with enhanced program for old persons. The following chapters of the first section deal with theoretical background in support of the enhanced program and characterize the needs of old persons. The author also mentions several surveys carried out in the Czech Republic and abroad, which are dedicated to topics such as places preferred by old persons to spend the end of life, their concepts of care, etc. The last chapter covers the solutions to similar topics implemented abroad.

The second section of the thesis is dedicated to a survey. Providers of sheltered housing services in selected regions of the Czech Republic were asked, if they take the problem of the service age restriction into account, and which aspects influence the decision-making process regarding the applying or non-applying an age restriction. The goal of the survey was to better understand all possible obstacles, which impede sheltered housing services to be provided without any age restrictions.

In the third section, the author endeavors to find solutions to all obstacles identified in the survey, and points out problems that, for various reasons, remain unresolved.

Key words: sheltered housing, age restriction, clients' rights, mentally disabled persons, old persons, dying

Obsah

Úvod.....	8
1 Vymezení základních pojmů	9
1.1 Charakteristika sociální služby chráněné bydlení	9
1.2 Dospělí lidé s mentálním znevýhodněním	10
1.3 Senioři	12
2 Možné varianty chráněného bydlení.....	15
2.1 Varianta A – pro dospělé klienty s věkovým omezením.....	15
2.2 Varianta B – s rozšiřujícím programem pro seniory	16
3 Teoretické předpoklady rozšiřujícího programu pro seniory.....	18
3.1 Přístup orientovaný na klienta.....	18
3.2 Hodnocení potřeb podle Pessu-Boyden terapie	20
3.3 Sociálně - ekologický model.....	21
3.4 Antiopresivní přístup, ageismus	23
3.5 Validační terapie	25
4 Další východiska podporující rozšiřující program pro seniory.....	28
4.1 Potřeby lidí ve stáří	28
4.2 Závěry realizovaných výzkumů v ČR i v zahraničí	30
5 Zkušenosti s obdobným programem v zahraničí	34
5.1 Velká Británie	34
5.2 Nizozemí	37
6 Stanovení hypotézy a výzkumných předpokladů.....	39
7 Zvolené výzkumné metody a techniky sběru dat.....	41
8 Zvolený vzorek	42
9 Kvantitativní šetření.....	44
9.1 Výstupy z šetření.....	45
10 Kvalitativní šetření.....	49
10.1 Interpretace výsledků z kvalitativního šetření.....	53
10.1.1 Ověřování výzkumných předpokladů	59

10.1.2	Případová studie: příběh paní K.	60
10.1.3	Shrnutí výsledků kvalitativního šetření.....	62
11	Problematické oblasti vyplývající z výzkumu a jejich možná řešení	64
11.1	Legislativa.....	64
11.1.1	Zákon o sociálních službách.....	64
11.1.2	Zakotvení dlouhodobé péče v legislativě	65
11.1.3	Zakotvení paliativní péče v legislativě	67
11.2	Zdroje financování	69
11.2.1	Různorodost ve financování v závislosti na typu zřizovatele, ale i v závislosti na prioritách jednotlivých krajů	69
11.2.2	Problematika příspěvků na péči	70
11.2.3	Problematika placení externích sociálně zdravotních služeb	72
11.3	Technické vybavení, bezbariérové prostory, vzdělávání	74
11.3.1	Technické vybavení, bezbariérové prostory, pomůcky	74
11.3.2	Vzdělávání, práce se zaměstnanci	75
11.4	Tabuizace tématu stáří, umírání a smrti	77
11.4.1	Odsouvání řešení seniorské problematiky na později	77
11.4.2	Nedostatečná podpora poskytování péče seniorům v chráněném bydlení.....	78
12	Ověřování třetího výzkumného předpokladu a závěr práce.....	81
	Seznam literatury	84
	Knihy.....	84
	Právní dokumenty	85
	Články a poznámky	85
	Internetové portály	86

Úvod

Téma diplomové práce „*Péče o klienty chráněného bydlení v seniorském věku a v době umírání*“ vzniklo z potřeb reálné sociální služby chráněného bydlení Můj 1 + 0 pro osoby s postižením. Toto chráněné bydlení poskytuje klientům s mentálním znevýhodněním podporu a asistenci v takovém rozsahu, který si na počátku stanovil tým pracovníků zaštiťující nestátní neziskové organizace Diakonie ČCE.

Chráněné bydlení Můj 1 + 0 je určeno pro klienty ve věku od 18 do 60 let. Takto stanovené věkové rozmezí dlouhou dobu vyhovovalo, protože všichni klienti byli výrazně mladšího věku. Jako vedoucí chráněného bydlení jsem byla přesvědčena, že je správné a pro klienty nejlepší možné řešení, umožnit jim zůstat ve svém domácím prostředí až do konce života. Žádné praktické kroky jsem ale pro uskutečnění této myšlenky nerealizovala. Tuto problematiku jsem odsouvala, protože jsem se domnívala, že vzhledem k mladšímu věku klientů zatím není aktuální.

Praktickou zkušenost jsem získala až o pár let později, v době, kdy jeden z klientů se blížil hranici 60 let. Společně jsme začali hledat sociální službu pro seniory. Během hledání nové služby jsem zjistila, že domovy pro seniory jsou přeplněné s dlouhými čekacími lhůtami, a také téměř všechny domovy nepřijímaly seniory s mentálním znevýhodněním.

Během dlouhého hledání nové sociální služby klient zažíval pocity nejistoty, odmítání a strachu z neznámého prostředí. Jeho přání bylo zůstat v chráněném bydlení, v prostředí, na které byl zvyklý a kde se cítil doma. To však v daném čase nemohlo být naplněno a jeho psychické i fyzické zdraví se zhoršovalo. Domov jsme nakonec našli, avšak téměř sto kilometrů vzdálený od původního bydliště, žije zde s několika dalšími muži v jednom pokoji a velkou část dne stráví v pasivitě.

Díky této zkušenosti jsem pochopila, že pokud budeme chtít být schopni postarat se o klienty v seniorském věku v chráněném bydlení, je třeba se na tuto variantu včas připravit a být schopni se v krátké době přizpůsobit novým potřebám klienta.

Tuto problematiku jsem se rozhodla zpracovat ve své diplomové práci. Nový rozměr chráněného bydlení, který bych chtěla realizovat, jsem pro účely práce nazvala jako „*rozšiřující program pro seniory*“. Lze očekávat, že při zavádění nového programu se vyskytne řada překážek, na které v současné době nejsme připraveni. Cílem této práce je pojmenovat možné obtíže a najít uspokojivá řešení tak, aby bylo možné tento program pro seniory zavést do praxe chráněného bydlení.

1 Vymezení základních pojmů

1.1 Charakteristika sociální služby chráněné bydlení

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, definuje sociální službu chráněné bydlení takto: „...chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení...“ (108/2006 Sb., §51, odst. 1).

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, blíže specifikuje rozsah činností, které může sociální služba chráněné bydlení nabízet. Nabízí a poskytuje klientům kromě ubytování a pomoci se zajištěním stravy také pomoc a podporu v péči o domácnost, při osobní hygieně, pomáhá klientům při zajišťování si svých osobních záležitostí, podporuje a pomáhá při navazování a udržení kontaktů se společenským prostředím, ve využívání běžně dostupných veřejných služeb a institucí. Napomáhá při uplatňování a hájení práv a oprávněných zájmů klientů. Nabízí a poskytuje podporu při sociálně aktivizačních činnostech, které přispívají k rozvoji nebo k udržení osobních a sociálních schopností a dovedností (vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Matoušek (2011) popisuje ve své publikaci chráněné bydlení jako sociální službu zřízenou mimo ústavní prostředí. Jde o pobytovou službu, která mimo zajištění stravy a ubytování poskytuje další sociálně terapeutické služby, včetně kontaktu se společenským prostředím. Dále zmiňuje, že chráněná bydlení nezávislá na ústavech zřizují v ČR zejména nestátní neziskové organizace.

V další publikaci citovaný autor uvádí, mimo již zmíněné informace, také rozsah asistence, která záleží na potřebách jednotlivého klienta. Jsou zařízení, kde asistenti tráví s klienty 24 hodin denně, jinde asistují jen s určitými činnostmi a zbytek času jsou klienti zcela samostatní, bez asistence (Matoušek, Hrušková, Landischová In Matoušek a kol., 2005).

Chráněné bydlení je placená sociální služba. Vyhláška č. 505/2006 Sb. stanovuje maximální možnou výši úhrady za ubytování, za stravu a za úkony péče (§ 17 odst. 2).

Každá sociální služba má svoje poslání, které veřejně deklaruje, a které se zavazuje naplňovat. Nejobecněji lze poslání služby chráněné bydlení vyjádřit tak, že

vytváří pro své klienty takové prostředí, aby mohli podle vlastních možností a schopností žít ve sdílené nebo individuální domácnosti co nejsamostatněji. Zároveň aby našli nablízku pomoc asistentů v případě, že ji potřebují.

Nejčastějšími základními principy je partnerská komunikace a asistence podporující zmocňování klientů, díky kterému zvládají jednat autonomně, bez ohledu na míru potřebné péče. Dalšími nejobecnějšími pravidly je respektování práva klientů na soukromí, na možnost volby, na výběr osobitého životního stylu aj.

Chráněné bydlení nejčastěji bývá služba menšího rozsahu, pro menší počet klientů. Charakteristickým znakem je, že nemovitost, ve které je chráněné bydlení provozováno, by měla být součástí běžné zástavby domů v obci či ve městě. Klienti tak mají možnost být běžnou součástí života obce či městské části. Další možností je bydlení v běžných bytech panelových domů. Opět v obvyklých městských částech. Toto bydlení by se na první pohled nemělo lišit od bydlení ostatní populace.

Zaměstnanci chráněných bydlení jsou především sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách – asistenti. Ti klientům pomáhají především při zvládnutí každodenních činností.

Standardy kvality, v tomto případě standard č. 1, kritérium a) ukládá povinnost, aby každá sociální služba měla stanoven okruh osob (cílovou skupinu), kterým své služby poskytuje (www.mpsv.cz). Zákon o sociálních službách stanovuje jen základní charakteristiku cílové skupiny: „...služba je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby...“ (108/2006 Sb., §51, odst. 1). Jednotliví poskytovatelé jsou povinni okruh osob – cílovou skupinu - blíže specifikovat. Součástí specifikace je rovněž věkové rozmezí, tzn., kolik musí být klientům let při příchodu a na druhé straně do kolika let věku mohou setrvat v chráněném bydlení, než budou muset vyhledat jinou sociální službu. Někteří poskytovatelé nemají určenou horní věkovou hranici, poskytují své služby věkově neomezeně. Je jich však méně. Dolní věková hranice se stanovuje vždy. Klient musí být zletilý.

1.2 Dospělí lidé s mentálním znevýhodněním

Thorová charakterizuje mentální znevýhodnění jako „... vrozený stav, který se vyznačuje omezením rozumových a adaptivních schopností, jinými slovy nedošlo k přiměřenému a úplnému rozvoji mentálních schopností člověka...“ (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, s. 26). Dále Thorová (tamtéž) vymezila oblasti, které jsou hendikepem

nejvíce ovlivněné. Jedná se o problémy učit se novým věcem, problémy v oblasti komunikace, orientace. Dalším charakteristickým rysem je omezená schopnost člověka samostatně jednat a omezené další sociální dovednosti. Především navazování vztahů, obhájení si svých práv aj. Problémy mají tito lidé také v rovině emocí a někdy také s přizpůsobením svého chování běžnému společenskému standardu.

Uvedu další definici mentálního znevýhodnění, jak je uvedena v Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví: „Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami.“ Existují čtyři stupně mentálního znevýhodnění. Dále se v dokumentu uvádí: „Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací“ (www.uzis.cz).

Vzhledem ke sníženým schopnostem porozumět a orientovat se v důležitých oblastech života, jako je hospodaření s penězi, porozumění i běžným smluvním vztahům, nakládání s majetkem aj., je možné v zájmu člověka učinit kroky na ochranu jeho zájmů. Platná legislativa v těchto případech dovoluje omezit člověka v samostatném právním jednání. Je to zásah do lidských práv, proto jej musí zkušení odborníci pravidelně přezkoumávat a zvažovat, zda je takový zásah stále nutný nebo není a vždy musí rozhodovat v zájmu člověka. O omezení svéprávnosti vydává konečné rozhodnutí soud. Nový Občanský zákoník zrušil dosavadní institut „zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům“ a ustanovil nová podpůrná opatření při narušení schopnosti zletilého právně jednat. (I) předběžné prohlášení, (II) nápomoc při rozhodování, (III) zastoupení členem domácnosti, (IV) omezení svéprávnosti (zák. č. 89/2012 Sb. Občanský zákoník, § 38 – § 65).

I přesto, že lidé s mentálním znevýhodněním jsou v některých složitějších záležitostech v nevýhodě a potřebují různou míru pomoci jiné osoby, neznamená to, že nejsou schopni se rozhodovat. Je ovšem nezbytné, aby dostali informace v jim srozumitelné formě. Někteří lidé, zejména ti s lehčím stupněm mentální retardace, jsou schopni žít ve vlastním bytě s minimální podporou. Velmi záleží na přístupu asistentů. Ti by neměli lidi s mentálním postižením řídit, ale naopak podporovat je v tom, aby si zvládli o svém životě co nejvíce rozhodovat sami.

Důležitou možností pro člověka s mentálním postižením je získání placené práce. Zaměstnávání lidí s mentálním znevýhodněním je podporováno z několika hledisek. Jednak se jedná o důležitý zdroj příjmu, díky kterému není člověk s hendikepem závislý pouze na invalidním důchodu a na jiných sociálních dávkách, a potom zaměstnání je příležitost k rozvoji schopností, dovedností a sociálních vztahů.

Člověk s mentálním znevýhodněním si může vybrat z celé škály různých typů sociálních služeb. Pokud bydlí ve své původní rodině a hledá pouze denní (ambulantní) sociální službu, existuje centrum denních služeb nebo denní stacionář, popř. sociální rehabilitace či osobní asistence. Hledá-li pobytovou sociální službu, nabízí se chráněné bydlení, popř. domov pro osoby se zdravotním postižením. Je možné také využít terénní službu podpora samostatného bydlení. Podmínkou je, že člověk má svůj vlastní byt, do kterého asistent přichází pomoci s některými činnostmi.

1.3 Senioři

Kalvach (2012, s. 25) ve své publikaci Sociální gerontologie rozlišuje „stáří kalendářní, biologické a sociální“. U *biologického aspektu stárnutí* Kalvach (tamtéž) mluví o nevratných biologických změnách. Postupně se zhoršuje funkce tělesných orgánů, ubývá sil, dochází k fyzickým změnám aj. *Kalendářní stáří* je dáno věkem. Kalvach (tamtéž) uvádí 60 – 65 let jako začátek stáří. Dále píše, že věk ovšem sám o sobě nic nevyovídá o tom, v jaké kondici se člověk nachází, zda je výdělečně činný či nikoliv, zda žije aktivně se svojí rodinou, či se jedná o osamělého jedince. Upozorňuje, že mluví-li se o seniorech, nelze je hodnotit jako jednu homogenní skupinu, právě pro mnoho individuálních rozdílů mezi nimi. *Sociální stáří*, Kalvach uvádí, je dáno změnami v sociálních rolích, ve společenském postavení apod. Typickým příkladem je odchod do důchodu, pokles ekonomického zajištění, ovdovění, změna rolí v rodině, pokles veřejných a společenských aktivit, ztráta zájmů apod.

Jiný pohled nabízí Janečková (In Matoušek a kol., 2005, s. 163) v publikaci Sociální práce v praxi. Upřesňuje, že věk sám automaticky neznamená potřebu zvýšené péče. Tu směřujeme „... především k nejvíce ohroženým starým lidem, tedy osaměle žijícím, velmi starým (nad 80 let), propuštěným z nemocnice, dlouhodobě nemocným léčeným doma, křehkým a zmateným, trpícím demencí, depresí nebo seniorům s mentálním či jiným zdravotním znevýhodněním, žijícím v chudých čtvrtích nebo v nevyhovujících bytech, vystaveným špatnému zacházení, ponižování nebo segregaci ...“.

V roce 1982 Organizace spojených národů na Mezinárodním shromáždění přijala Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí a v roce 1991 byly OSN přijaty *zásady OSN pro seniory*. Vlády jednotlivých států jsou vybízeny, aby tyto zásady včlenily do vlastních domácích programů.

1. zásada – *účast na životě společnosti*: uznání stáří jako normální součásti života, kdy stále dochází k rozvoji osobnosti a senioři jsou platnými členy společnosti

2. zásada - *podíl na vytváření a využívání zdrojů*: senioři mají mít podíl na vytváření zdrojů ve společnosti, ale také na jejich užívání bez jakékoliv diskriminace

3. zásada – *důstojnost*: důraz na zachování důstojnosti ve stáří, a to zejména tehdy, když se senior stane nesoběstačným a závislým na péči jiné osoby

4. zásada – *nezávislost*: podpora zejména svobodného rozhodování seniorů v oblastech, jako je místo, kde chtějí žít, jak budou žít aj. stejně tak jako ostatní lidé mladšího věku

5. zásada – *péče*: právo seniora na optimální zdravotní a sociální péči, aby byla zachována jejich autonomie, ochrana a péče a to zejména v jejich přirozeném prostředí (www.geriatrie.cz).

I přesto, že ve stáří, zejména ve vysokém stáří, ubývají některé funkční schopnosti, přibývají různé fyzické a psychické změny a snižuje se soběstačnost, je nezbytné respektovat autonomii seniorů, zachovávat jejich důstojnost, a to zejména v případě, že se stávají zcela závislí na péči jiné osoby. Společnost by měla být otevřená seniorům dostupnými kvalitními službami a zároveň koncipovat veřejný prostor tak, aby mohl být seniory využíván. Stejně tak, jako se myslí na jiné věkové kategorie, je důležité myslet v tomto ohledu také na seniory. Samotný fakt, že jsou staří, ještě neznamená, že již nechtějí být součástí běžné veřejnosti, a že by měli být především v ústraní svých domovů. Mají potřebu zůstat platní, prospěšní, pokračovat v činnostech, které je celý život bavily a v prostředí jim dobře známém. To jsou aspekty, které mají vliv na kvalitu jejich života.

Tomeš (2011) ve své učebnici *Obory sociální péče* upozorňuje, že péče o seniory by měla být koncipována tak, aby bylo možné starého člověka udržet v jeho sociálním prostředí tak dlouho, jak to jen bude možné. Z tohoto důvodu, jak dále uvádí, by měly převažovat ambulantní a terénní sociální služby v poskytování péče o seniory.

Služby pro seniory jsou jednak zdravotní – akutní zdravotní péče, a pokud senioři nemohou z různých důvodů odejít do svého domova, přecházejí do oddělení lůžek

dlouhodobě nemocných (LDN) nebo do oddělení následné péče. Tato oddělení by měla být využívání pouze na nezbytně krátkou dobu. Není to prostředí, vhodné k dlouhodobému žití, člověk se zde ani při nejlepší vůli nemůže cítit jako ve svém domácím prostředí. Do zdravotních služeb se řadí také terénní ošetrovatelské služby a hospicové služby.

Druhou skupinou jsou pobytové sociální služby. Mezi ně patří domovy pro seniory, domy s pečovatelskou službou, popř. domovy pro osoby se zdravotním postižením, ojediněle to mohou být chráněná bydlení. Senioři mohou využívat také ambulantní služby, mezi které patří hlavně denní stacionáře. Existují také terénní sociální služby – pečovatelská služba, popř. poradenství pro seniory aj. Tyto služby mají velkou důležitost v tom, že pomáhají seniorům v jejich domácím prostředí a umožňují jim tak co nejdéle v něm setrvat.

2 Možné varianty chráněného bydlení

Tato kapitola popisuje dvě možné varianty chráněného bydlení. Varianta A charakterizuje současnou (skutečnou) podobu chráněného bydlení, bez možnosti péče o klienty v seniorském věku. Varianta B popisuje chráněné bydlení, které je rozšířeno o program pro seniory. Tato podoba chráněného bydlení zatím neexistuje. Mojí snahou a cílem je tuto podobu chráněného bydlení, které je doplněno o rozšiřující program pro seniory, uvést do praxe.

Obsahem kapitoly 2.1 je platný veřejný závazek chráněného bydlení, ve kterém několik let pracuji. Veřejný závazek je společná práce moje a mých kolegů. S jejich svolením jej uveřejňuji pro potřeby této práce.

2.1 Varianta A – pro dospělé klienty s věkovým omezením

Chráněné bydlení, jemuž jsme společně s klienty a týmem pracovníků vymysleli název „Můj 1 + 0“, se nachází v Plzeňském kraji. Jedná se o registrovanou sociální službu od roku 2008.

Kapacita chráněného bydlení je 10 klientů. Osm klientů bydlí v třípodlažním domě v běžné zástavbě v centru města. Dům je rozdělen do tří samostatných domácností o velikosti 2 + 1 a dvakrát 3 + 1. Každá domácnost má kuchyň, WC s koupelnou a jednolůžkové pokoje pro klienty. Dům je bariérový. Dva klienti bydlí v panelovém domě, v bytě 2 + 1, také v centru města. Panelový dům je vybaven výtahem, nicméně vchody do domu i byt jsou bariérové.

Posláním chráněného bydlení je poskytnout dospělým lidem s mentálním postižením bydlení ve skupinové domácnosti nebo individuálně s pomocí a podporou, a to především v oblastech péče o domácnost, řešení osobních záležitostí a udržování a navazování sociálních vztahů tak, aby mohli žít samostatněji, obdobně jako jejich vrstevníci (<http://www.diakoniezapad.cz/sluzby-diakonie-zapad/muj-1-0-pro-osoby-s-postizenim/>).

Cílová skupina je v chráněném bydlení vymezena takto: Dospělí lidé s mentálním postižením, v případné kombinaci s vysokofunkčním autismem, kteří chtějí žít samostatněji, ale vzhledem ke sníženým schopnostem v základních životních dovednostech k tomu potřebují bydlení s asistencí. V době příchodu musí být klient plnoletý. Služba je poskytována maximálně do 60 let věku (<http://www.diakoniezapad.cz/sluzby-diakonie-zapad/muj-1-0-pro-osoby-s-postizenim/>)

Pracovníci stanovili čtyři hlavní cíle chráněného bydlení, které pravidelně vyhodnocují:

- Prvním cílem je, aby klient převzal co nejvyšší možnou odpovědnost za péči o domácnost.
- Druhým cílem je, aby si klient zvládl v co největší možné míře obstarávat své osobní záležitosti.
- Třetím cílem je, aby si klient začal vytvářet a využívat vlastní podpůrnou sociální síť.
- Čtvrtým cílem je, aby si klient naplňoval své potřeby běžným způsobem obdobně jako jeho vrstevníci (např. v oblasti partnerských vztahů, získání placeného zaměstnání aj.). (<http://www.diakoniezapad.cz/sluzby-diakonie-zapad/muj-1-0-pro-osoby-s-postizenim/>)

Hlavními principy, kterými se pracovníci při poskytování péče a podpory klientům řídí, jsou:

- důraz na zachování lidské důstojnosti,
- partnerský přístup,
- podpora v samostatnosti,
- individuální přístup,
- podpora informovaného rozhodování, což v praxi znamená, že pracovníci jednájí tak, aby se uživatel vždy mohl informovaně rozhodnout, tzn., ověřují si, zda je mu jasný obsah, následky volby a vyplývající možná rizika (zdroj: tamtéž).

Z veřejného závazku je zřejmé, že chráněné bydlení v této podobě je určeno klientům v mladším a středním věku. Naplňuje hlavně jejich potřeby žít co nejsamostatněji, rozvíjet se, učit se novým věcem, vytvářet si a udržovat různé druhy vztahů vně chráněného bydlení, získat placenou práci aj.

2.2 Varianta B – s rozšiřujícím programem pro seniory

Chráněné bydlení s rozšiřujícím programem pro seniory ještě neexistuje. Cílem je tento program do chráněného bydlení, popsaného ve variantě A, zavést.

Díky rozšiřujícímu programu pro seniory bude původní poslání chráněného bydlení změněno. Hlavní rozdíl bude spočívat v orientaci nejen na klienty v produktivním věku, ale bude zdůrazněn také aspekt péče o klienty ve stáří a v době umírání. S touto

změnou bude souviset také způsob poskytování péče a podpory. Ta je doposud zaměřena hlavně na rozvíjení schopností a dovedností klientů. Zdůrazňována je samostatnost, rozvíjení vztahů apod. Nově se způsob poskytování péče a podpory bude také soustředit na co nejdelsí udržení získaných dovedností a schopností a vytvoření klidného a bezpečného prostředí pro klienty ve vysokém věku.

Novým posláním chráněného bydlení bude poskytnout dospělým lidem a seniorům s mentálním postižením bydlení ve skupinové domácnosti nebo individuálně s pomocí a podporou především v oblastech péče o domácnost, řešení osobních záležitostí a udržování a navazování sociálních vztahů, aby mohli žít samostatněji obdobně jako jejich vrstevníci. U klientů v seniorském věku se v maximální možné míře snažíme naplnit potřeby spojené se zvyšujícím se věkem a nakonec také naplňování potřeb souvisejících s umíráním. A to tak, aby za každých okolností byla zachována jejich lidská důstojnost a poslední životní fázi mohli klienti prožít v jim známém prostředí s blízkými lidmi.

Změněna bude rovněž charakteristika cílové skupiny. *Původní podoba* - dospělí lidé s mentálním postižením, v případné kombinaci s vysokofunkčním autismem, kteří ve svém produktivním věku chtějí žít samostatněji a vzhledem ke sníženým schopnostem v základních životních dovednostech k tomu potřebují bydlení s asistencí. *Bude nově doplněna* - senioři s mentálním postižením, v případné kombinaci s vysokofunkčním autismem, kteří žili v chráněném bydlení již v produktivním věku (služba není primárně určena nově přichozím seniorům), a kteří zde chtějí strávit také závěr svého života.

Původní cíle chráněného bydlení, které jsou uvedeny ve variantě A, budou rozšířeny o nové cíle v souvislosti s programem pro seniory:

- První cíl rozšířeného programu je poskytnout komplexní 24 hodinovou zdravotně sociální péči klientům.
- Druhým cílem je umožnit klientům prožít poslední fázi života co nejkvalitněji v důvěrně známém prostředí s blízkými lidmi.
- Třetím cílem je zajistit klientům možnost být stále včleňován do dění v chráněném bydlení, ale i v širším sociálním prostředí, a to podle jejich přání a možností.
- Čtvrtým cílem je garantovat klientům zachování důstojnosti, potřeby soukromí a možnosti rozhodovat o sobě samém a o způsobu péče a podpory.

3 Teoretické předpoklady rozšiřujícího programu pro seniory

Navrátil (2001) ve své publikaci *Teorie a metody sociální práce* považuje teorie jako důležitý zdroj profesionální identity sociálních pracovníků, a také jako jednu z podmínek pro výkon jejich práce a vzájemné komunikace. Dále zmiňovaný autor uvádí: „...užívání teorie však v prvé řadě usnadňuje praxi, protože specifikuje, co se má dělat a proč“. Je proto důležité, aby teorie a praxe byly v souladu, ne jako oddělené, na sobě nezávislé složky sociální práce (Navrátil, 2001, s. 25).

Citovaný autor dále píše, že profesionální výkon sociálního pracovníka by měl spočívat v aplikaci teorie do praxe při řešení situace klienta a při dosahování požadovaných změn. Dle autora sociální pracovník takové návody (v podobě různých teorií a postupů) potřebuje. Je velký rozdíl intervenovat na základě domněnek, intuice a pocitů sociálního pracovníka, nebo na základě znalostí jednotlivých teorií a orientace v potížích klienta a schopnosti přesné indikce postupů při dosahování požadovaných změn. První varianta, intervence bez znalosti teorie, je v sociální práci nebezpečná a ohrožuje klienty, v případě makrosociální práce pak i celou společnost, upozorňuje Navrátil (2001).

Teorií sociální práce je mnoho. Úkolem sociálního pracovníka je aplikovat poznatky z různých teorií na konkrétní situaci konkrétního klienta. Tento způsob práce – pečlivý výběr z teorií a jejich přizpůsobení konkrétní situaci, je tzv. eklektický.

V souvislosti s tématem mé práce jsem vybrala 5 teorií, ze kterých lze čerpat při zavádění programu pro seniory do praxe chráněného bydlení. Také jsou to teorie, které poskytují metodickou oporu v péči o seniory a o umírající.

3.1 Přístup orientovaný na klienta

Matoušek (2013, s. 20) v *Encyklopedii sociální práce* popisuje tento přístup jako takový, který vychází z předpokladu, že „...každý člověk má potenciál rozumět sobě a měnit své sebepojetí i chování. V podpůrné atmosféře terapeutického vztahu se tento potenciál aktivuje. Může pak být rozhodující silou, která přispívá ke změně klienta v opravdovou, celistvou osobnost.“

Sociální pracovník se orientuje na klientovy potřeby a přání. Vychází z předpokladu, že klient sám nejlépe ví, co cítí, jak by chtěl žít a jak by chtěl mít věci ve

svém životě, podle svých hodnot, uspořádané. Není to pomáhající pracovník, který ví, co je pro klienta nejlepší, ale je to klient, který si své záležitosti určuje. Pracovník má především umožňovat klientovi najít si jeho vlastní způsoby uspokojení potřeb, spíše než klienta stále vést. Pro klienta je tento přístup efektivní v tom, že podporuje jeho vlastní autonomní jednání.

Pörtner (2009) v publikaci Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči zdůrazňuje, že přístup orientovaný na klienta spočívá především v tom, že se hledá a vychází z toho, jaký konkrétní člověk je a jaké jsou jeho možnosti. Je podporován v tom, aby našel vlastní cesty k uspokojování svých potřeb, a aby jeho jedinečnost a přání byly brány vážně a s respektem. Co naopak do tohoto konceptu nepatří, upozorňuje Pörtner (tamtéž), jsou předem dané představy o tom, jaký by konkrétní jedinec měl být a co je od něj očekáváno bez ohledu na jeho osobitost. Hlavní principy, na kterých tento koncept práce s člověkem stojí, pokračuje zmíněný autor, jsou empatie, úcta k osobnosti a kongruence. Kongruenci je myšlena shoda v tom, co člověk prožívá, jak sebe sám vnímá a tím, jak se chová.

Na osobu zaměřený přístup má význam pro rozšiřující program pro seniory zejména ve zdůraznění autonomie člověka, která musí být respektována v jakémkoliv věku a jakékoliv životní situaci. A to i tehdy, když dochází v důsledku nemoci či vysokého stáří k částečné nebo úplné ztrátě schopností vyjádřit vlastní vůli a přání. I v této životní fázi musí být člověku umožněno mít kontrolu nad tím, co se v jeho životě děje, musí mu být umožněno rozhodovat se, kde bude žít a kdo a jak o něj bude pečovat.

Na zachování autonomie ve stáří kladou důraz mnozí odborníci. Šourek, expert projektu Rozvoj geriatrické a paliativní péče v pobytových zařízeních, který zároveň čerpá z vlastních zkušeností ze švýcarských organizací, říká, „...úkolem pečujících je pak najít způsoby a cesty, které vůli (třeba vyjádřenou i dříve) nebo pravděpodobné vůli dotyčné osoby stále odpovídají.“ (Šourek, časopis Sociální služby, ročník XVIII., str. 26).

S tématem mé práce a s konceptem zaměřeným na člověka souvisí i institut dříve vyjádřených přání. V České republice existuje od roku 2001. V cizině běžně užívaný zejména u starých lidí, kteří chtějí, aby se postupovalo při léčbě podle jejich přání i v době, až se nebudou schopni sami dostatečně vyjádřit. V českém prostředí se zatím o této možnosti příliš neví, proto by se o této problematice mělo více hovořit a zavádět ji do praxe. V zahraničí je tato praxe mnohem běžnější. Svědčí o tom například přijatý oficiální dokument *Pět přání (Five Wishes)*, který vydala americká nezisková organizace, a byl postupně přijat ve většině států USA. Dokument Pět přání umožňuje lidem vyjádřit

předem, jak chtějí, aby s nimi bylo zacházeno v době, kdy budou vážně nemocní a nebudou již schopni svoje přání prosadit. Mohou zde vyjádřit jejich fyzické, emocionální, spirituální potřeby, ale také, jaké si přejí, či nepřejí zdravotnické zásahy, kdo z blízkých má dostat informace o zdravotním stavu aj. (<https://agingwithdignity.org>)

Holmerová (2007) tento dokument zmiňuje ve své publikaci Vybrané kapitoly z gerontologie. Vystihuje cíl dokumentu, kterým je ochrana lidské důstojnosti a autonomie v situacích, kdy fyzický a psychický stav člověku již nedovoluje plně se o sobě rozhodovat. Pomáhá lépe plánovat individuální péči o tyto osoby.

Domnívám se, že tento dokument by pro české poskytovatele sociálních a zdravotně sociálních služeb mohl sloužit jako inspirace, ze které lze čerpat v zájmu lidí, vyžadujících dlouhodobou péči.

3.2 Hodnocení potřeb podle Pessu-Boyden terapie

„Jedná se o přístup, který je založen na předpokladu, že každý jedinec je po narození vybaven určitým očekáváním toho, co bytostně potřebuje najít ve svém životě a má energii, která ho nutí nasycovat své základní potřeby“ (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 71-72).

Důležité vývojové potřeby (místa, sycení, limitů, bezpečí a podpory) je nutné uspokojovat v průběhu celého života. Když tento proces probíhá dobře, je předpoklad, že člověk lépe zvládne situace, kdy přijde nějaké ohrožení (např. úbytek schopností a dovedností, ztráta samostatnosti ve stáří apod.). U některých lidí se zdravotním znevýhodněním, kteří mají zkušenosti s pobytem v ústavních zařízeních a s péčí mimo domov, od útlého dětství bez pevných vazeb na svoje rodiče, lze se oprávněně domnívat, že mechanismus uspokojivého naplňování vývojových potřeb neproběhlo správně, což se může projevat v podobě pocitů zoufalství, strachu aj. Velmi malé dítě jen čerpá, aby své potřeby naplnilo. Větší dospívající děti už zvládají sami sobě zajišťovat naplnění potřeb a konečně dospělý jedinec zvládá uspokojovat svoje vlastní potřeby, a navíc je schopen zajišťovat potřeby druhých. Pessu-Boyden přístup může pomoci v hledání prázdných míst a nenaplněných potřeb a pokusit se tyto potřeby dosytit, případně alespoň nezraňovat ještě více (nevykořeňovat klienty z místa, na které jsou zvyklí, neměnit pokud možno pečovatele, na které jsou zvyklí aj.) Zdroj: vlastní poznámky z přednášek O. Havránkové.

Potřeba místa – klienti, zejména senioři, mohou být citliví na zásahy zvenčí, pokud je jim zbytečně přemísťováno věcmi jinak, než jsou zvyklí aj. „...Často personál

nerozumí tomu, proč si senior má tendenci dávat do lůžka nebo na dosah ruky své osobní věci. Senior si tak může sytit potřebu místa právě takto, pokud jej okolnosti a snížená schopnost mobility donutí trávit většinu času v lůžku. Senior může mít také zvýšenou potřebu mentálního místa v srdcích blízkých lidí...“ (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 72).

Potřeba bezpečí - jedná se o důležitou potřebu cítit se v bezpečí, mít primární důvěru v to, že svět je dobrý. Důležité je jak měl člověk tuto potřebu naplněnu už v dětství, právě v náruči matky a jiných blízkých lidí. „Starý člověk potřebuje jistotu, že se o něj dokážeme dobře postarat a že ho přijímáme bez hodnocení jeho nedostatků, že chápeme jeho možnosti. Bezpečné prostředí seniorovi umožňuje být sám sebou a věřit, že mu bude nabídnuto správné řešení a pomoc...“ (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 73).

Potřeba podpory – ve stáří je důležitá podpora zejména v oblasti tělesné, citové, finanční i společenské (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Potřeba výživy – není zde myšlena pouze strava, ale i vhodné podněty, informace kterým člověk rozumí, vztahy aj. V opačném případě se dostavuje pocit prázdnoty a pocit ztráty smyslu.

Potřeba limitů – tuto potřebu citované autorky (2008, s. 73) vysvětlují takto: „...být limitován si můžeme vysvětlit jako být definován, to jest vědět, kdo jsem a kdo nejsem...“

Člověk s dobře naplněnou potřebou ví, odkud kam může působit on, a kde je již prostor druhého člověka. „Ve stáří také člověk potřebuje znát a objevit hranice svých možností, co dokáže, co umí, co vydrží, co potřebuje ...“ (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 73).

Naplnění potřeby limitů si lze uvědomit i v případě náročných situací, kdy je lze prožívat s vědomím, že i ta nejtěžší situace má svá omezení a jednou skončí. Zdroj: vlastní poznámky z přednášek O. Havránkové.

3.3 Sociálně - ekologický model

Jedná se o přístup, který při sociální práci s klientem bere v úvahu také prostředí, které ho obklopuje a ve kterém žije. Nejčastěji je to nejbližší rodina, širší rodinné vztahy, komunita, sousedství, instituce, běžné veřejné služby ve městě, škola apod. Sociálně - ekologický přístup pracuje s oběma perspektivami, a to s okolím, ve kterém člověk žije a které na člověka působí a formuje ho, a naopak, člověk může působit na okolní prostředí a tím ho i ovlivňovat a měnit. Oboje, jak člověk, tak prostředí, má různé požadavky a

očekávání od sebe navzájem. Sociální pracovník pak musí umět tyto dvojí požadavky a očekávání sladit, propojovat a předvídat možné dopady. Jde o efektivní východisko práce s jednotlivcem v sociální práci, protože se při řešení klientovy situace berou do úvahy komplexní vztahy jedince a prostředí. Zdroj: vlastní zápisky z přednášek P. Kodymové.

Matoušek (2013) v Encyklopedii sociální práce vidí jako vhodné, pokud se při zavádění nového programu pracuje také s okolním prostředím, s komunitou, s blízkými lidmi klienta. Uvádí, že takový program má větší šanci na úspěch, než program, který okolní prostředí a vztahy vůbec nebere do úvahy.

Bronfenbrenner představuje sociálně - ekologický model jako navzájem do sebe zapadající systémy, které člověka obklopují, doslova říká jako ruská matřjoška, jeden pasuje do druhého a všechny jedince obklopují a ovlivňují. Jednotlivé systémy se také ovlivňují navzájem. Mluví o pěti strukturách, které jdou z vnějšku až k té poslední vnitřní. Nazývá je mikrosystém, což je nejbližší okolí člověka – rodina, přátelé, škola aj. Mezosystém představuje vztahy mezi jednotlivými objekty v mikrosystému. Exosystém, ve kterém jedinec není sám osobně aktérem, ale i přesto je tímto systémem ovlivněn, např. zaměstnání rodičů často může v mnoha směrech dítě ovlivňovat, jako rodiče jsou ovlivněni vztahy mezi školou a skupinou vrstevníků dítěte. A nakonec makrosystém, který reprezentuje různé vzory chování, kulturně zakotvené principy, pravidla, která ovlivňují život člověka. (<http://www.psy.cmu.edu/~sieglers/35bronfenbrenner94.pdf>)

Sociálně - ekologickým modelem a z toho plynoucí otázkou, jak prostředí ovlivňuje jedince, se zabývá Kalvach (2014) v publikaci Sociální gerontologie. Klade si otázku, jakou roli hrají sousedské vztahy při subjektivním hodnocení kvality života seniorů, přičemž čerpá z výsledků výzkumu Vidovičové. I přesto, že se v českém prostředí nezdá, že by fenomén sousedské výpomoci hrál podstatnější roli, a že právě sousedé by byli ve větším měřítku označováni za osoby, od kterých očekávají pomoc, přesto případná absence dobrých sousedů zhoršuje subjektivní pocit osamělosti. Z čehož vyplývá, že je nutné brát v potaz bezprostřední sociální okolí klientů, které, jak je vidět, pozitivně mění subjektivní hodnocení spokojenosti.

Práce s klienty v chráněném bydlení v duchu sociálně - ekologického modelu spočívá ve spolupráci s veřejností jako s důležitým partnerem, poskytující jak formální, tak neformální pomoc. Sousedé, ostatní obyvatelé města, pracovníci místních úřadů pomáhají klientům vytvářet různé vazby a různé typy sociálních vztahů. Právě s navazováním vztahů a s pocitem osamělosti mají klienti často problémy, proto podpora a otevřenost veřejnosti jim pomáhá tyto bariéry překonávat.

V rozšiřujícím programu pro seniory hraje sociálně – ekologický pohled důležitou roli. Ukazuje, že senioři a jejich prostředí by měli být v recipročním vztahu. Díky vzájemnému působení jeden na druhého se mohou zlepšovat podmínky pro život a také stárnutí v komunitě. Senioři tím, že chtějí stárnout v místě svého dlouhodobého bydlení „*ageing in place*“, dávají různými způsoby najevo, že je nutné, aby ve svém okolí měli služby a další zdroje, které jim jejich volbu – setrvat ve svém prostředí – umožní. Potřebují fungující běžně dostupné veřejné služby, ale i podpůrné odborné služby, prostředí bez bariér, respektující postoje ostatních obyvatel. Na druhou stranu dobře připravené a vybavené město (komunita) pomáhá ovlivňovat postoje seniorů a dodává jim naději, že mohou ve stáří zůstat doma, že není nutné se stěhovat do speciálně vybaveného prostředí. Dobře vybavená a otevřená komunita mění postoje nejen seniorů, ale i ostatních lidí, kterých se tato problematika zatím netýká. Změna v myšlení je možná jen tam, kde je komunita vybavena širokým spektrem podpůrných služeb a je otevřená k podnětům a diskusím. Takové prostředí dává jistotu, že každý, kdo se rozhodne stárnout ve svém domově, najde, co potřebuje a nebude ohrožena kvalita jeho života. Stáří je přirozená část lidského života a senioři patří do běžného prostředí měst a obcí. Stěhování do ústavního prostředí by mělo být jen jednou z možností, nikoliv nutností z důvodu nepřipravenosti okolního prostředí. (<http://aginginplace.com/featured/assisted-living/>)

3.4 Antiopresivní přístup, ageismus

Jde o přístup, který se snaží opresi (diskriminaci, znevýhodnění, utlačování) v sociální práci rozpoznat a používat účinné přístupy, které by opresi zamezily (Navrátil In Matoušek, 2013).

Neil Thompson (2000) upozorňuje, že sociální pracovník si musí při své práci být vědom případné diskriminace vůči lidem, se kterými pracuje. Musí brát do úvahy, že klienti mohou být vystaveni riziku diskriminace pro jejich zranitelnější postavení. Nejčastěji z důvodu věku, pohlaví, zdravotního znevýhodnění, národnosti, sexuální orientace, sociálního postavení apod. Pokud sociální pracovník diskriminaci neumí rozpoznat, nebo si neuvědomuje a následně nevidí potenciální rizika, nemůže být dobrý profesionál, dokonce může klientům spíše uškodit, než pomoci.

Navrátil uvádí tři imperativy podle Thompsona: spravedlnost, rovnost a participace, jež jsou nutné v odstraňování diskriminace a nerovného postavení (Navrátil In Matoušek 2012).

Spravedlnost znamená, že každý musí mít zaručená stejná práva a s každým bude podle práva stejně jednáno.

V případě rovnosti Tomeš (2010, s. 148) uvádí „...rovnost znamená, že jedna lidská bytost si je s jinou lidskou bytostí rovna rozsahem a kvalitou svých sociálních práv ...“. Dále ovšem citovaný autor (tamtéž) upozorňuje na rozdíl mezi rovností a stejností. Zdůrazňuje, že lidé nejsou stejní, jsou skupiny lidí, kteří potřebují upravit podmínky, aby měli rovné šance a příležitosti jako ostatní. Nelze jednat s každým stejně, je nutné brát v úvahu specifické potřeby jednotlivců.

K participaci se Tomeš (2010) vyjadřuje jako o účasti klienta na veškerém rozhodování, které se ho týká, což je nutný předpoklad pro nediskriminující chování. S tím souvisí princip autonomie ve smyslu rozhodování o vlastním životě. Člověk ve znevýhodněné situaci musí být podporován k tomu, aby získal moc a kontrolu nad vlastním životem, ne aby bylo rozhodováno o něm bez něj.

Diskriminace má různé formy. S tématem této práce souvisí především věková diskriminace - ageismus. Vidovičová ve své práci uvádí tuto definici. „...Ageismus je ideologie založená 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 generaci...“ (Vidovičová, Rabušic, 2005, s. 6).

Vidovičová (tamtéž) dále ve své práci uvádí, že na rozdíl od rasové diskriminace nebo diskriminace založené na pohlaví, diskriminace založená na věku se mění v čase. Z diskriminujícího (v mladším věku) se může časem stát diskriminovaný, dále, že věková diskriminace se může dotýkat každého. Dále upozorňuje na velmi jemné nuance toho, co je ageismus a co není, resp. co je přípustné a co by povolené být nemělo. Což není vždy snadné rozlišit. Příkladem může být to, že není přípustné zmiňovat věk, pokud např. zaměstnavatel zvažuje, zda jedinec na práci stačí či nikoliv, ale na druhou stranu je žádoucí určitá senzitivita vzhledem k měnícím se potřebám souvisejícím s věkem. Často až z dalšího zkoumání souvislostí a skutečných důvodů lze posoudit, zda se jednalo o ageistický motiv či nikoliv.

Z výzkumu, který Vidovičová spolu s Rabušicem provedli, se ukazuje, že česká společnost je v různých souvislostech ageistická. Např. z výzkumu vyplynulo, že věk hraje roli při ucházení se o zaměstnání, že panuje ve společnosti přesvědčení, že stáří je období, kterého bychom se měli obávat, neperspektivní a nepřináší nic dobrého. Výzkum

také ukázal kvalitativně rozdílný přístup k různým věkovým skupinám ve zdravotnictví a v sociálních službách, a to jak skrytě tak zjevně (Vidovičová, Rabušic, 2005).

Závěrem na základě výsledků z výzkumu Vidovičová předkládá několik obecných doporučení, které by mohly vést ke zmírnění projevů ageismu.

- Vytvořit inkluzivní společnost, kde různé činnosti nebudou záviset na věku, ale budou běžné v průběhu celého života.
- Možnost flexibilního odcházení do důchodu a možnost celoživotního vzdělávání.
- Podpora mezigeneračního dialogu.
- Komplexní antidiskriminační opatření, která zamezí vyřazování lidí z trhu práce na základě věku.
- Změny v prezentování stáří v médiích – vyvarování se zažitých stereotypů, jež prezentují stáří jako něco, na co se nikdo netěší a je to v podstatě konec všeho dobrého.

(Vidovičová, Rabušic, 2005)

3.5 Validační terapie

Jedná se o koncept, který má mnoho společného s přístupem zaměřeným na člověka. Svědčí o tom zásady validace, jež jsou si velmi podobné právě s koncepcí zaměřenou na člověka.

Pörtner (2009, s. 142) ve své publikaci vyjmenovává tyto zásady: „... brát (člověka) vážně, zabývat se (jeho) prožíváním, podporovat svébytnost a poskytovat opěrné body pro samostatné jednání ...“.

Validaci lze česky vyjádřit jako potvrzení platnosti, ověření, ocenění. Haškovcová (2012) popisuje validaci jako terapeutickou metodu, která se zabývá individuálními potřebami člověka, emočním prožíváním reality a používá empatickou komunikaci, a to především s velmi starými lidmi, kteří trpí ztrátou orientace v důsledku psychického onemocnění, zejména demence. Cílem je potvrzení, tedy validace, jeho prožívání, které je vlivem nemoci často změněné oproti normálu, což vede k důležitému pocitu bezpečí, zmírňuje úzkosti, zvyšuje sebehodnocení, čímž se pomáhá obnovovat lidská důstojnost.

Janečková (In Matoušek, 2013) popisuje klady metody validace v přístupu pracovníka ke klientovi. Klient je přijímán takový, jaký je, i s jeho někdy vyhrcovanými

emocemi a nestandardním chováním. Asistenti a jiní blízcí se snaží empaticky a s respektem pochopit, co prožívá a co chce sdělit, nikoliv mu jeho pocity vyvracet či jej autoritativně v jeho projevech zastavit. Smyslem validačního přístupu je navázat funkční komunikaci s dezorientovanými lidmi v seniorském věku spojenou s hlubokou empatií, porozuměním a respektem, podporující sebevědomí a jistotu a snižující stres a napětí.

Janečková a Nentvichová Novotná ve své práci popisují, jak přesně validaci provádět. Předně uvádí, že jde o soubor technik a komunikačních dovedností, díky kterým může pracovník navázat kontakt s lidmi, kteří jsou uzavřeni ve svém vnitřním světě s pocity strachu a bezmoci. Jako základní východisko, nezbytné pro navázání vztahu je, aby se validující pracovník vcítil do pocitů starého dezorientovaného člověka a plně se soustředil na jeho osobu. A také aby se odpoutal od svých očekávání a někdy i soudů a bral klienta takového, jaký je, i se všemi zvláštnostmi. Potom teprve mohou následovat specifické techniky, upozorňuje Janečková a Nentvichová Novotná. Některé vybrané techniky:

- Používání věcných otázek: jedná se o otázky na fakta začínající zájmeny „kdo, co, kdy, kde“, která dodávají seniorům pocit vážnosti a sebeúcty. Naopak otázka začínající „proč“, spíše vyžaduje úsudek a pochopení situace, což je mnohem složitější, navíc to seniory může vystavovat konfrontaci s jejich pocity, což vyvolává jejich stažení.
- Opakování a přeformulování: validující svými slovy opakuje, co od klienta slyší. Přebírá také tón hlasu, držení těla, výraz obličeje. Klientovi toto často pomáhá v tom, že slyší opakování jeho slov. Validující pracovník si musí dávat pozor na to, aby přehrávání bylo upřímné, aby nedošlo k pocitu, že klienta zesměšňuje.
- Vzpomínání: technika, která umožňuje prozkoumat minulost a aktivovat obranné mechanismy, které dříve klientovi fungovaly. Tím validující pracovník pomůže klientovi zvládat současné problémy nebo ztráty.
- Doteky: pomáhají v navázání kontaktu zejména u lidí s problémy v komunikaci, ve vnímání vlastního těla.
- Upřímný, blízký oční kontakt: soustředěný a upřímný oční kontakt prožívají senioři ve vysokém stáří a dezorientovaní velmi dobře, většinou takový kontakt sami vyhledávají. Vyvolává v nich pocit přijetí, bezpečí, uklidnění.

- Pozorování a zrcadlení: zrcadlením pohybů, hlasu, polohy těla, podporuje validující pracovník důvěru u klienta, dává mu najevo jeho porozumění a přijetí.
- Užívání hudby: hudba a známé verše mohou připomenout klientovi dávné prožitky a emoce.

Technik je ještě více. Validující pracovník některé z nich užívá každodenně při práci se seniory, některé cíleně na při intenzivní validaci, která by měla probíhat alespoň třikrát týdně. Důležité je, aby žádné chování, potřeby a projevy seniora nebyly devalvovány, naopak, aby byly považovány za platné, důležité, hodné veškeré pozornosti. (Janečková, H., Nentvichová Novotná, R.)

4 Další východiska podporující rozšiřující program pro seniory

Cílem kapitoly 4.1 a 4.2 je prezentovat další východiska, vedle teoretických předpokladů, o kterých byla řeč ve třetí kapitole. Jednak jsem zvolila problematiku potřeb seniorů, a potom závěry některých výzkumů na dané téma, které byly realizovány jak v ČR, tak v zahraničí. Domnívám se, že jsou to další fakta, která mohou sloužit jako opora pro zavádění rozšiřující program pro seniory.

4.1 Potřeby lidí ve stáří

Se zvyšujícím se věkem klientů se mění také jejich potřeby. Kalvach a Wija (2011) ve své publikaci upozorňují na velkou heterogenitu seniorů, což znamená, že také jejich potřeby jsou různorodé. S vědomím toho, že potřeby se mohou u jednotlivých seniorů velmi lišit, uvedu zde výběr jejich nejčastějších potřeb, kterých si musí být pracovník, poskytující péči, vědom. Zmínění autoři rozdělují seniory do několika skupin, od seniorů elitních, po zcela závislé na péči a umírající. V této kapitole se budu zabývat především potřebami seniorů, kteří potřebují maximální péči, tedy těmi, co patří do skupiny *závislí na péči a umírající*. Předpokládám, že právě tyto seniory budou nejčastějšími klienty rozšiřujícího programu pro seniory. Potřeby seniorů elitních a nezávislých se pravděpodobně nebudou příliš lišit od potřeb klientů v produktivním věku, proto se o nich v této kapitole nebudu zmiňovat.

Cílem kapitoly je zpřehlednit konkrétní potřeby lidí ve vysokém věku a upozornit na to, že naplnění některých potřeb může být ohroženo v důsledku necitlivého rozhodování za seniory, manipulace s nimi a stěhování v době, kdy jsou již velmi křehcí a zranitelní. Při studiu nejčastějších potřeb je patrné, jak důležité, je pro seniory setrvat v prostředí na které jsou zvyklí, jak významné jsou pro ně vztahy s blízkými lidmi a jak nezbytné je ponechat jim za každé situace jejich autonomii.

Dokládá to geriatr a gerontolog Z. Kalvach v publikaci o bydlení seniorů „...při stěhování křehkých starých lidí je třeba pamatovat, že jde obvykle o závažný adaptační stres, který zvláště u lidí s kognitivním deficitem může navodit tzv. syndrom z přemístění (azylový syndrom) s apatií, zmateností a/nebo poruchami chování včetně bloudění. Adaptace na přestěhování může trvat až dva roky...“ (Kalvach In O bydlení seniorů, Diakonie ČCE, 2009, str. 24).

Uvedu výběr potřeb podle Příbyla (2015), který je ve své knize Lidské potřeby ve stáří rozděluje na základě kvalitativního šetření takto:

a) *Potřeba autonomie* ve smyslu svobodně se rozhodovat o osobních záležitostech a o svém životě, včetně toho, kde bude žít na konci svého života, jakou péči bude čerpat aj. K této potřebě patří požadavek informovanosti. Senior potřebuje mít pocit, že je kompetentní zasahovat do chodu svého bydlení.

b) *Potřeba blízkých lidí kolem sebe*, vztahů, pocit, že má klient - senior mezi svými lidmi svoji nezastupitelnou roli, pocit zázemí jak ve svém domově, tak v širší komunitě lidí ve svém bydlišti. S tím úzce souvisí pocit participace a sounáležitosti, opakem a častým zdrojem stresu je ztracenost a osamocení v neznámém prostředí mezi lidmi, které senior nezná. Ve vysokém věku je pro seniory mnohem náročnější vytvářet si důvěrné, blízké vztahy.

c) *Potřeba srozumitelné komunikace*, nikoliv však infantilizující komunikace. Lidé ve vysokém věku (obzvláště senioři s mentálním znevýhodněním) často potřebují čas na vyjádření toho, co chtějí sdělit. Chybou je, že tazající vlastně ani na aktivní odpověď nečeká. Nenaplnění této potřeby se stává hlavně ve velkých institucích sociální péče nebo zdravotnických zařízeních, kde na velký počet klientů je malý počet zaměstnanců. Zaměstnanci, i kdyby chtěli, nemají čas věnovat klientům tolik času, kolik potřebují. Velmi důležité je naslouchat přání a potřebám klientů v době umírání. Musí stále být respektován princip autonomie, aby i v takových chvílích měli klienti situaci ve svých rukou a neměli pocit, že rozhodování převzal někdo jiný.

d) *V bydlení se naplňuje potřeba jistoty a bezpečí*. Pociť, že někam patří, že mají své „doma“ je nezbytné pro psychickou pohodu. Bydlení, ve kterém senior bydlel mnoho let, je místo, ke kterému má citovou vazbu. Je to místo setkávání se s blízkými lidmi, ale také místo pro soukromí, místo, kde je sám svým pánem. Zkušenost s institucemi pro seniory je často taková, že soukromí je narušováno, popřípadě zcela chybí. Pokoje pro klienty jsou často vícelůžkové, chybí také prostory, kde by mohli nerušeně přijímat návštěvy. Příbyl (2015, s. 79) doslova píše: „...samotné přestěhování do domova pro seniory je pro starého člověka velmi náročné a stresující. Je v novém prostředí, s novými lidmi, je zde zaveden nějaký řád, kterému se musí přizpůsobit...“.

e) *Potřeba sebeúcty a důstojnosti* je v době nízké, později téměř žádné soběstačnosti významnou měrou ovlivněna pečujícími osobami. V tomto kontextu může velmi často docházet k poškozování pocitu sebeúcty, a to zejména ve velkých ústavních zařízeních. Ne snad nedostatečností personálu, ale samo ústavní prostředí zavdává příležitosti pro nedodržování dostatečné intimity seniorů. Netrpělivost ze strany personálu

a spěch z nedostatku času při velkém počtu klientů přináší nedostatek komunikace, přehlédnutí individuálních přání seniorů, nedůstojné oslovování, bránění činnostem, které seniorům sice vyhovují, ale vyžadovalo by to individuální přístup aj. Senior se snadno ocitá v pocitech bezmoci, bezcennosti s narůstající úzkostí a ztrátě smyslu svého bytí.

Sebeúcta a důstojnost se lépe chrání v prostředí vlastní domácnosti, s lidmi, které senior zná, a kterým důvěřuje a v prostředí, kde je senior se svými potřebami jedinečný a často jediný. Pečující mají kapacitu na slušné a empatické zacházení s klientem, který se stává čím dál tím méně soběstačným. Ujišťují ho tak v pocitu vlastní hodnoty, že i v době, kdy potřebuje téměř stoprocentní péči, má jeho život smysl. Je rozdíl, zda jeden zaměstnanec musí poskytnout péči a komfort 15 až 20 seniorům v zařízení, kde je dohromady několik desítek klientů, anebo v domácnosti, kde jsou tři klienti, z toho jeden v seniorském věku potřebující vysokou míru péče.

f) Duchovní potřeby nejsou jen otázkou věřících, zdůrazňuje Příbyl (2015). Výraznou roli mají pojmy jako naděje, smysl prožitého života, ale i smysl současnosti, kdy se životní cesta chýlí ke konci, zdraví již není dobré, a závislost na jiných lidech se zvyšuje. Je rovněž důležitý fenomén odpuštění, a to ve smyslu potřeby odpustit svým blízkým, zároveň i sám sobě, aby získal vnitřní klid. To všechno jsou otázky, na které senior pravděpodobně chce hledat odpovědi a o kterých chce přemýšlet. Naopak popírání těchto témat, vytěsňování, protože není nikdo, s kým by o tom mohl klient promluvit, přivádí seniora často do apatie, sklíčenosti a může velmi trpět.

Všechny informace z této kapitoly jsem čerpala z knihy *Lidské potřeby ve stáří* od H. Příbyla (2015).

Smyslem této kapitoly nebylo obsáhnout všechny potřeby lidí v seniorském věku, ale vybrat hlavně ty, které jsou zásadní v rámci poskytování péče seniorům.

4.2 Závěry realizovaných výzkumů v ČR i v zahraničí

V posledních několika letech probíhaly různé výzkumy, které se zabývaly potřebami osob ve vysokém stáří, péčí o seniory a o umírající. Výzkumy jsou zaměřeny hlavně na otázky a problematiku možnosti výběru místa, kde si lidé přejí zemřít, jakou by si na konci života přáli péči, a kdo by ji měl poskytovat a další.

Obsáhlé výzkumy provedla nestátní nezisková organizace *Cesta domů* ve spolupráci s agenturou STEM/MARK. Zaměřují se především na otázky, jak lidé uvažují o tématu umírání, jak a kde by si přáli zemřít, jak by měla vypadat péče o sebe samé aj.

Zároveň ve svých výzkumech zjišťují, jaká je realita a přinášejí návrhy na změnu. Výzkum s názvem *Umírání a péče o nevléčitelně nemocné* proběhl již třikrát za sebou, poslední v roce 2015, který byl zaměřen na problematiku dříve vyslovených přání.

Uvedu několik dat z předposledního výzkumu z roku 2013. Čerpat budu z informačního portálu www.umirani.cz.

Většina populace (74%) si myslí, že téma umírání a smrti je tabuizováno, společnost se tomuto tématu vyhýbá a není mu věnován dostatečný prostor. Ze strany zdravotníků má tento názor až 91% z nich. Až 61 % populace nikdy s nikým nemluvalo o tom, jak by si péči o sebe samé v době umírání představovali. Ti, kteří mají zkušenost vlastní nemoci, naopak mají menší zábrany o tématu smrti hovořit.

Stejně jako výzkum z roku 2011 i o dva roky později potvrdil, že většina lidí si přeje zemřít v domácím prostředí (78%). Jako druhé nejpříjemnější místo umírání respondenti uvedli nemocnici (11%). Naopak nejméně přijatelným místem, kde by chtěli strávit poslední dny svého života, byla léčebna dlouhodobě nemocných (69%).

Následující data se oproti roku 2011 také příliš nezměnila, a to v otázce, čeho se lidé na sklonku života nejvíce obávají. Ztráta důstojnosti (47%), bolesti (41%), odloučení od blízkých (28%) a osamocení (21%).

Naprostá většina populace (84%) zastává postoj, že o nevléčitelně nemocného / umírajícího člověka, který potřebuje pomoc druhé osoby, se nejlépe postará osoba blízká v domácím prostředí společně s podporou profesionálů přicházejících do domácnosti. Většina se rovněž shodne na tom, že umírající člověk potřebuje klid a blízkost „svých“ lidí, což prostředí nemocnice stěží zajistí. S tím souvisí také to, že většina si myslí, že je možné pečovat o nevléčitelně nemocného / umírajícího doma (30% - rozhodně ano, 47% - spíše ano).

V případě péče o umírajícího doma, respondenti vidí tyto překážky: strach z vlastního selhání (37%), že se jedná o příliš velkou zátěž pro ostatní členy domácnosti (31%), finanční důvody, je to drahé (23%), obava z toho, že pečující není zdravotník, aby uměl odborně pomoci (21%). (<http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>)

Organizace Cesta domů uvádí: „V České republice ročně zemře přibližně 105 000 lidí, 60 % v nemocnici a 9 % v nemocnici dlouhodobé péče. Většina chce zemřít doma, ale jak data ukazují, většině se toto přání nevyplní.“ (<http://www.umirani.cz/data#kestazeni>)

Také v zahraničí proběhlo několik výzkumů na toto téma. Výsledky z některých z nich shrnuje E. Dragomirecká v publikaci Rozvoj hospicové péče a její bariéry (Dragomirecká In Tomeš a kol., 2015).

Výzkum Velké Británie ve spolupráci s organizací Sue Ryder, který proběhl v roce 2013. Autoři výzkumu konstatují: „... preference veřejnosti ohledně místa, kde chtějí zemřít, jsou v současnosti známy a využívány jako podklad pro návrh kvalitní paliativní péče, včetně návrhu, aby podíl osob, které zemřely na místě, které preferovaly, sloužil jako indikátor kvality péče“ (Dragomirecká In Tomeš a kol., 2015, s. 102).

Dragomirecká dále v publikaci uvádí, že autoři zmíněného výzkumu se zabývají tím, co ovlivňuje výběr preferovaného místa posledních dnů člověka. Výsledky výzkumu ukázaly, že 63% respondentů si přeje zemřít doma. Nejčastější důvody proč tomu tak je, se uvádí domácí prostředí, přítomnost blízkých lidí, možnost být obklopen svými věcmi, zachování důstojnosti a soukromí. Výsledky výzkumu také ukázaly, že většina respondentů míní, že domácí prostředí nezaručuje kontrolu bolesti, pomoc profesionálního pečovatele a pomoc zdravotníka. 28% respondentů by volilo hospic jako místo, kde chtějí zemřít. Oproti domácímu prostředí, hospic jim dával jistotu profesionálních pracovníků a lepší kontrolu bolesti. Ti kdo měli nějakou zkušenost s hospici, kladně hodnotili příjemnou a klidnou atmosféru. 8% respondentů by chtělo zemřít v nemocnici, jako klad viděli rychlou dostupnost profesionální péče a dobrou kontrolu bolesti, ale také že v nemocnici se nachází mezi lidmi, které spojuje stejná životní situace.

Respondenti uvedli, že jako nejdůležitější vidí absenci bolesti v době umírání (78% respondentů), přítomnost blízkých osob (71%), zachování důstojnosti a soukromí (53%) a domácí prostředí s klidnou atmosférou (45%). (Dragomirecká In Tomeš a kol., 2015)

Ve stejné publikaci citovaná autorka zmiňuje další výzkum, který proběhl v Irsku v roce 2005. Výsledky tohoto výzkumu jsou velmi podobné předchozím citovaným výsledkům jiných výzkumů. Domácí prostředí jako místo svých posledních chvil si přeje 67% respondentů, nemocnici 10% a hospic 10%. Autoři, jak dále Dragomirecká popisuje, srovnávají tyto představy a přání respondentů se skutečností. Z výsledků vyplývá, že doma zemřelo pouze 25% lidí, zatímco v nemocnici 57,5% osob.

Preferenci místa ovlivňuje dostupnost péče. Autoři se domnívají, že někteří respondenti preferují jako místo svých posledních dnů nemocnici proto, že to je jejich

odhad toho, jaká péče je k dispozici. Reálnost tohoto odhadu pak závisí na informovanosti, ale také na tom, jaké služby jsou v okolí respondenta reálně dostupné.

„Za nejpodstatnější v případě vlastního umírání respondenti považovali přítomnost blízkých osob, úlevu od bolesti, být při vědomí a schopný komunikovat, být doma, dostupnost potřebných zdravotních a sociálních služeb, duchovní podporu a potřebu soukromí...“ (Dragomirecká In Tomeš a kol., 2015, s. 105).

5 Zkušenosti s obdobným programem v zahraničí

5.1 Velká Británie

Platný systém sociální a zdravotně sociální péče ve Velké Británii se od sociálního systému České republiky liší. Oba státy mají odlišné finanční a legislativní podmínky. Rozdílné jsou také typy sociálních služeb a hustota pokrytí v jednotlivých regionech. Domnívám se, že není užitečné porovnávat pouze odlišnosti obou států. Přínos vidím v tom, že se můžeme nechat inspirovat dobrou praxí a zvažovat, jaké přístupy a způsoby práce s klienty by šly zavést do českého prostředí.

Z dostupných internetových zdrojů jsem se snažila nalézt informace o možnostech péče pro lidi s mentálním postižením a pro seniory ve Velké Británii. Dále mne zajímal způsob propojení zdravotních a sociálních služeb, finanční možnosti aj.

Chráněná bydlení ve Velké Británii mohou mít různé podoby pro různé cílové skupiny. Pro mladší klienty existují chráněná bydlení v podobě bytů a domů v běžné zástavbě obce nebo města, pro seniory jsou k dispozici spíše různě velké čtvrti či vesničky sestávající se s domků s malými ubytovacími jednotkami, kde mohou senioři čerpat různou míru péče a podpory. Co se týče bydlení v bytech, potýkají se poskytovatelé s různými problémy. Není snadné najít vhodné prostory, které by splňovaly požadavky na bezpečnost a zároveň, aby klientům poskytovaly co největší možnou nezávislost a soukromí. Někdy se vyskytují jistá úskalí také v komunikaci s pronajímateli, a proto na různých místech země funguje nezisková organizace s týmem odborníků, kteří se zabývají převážně hledáním vhodného bydlení pro lidi s mentálním postižením, připravují nájemní smlouvy ve srozumitelné formě, jednají s pronajímateli a podporují dobré vztahy. (<https://www.dimensions-uk.org/what-we-do/housing/>)

Při poskytování péče lidem, kteří se nacházejí v sociálně nepříznivé situaci, hrají důležitou roli místní samospráva a komunitní sociální pracovníci. Žadatel o péči je přidělen, *care manager* – nejčastěji sociální pracovník, který řídí a koordinuje veškerou péči, na kterou má člověk právo. Provádí posouzení potřebné míry péče a podpory člověka, zvažuje nejvhodnější typ péče, hledá nejbližší sociální služby v dané lokalitě a posléze vytváří finanční plán, pro jasný přehled celkových nákladů. Na základě toho se zjišťuje, z jaké části se bude finančně podílet sám klient a jakou část bude platit místní samospráva. Je tak vytvořen „balíček péče šitý na míru“ konkrétnímu člověku v jeho konkrétní situaci. Na konci posuzování je vytvořen ucelený plán péče, který obsahuje

veškeré potřeby a přání, které člověk má v souvislosti s poskytováním péče. Tento plán sdílí veškeré organizace, které o člověka pečují. Určení zástupci z každé organizace, kterou klient využívá, se pravidelně schází ke společným schůzkám, aby hovořili o tom, jak se plán daří naplňovat, nebo zda se neobjevily nové skutečnosti v klientově situaci, které je nutné společně řešit.

Co se týče plateb za služby, člověk potřebující péči může dostávat schválené peníze přímo od místní samosprávy, ale musí vést záznamy o tom, jaké služby si zaplatil, aby uspokojil potřeby uvedené v plánu péče. Záznamy o vydání peněz musí pravidelně předkládat jeho managerovi péče. Druhá možnost je, že místní samospráva zaplatí výdaje za člověka, a to instituci, či institucím, které si sám zvolil. (<http://www.housingcare.org/information/detail-2191-using-direct-payments-or-a-personal-budget.aspx>)

Senioři ve Velké Británii jsou podporováni k tomu, aby zůstávali ve svém domácím prostředí. Byty jsou různě adaptovány tak, aby vyhovovaly jejich nárokům v souvislosti se stupňující se náročností péče. Senior může získat tzv. „*living in carers*“, pečovatele, který s ním bydlí 24 hodin denně a poskytuje kompletní péči, a to jak osobní, tak o domácnost. Tento způsob péče jednak vyhovuje samotným seniorům, protože mohou zůstat ve svém prostředí, ale také je podporován ze strany státu, protože se jedná o levnější řešení, zatímco péče v instituci je nákladnější. Ve Velké Británii funguje široká síť podpůrných služeb, včetně domácí hospicové péče. (<http://www.which.co.uk/elderly-care/housing-options/sheltered-housing/343018-the-benefits-and-drawbacks-of-sheltered-housing>)

Klient chráněného bydlení nemusí v seniorském věku odcházet do jiné sociální služby. Ve Velké Británii existují chráněná bydlení v rozšířené formě také pro seniory, tzv. „*extra care housing*“. Klient má v tomto programu péči k dispozici až 24 hodin denně. (<http://www.nhs.uk/Conditions/social-care-and-support-guide/Pages/housing-options-for-older-and-disabled-people.aspx>)

Péče o seniory na konci života je ve Velké Británii diskutovanou otázkou, protože stále nedosahuje takové úrovně, jaké by si přáli. Lépe řečeno, jak by si konec svého života přáli samotní senioři. Výzkumy ukazují, že lidé si nejčastěji přejí zemřít doma, ve svém prostředí mezi blízkými lidmi. Navzdory tomu, více než polovina lidí v Anglii, Walesu a Skotsku umírá v nemocnicích. Místo, kde nakonec člověk zemře, je ovlivněno jeho rodinou situací a možnostmi zapojení členů rodiny do péče. Záleží také na dostupných zdrojích, a to hlavně na financích od místní samosprávy a na dostatečném množství spolupracujících služeb. Všechny autority se shodují, že systém musí být na

takové úrovni, aby nabídka zdrojů a služeb byla natolik dostatečná, aby mohlo být přání daného člověka uskutečněno. Tam, kde se povedlo naplnit přání umírajícího člověka, fungovala dobrá koordinace a spolupráce mezi jednotlivými službami, díky které mohl být vytvořen ucelený „balík“ péče a nezbytných financí, které na péči byly potřeba. Z tohoto důvodu se apeluje na to, aby zdravotní a sociální služby byly lépe zkoordinovány ve prospěch umírajícího, aby mohl co nejdéle zůstat ve svém domácím prostředí. ([https://www.bma.org.uk/news/2016/march/training-needed-to-meet-patients-end-of-life-care-needs/ELCPAD%20Report%20Vol%203%20March%202016%20\(1\).pdf/](https://www.bma.org.uk/news/2016/march/training-needed-to-meet-patients-end-of-life-care-needs/ELCPAD%20Report%20Vol%203%20March%202016%20(1).pdf/))

Péče o umírající se v jednotlivých distriktech liší. Někde je péče zdarma, někde musí klient nebo jeho rodina doplácet. V současné době zainteresované skupiny žádají vládu, aby péče na konci života mohla být zdarma. Téma, které souvisejí s touto problematikou, je nedostatek vyškoleného personálu v oblasti paliativní péče. Dobře funguje systém dobrovolnictví, a to zejména tam, kde umírající člověk již potřebuje 24 hodin nepřetržité péči či dohledu. Dobrovolníci organizacím výrazným způsobem finančně uleví. Dobrovolnictví je ve Velké Británii na vysoké úrovni. ([https://www.bma.org.uk/news/2016/march/training-needed-to-meet-patients-end-of-life-care-needs/ELCPAD%20Report%20Vol%203%20March%202016%20\(1\).pdf/](https://www.bma.org.uk/news/2016/march/training-needed-to-meet-patients-end-of-life-care-needs/ELCPAD%20Report%20Vol%203%20March%202016%20(1).pdf/))

Místní samosprávy ve Velké Británii každý rok snižují objem peněz, které mohou na péči poskytnout. To má za následek, že lidé musí vydat na svoji péči více peněz nebo musí spoléhat na rodiny a přátele. Stává se i to, že se člověku určitého typu péče nedostane. Např. se to často stává u respitivní péče, která v určitých ohledech může být zbytná, a proto se může stát, že ji člověk nedostane od místní samosprávy zaplacenou. Ve většině případů platí pravidlo, že lidé potřebující péči musí nejdříve použít svoje peníze na zaplacení péče, až po jejich utracení dostanou finance na péči od místní samosprávy. (<http://www.bbc.com/news/health-37307859>)

Méně peněz, které jdou do systému, pocítují jak organizace poskytující sociální služby, tak lidé, kteří sociální služby užívají, ale i jejich rodiny a celé komunity. Místní samosprávy jsou pod tlakem žádostí o peníze, přitom se částky peněz, které mohou rozdělovat, snižují. Krácení financí má také dopad na soukromé poskytovatele a na dobrovolnictví. Nízké platy, a přitom zvyšující se nároky na poskytovatele, přináší čím dál tím větší problémy s udržením a získáním nových pracovníků. Výsledkem je stanovisko, že sociální péče v současné podobě je neudržitelná a vyžaduje okamžité investice, ale i dlouhodobou reformu, kterou je potřeba předcházet krizím.

https://richmondgroupofcharities.org.uk/sites/default/files/lr_5285_the_richmond_group_social_care_real_lives_report.pdf

Důležitou strategií místních i národních autorit je snaha o udržení seniorů v relativně dobré kondici mimo nemocnice. Jedná se o jeden ze způsobů, jak nezvyšovat zdravotní náklady. Velká Británie se potýká s problémem efektivní koordinace mezi sociálním a zdravotním systémem. Redukce komunitních sester na jedné straně a snížení počtu dní hospitalizace na straně druhé, často vede k tomu, že senioři zbytečně čekají v nemocnici na zajištění adekvátní následné péče v jejich prostředí. Až poté, co je jim vytvořen plán následné péče, sestavený z různých druhů sociálních a jiných služeb působících v jeho lokalitě, může být člověk z nemocnice propuštěn. Důvodem delšího čekání jsou chybějící peníze a špatná komunikace mezi jednotlivými systémy (nejčastěji mezi zdravotníky a sociálními pracovníky v nemocnicích a komunitními sociálními pracovníky a komunitními sestrami).

https://richmondgroupofcharities.org.uk/sites/default/files/lr_5285_the_richmond_group_social_care_real_lives_report.pdf

5.2 Nizozemí

Hlavní zodpovědnost za zajištění sociálních služeb v Nizozemí leží na místní samosprávě „*local authorities*“. Obce jsou povinny nabídnout lidem se zdravotním znevýhodněním a seniorům ucelenou nabídku různých druhů služeb. Do nabídky služeb se počítá poradenství, pomoc s hledáním vhodné sociální služby, pomoc s adaptací domácnosti, poskytnutí financí na kompenzační pomůcky, pomoc s hledáním vhodných způsobů dopravy aj. Na tuto činnost dostávají obce finance z daní.

V oblasti bydlení seniorů je v Nizozemí trend vytvářet tzv. „*mixed forms of housing*“, jakousi smíšenou formu bydlení. V českém prostředí by se takové bydlení dalo přirovnat k sociální službě chráněné bydlení. Jedná se o typ bydlení, které nechce být ani ošetrovatelským domem, ale ani se nejedná o bydlení ve vlastním bytě. Z dlouhodobého hlediska by ošetrovatelské domy a domovy pro seniory měly být z velké části nadbytečné.

Chráněná bydlení jsou většinou pojata jako menší byty s dvěma až třemi místnostmi a zázemím pro pečovatele, anebo pečovatelské zázemí nemusí být součástí bytu, ale mělo by být v blízké vzdálenosti. Cílem je vytvořit způsob bydlení, kde by senioři i lidé se zdravotním postižením dostali péči a podporu, jako potřebují a zároveň mohli žít co nejběžnějším způsobem života v přirozeném prostředí obce. Snahou je posílit

neformální zdroje pomoci a zlepšit kvalitu života jak klientů, tak lidí v místní komunitě. Důležitou součástí tohoto typu bydlení je, aby byty byly bezbariérové.

Chráněná bydlení pro seniory jsou podporována několika projekty. Jedním z nich je „*Akční plán pro lepší bydlení v běžném prostředí komunity*“, jehož cílem je posilovat nezávislost a možnost volby jednotlivých klientů a podporovat individualizovanou péči a podporu. Dalším projektem je „*Program pro zlepšení integrace péče, bydlení a kvality života v běžném prostředí obce*“. Cílem tohoto projektu je zlepšení propojení zdravotní a sociální péče. Projektů je mnohem více. Všechny spojuje podobný cíl, aby senioři mohli zůstat i přes vysoký věk a nároky na péči ve svém prostředí a nemuseli odcházet do ústavů a jiných institucí. (Veškeré informace obsažené v předchozích odstavcích jsou čerpány ze zdroje: http://www.sociopolitical-observatory.eu/uploads/tx_aebgppublications/AP_7_EN.pdf)

Sociální a zdravotní péče v Nizozemí je řízena jedním ministerstvem. V oblasti financování získávají jednotliví poskytovatelé sociálních služeb od státních zdrojů finance na 100% pokrytí nákladů organizace. Finance z darů nejsou určeny na zajištění základních činností organizace, ale jsou určeny k úhradě nadstandardního vybavení nebo jsou využity na další rozvoj služby.

Příspěvek na péči není vyplácen přímo člověku se zdravotním znevýhodněním, ale obec zajišťuje poskytovatele péče, kterému peníze vyplácí. Druhá možnost je, že si osoba se zdravotním postižením poskytovatele péče vybere sama a obec úhradu za péči zaplatí.

Institucionální péče se v co největší míře přemísťuje do komunit, kde je podporována péče v domácím prostředí nebo v malých zařízeních. V Nizozemí existuje široká škála agentur, které zajišťují terénní služby.

(<http://www.zdravotnickyydenik.cz/2016/12/nejvetsi-prekazky-integrace-zdravotni-socialni-pece-finance-resortismus-neochota-spolupracovat-neco-resit/>)

6 Stanovení hypotézy a výzkumných předpokladů

Diplomová práce si stanovila dva cíle. Prvním cílem je identifikovat a popsat překážky, které v současnosti brání tomu, aby chráněné bydlení pro lidi s mentálním znevýhodněním mohlo plynule poskytovat péči klientům, kteří v zařízení zestárli, chtějí v něm žít i na sklonku života a ve svém prostředí také důstojně zemřít. A to bez ohledu na lokalitu, v níž se chráněné bydlení nachází, na finanční situaci klientů, typ zřizovatele chráněného bydlení a jiné vnější proměnné. Druhým cílem je následně najít řešení všech identifikovaných překážek, případně najít zařízení, která se s překážkami vypořádala a již nyní mají praktické zkušenosti s poskytováním péče klientům v seniorském věku a v době umírání. Tyto praktické zkušenosti jsou velmi důležité pro sdílení dobré praxe.

Šetřením jsem nejprve chtěla zjistit, zda vůbec chráněná bydlení mají či nemají stanovenou horní věkovou hranici uživatelů. Výsledek šetření umožnil první velmi hrubé rozlišení, tedy, zda tuto problematiku zařízení vůbec berou do úvahy. Dále jsem v rámci kvantitativního šetření provedla rozdělení poskytovatelů do dvou podskupin, a to na skupinu chráněných bydlení zřízených jako příspěvkové organizace (PO) krajů a na skupinu chráněných bydlení zřízených jako nestátní neziskové organizace (NNO). Tímto rozdělením jsem chtěla zjistit, zda se v této problematice chráněná bydlení nějak liší v závislosti na typu organizace, protože každý typ organizace má k dispozici rozdílné finanční zázemí, personální zajištění aj.

Následně jsem v kvalitativním šetření zjišťovala, zda a jakou roli hraje v rozhodování stanovit či nestanovit věkové omezení uživatele typ poskytovatele, velikost zařízení, způsob financování, lokalita, v níž se zařízení nachází, a její vybavenost ostatními službami, a další proměnné. Tímto šetřením jsem chtěla lépe pochopit eventuelní překážky.

Na začátku jsem si stanovila jednu hypotézu v kvantitativním šetření a tři výzkumné předpoklady v kvalitativním šetření, které chci na základě výsledků výzkumu buďto vyvrátit, nebo potvrdit.

Hypotéza č. 1: Převažují chráněná bydlení, která mají cílovou skupinu klientů věkově omezenou (chráněná bydlení mají stanoven horní věkový limit, po jehož dosažení klient odchází do jiného zařízení).

Výzkumný předpoklad č. 1: Pokud zařízení nemá stanovený věkový limit klientů, jedná se většinou o příspěvkové organizace vzešlé z transformovaných velkých ústavů (dnes domovů pro osoby se zdravotním znevýhodněním). Tato zařízení, která byla

transformována zčásti na chráněná bydlení, jsou schopna při zhoršení zdravotního stavu uživatele (často v důsledku zvýšení věku) rychle poskytnout volné místo v domově pro osoby se zdravotním postižením. Díky zřizovateli mají tyto organizace zajištěnu finanční a personální podporu a nejsou proto příliš závislá na existenci jiných služeb v dané lokalitě.

Výzkumný předpoklad č. 2: Pokud zařízení mají stanovené věkové omezení (nejčastěji 60 či 65 let) jedná se většinou o nestátní neziskové organizace (dále jen NNO). Pro NNO představuje rozhodnutí poskytovat péči lidem až do konce života mnoho překážek, které nejsou schopni v danou chvíli překonat. Příklady předpokládaných překážek: finanční limity, absence spolupracujících služeb v komunitě aj.

Výzkumný předpoklad č. 3: Pokud překážky budou identifikovány, u každé z nich bude nalezeno uspokojivé řešení, které umožní seniorům zůstat v chráněném bydlení do konce života. Tento 3. výzkumný předpoklad bude vyhodnocen až v samém závěru práce, nikoliv těsně po provedeném výzkumu.

7 Zvolené výzkumné metody a techniky sběru dat

Pro dosažení výzkumných cílů jsem se rozhodla jak pro kvantitativní, tak i pro kvalitativní šetření. Pro cíl číslo jedna byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu, pro sběr dat byla zvolena technika analýza dokumentů. Tato technika byla zvolena proto, že chci získat data od více respondentů, kterými jsou poskytovatelé pobytové služby chráněného bydlení. Zároveň tato data mají zajistit jen základní rozdělení respondentů do dvou kategorií: a to, zda *mají stanovený věkový limit nebo nemají stanovený věkový limit pro klienty služby*. Vhodným řešením proto byla analýza dokumentů, konkrétně *Registru poskytovatelů sociálních služeb*. V případě, že některá data v tomto registru byla sporná či nejasná, dohledávala jsem potřebné informace také na webových stránkách jednotlivých poskytovatelů.

Pro naplnění druhého cíle jsem zvolila kvalitativní metodu, sběr dat byl proveden technikou polostrukturovaného rozhovoru. Tato technika byla zvolena proto, že je méně časově náročná než hloubkové rozhovory. Vycházela jsem z předpokladu, že respondenti si na rozhovor vyhradí spíše jen kratší čas, čemuž plně rozumím vzhledem k jejich velké pracovní vytíženosti. Také jsem se chtěla v rozhovorech držet jen několika okruhů, týkajících se tématu, proto jsem vyhodnotila, že polostrukturovaný rozhovor bude neoptimálnější. Dále jsem pro naplnění tohoto cíle zvolila případovou studii. Tuto metodu jsme zvolila pro schopnost hloubkově prozkoumat postupy jednoho zařízení, které má již zkušenosti s danou problematikou. Díky detailnějšímu zkoumání jsem tak získala cenná data, která např. mohou sloužit jako příklady dobré praxe pro jiná zařízení. Jsem si ovšem vědoma nevýhod této metody, a to nízké zobecnitelnosti výsledků.

8 Zvolený vzorek

V první části výzkumu, v kvantitativním šetření, jsem potřebovala obsáhnout všechna chráněná bydlení pro lidi s mentálním znevýhodněním ze všech krajů České republiky, oficiálně registrované jako sociální služba podle zákona č. 108/2006 Sb. Data jsem získala analýzou dokumentu Registr poskytovatelů sociálních služeb (dále jen Registr) v elektronické podobě (http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1487541546723_1). Data byla shromážděna dne 21. 2. 2017. Na každém krajském úřadě existuje Registr také v listinné podobě. V případech, kdy jsem nenašla důležitá data v elektronickém Registru, dohledávala jsem informace na webových stránkách jednotlivých organizací.

Dále jsem v rámci kvantitativního šetření ze základního souboru (všechna chráněná bydlení v ČR) vybrala pouze chráněná bydlení pro lidi s mentálním znevýhodněním ze dvou krajů České republiky, a to z Plzeňského a Středočeského kraje. Dva kraje proto, že by nebylo v mých časových ani technických možnostech obsáhnout krajů více.

Kritéria pro výběr konkrétních výše uvedených krajů byla tato (pozn.: vybraný kraj nemusí splňovat všechny tři podmínky):

1. Jeden z krajů musel být ten, ve kterém se nachází konkrétní chráněné bydlení, kde bude program zaváděn autory této práce do praxe, protože jsem chtěla zjistit konkrétní možnosti dané lokality, vybavenost službami, postoje úředníků apod.
2. Nesmělo to být hlavní město Praha, protože hlavní město má tradičně více možností jak finančních, tak větší vybavenost službami, a jiné výhody oproti jiným krajům. Proto data získaná z Prahy by nebyla aplikovatelná na jiný územně správní celek typu kraje.
3. Zvolit kraj, kde se nachází velký počet chráněných bydlení. Vzhledem k tomu, že jsem se omezila jen na dva kraje, bylo důležité vybrat kraj s nejvyšším počtem požadovaných zařízení, abych zvýšila validitu šetření.

Na základě výše uvedených kritérií byl vybrán Plzeňský kraj, který splnil kritérium č. 1 a č. 2. Nesplňuje bod č. 3, ovšem naplnit bod č. 1 byla priorita. Jako druhý byl vybrán Středočeský kraj, který splňoval podmínku č. 3 - jedná se o kraj s nejvyšším počtem chráněných bydlení v ČR. Zároveň tento kraj splňoval i 2. kritérium.

V poslední části výzkumu jsem provedla hloubkovou případovou studii zařízení, které jako jediné ze všech šetřených mělo praktické zkušenosti s danou problematikou.

9 Kvantitativní šetření

Cílem kvantitativního šetření bylo provést základní rozdělení všech pobytových služeb chráněných bydlení pro osoby s mentálním postižením v ČR na ta, která nemají stanovený věkový limit pro poskytování svých služeb klientům, a na chráněná bydlení, která si stanovila věkový limit (nejčastěji 60 nebo 65 let), po jehož dosažení klient již nespadá do cílové skupiny uživatelů, a tedy by měl zařízení opustit a vyhledat jinou potřebnou službu. Z těchto dvou skupin jsem vytvořila podskupiny, a to příspěvkové organizace, nestátní neziskové organizace a soukromé poskytovatele.

Z výsledku základního rozdělení, tj. zda zařízení mají/nemají stanovený věkový limit klientů, je patrné, kolik chráněných bydlení v Registru deklaruje, že v jejich zařízení mohou žít i klienti v seniorském věku, a kolik chráněných bydlení musí uživatelé po dovršení limitního věku opustit. Dále pak, jakým počtem jsou v jedné či druhé skupině zastoupené příspěvkové organizace (dále také PO), nestátní neziskové organizace (dále také NNO) a soukromí poskytovatelé.

Výzkumný soubor tvořilo všech 14 krajů České republiky. V průběhu analýzy jsem zjistila, že ne všechna chráněná bydlení mají údaj o věkové struktuře uvedený v Registru. Za neuvedený údaj jsem brala např. i vymezení věku uživatele: „nad 18 let“, protože není jasná horní věková hranice.

Jak již bylo uvedeno, zkoumala jsem pouze zařízení pro lidi s mentálním postižením. V průběhu analýzy se však ukázalo, že i toto označení cílové skupiny klientů je velmi nejednoznačné. Musela jsme si tedy hned na počátku jasně stanovit, že budu do šetření zařazovat pouze zařízení, která v cílové skupině uvádí: „osoby s mentálním postižením“. Zjistila jsem totiž, že každé zařízení používá různá označení a myslí jím různé skupiny lidí. Např. u cílové skupiny „osoby se zdravotním postižením“ po bližším prozkoumání webových stránek poskytovatele služeb bylo zjištěno, že některá zařízení pod tímto označením cílové skupiny chápou lidi s chronickým onemocněním, ale i se smyslovým postižením, zatímco jiná zařízení do takto vymezené cílové skupiny zařazují lidi právě s mentálním postižením. Navíc cílovou skupinu osob s duševním onemocněním a osob s mentálním postižením některá zařízení považují za totožné pojmy. Právě z důvodu nejasné definice cílové skupiny v Registru jsem do šetření zahrnovala pouze zařízení, která jasně deklarovala služby svého zařízení pro lidi s mentálním postižením. Zařízení s nejednoznačným vymezením cílové skupiny jsem z šetření vyloučila.

9.1 Výstupy z šetření

Z výstupů analýzy dokumentů vyplývá, že z celkového počtu 160 zkoumaných organizací si 104 z nich (65%) stanovily cílovou skupinu osob „s věkovým omezením“. Nejčastěji se jednalo o věk 60 či 65 let, v některých případech do 80 let. Pouze 28 organizací ze 160 (17,5%) poskytuje své služby klientům bez omezení věku, což je výrazná menšina. Počet organizací, které údaj o věku v Registru neuvedly, bylo 28 (17,5%) ze 160. Proč některé organizace údaj o věku neuvádí, nelze z kvantitativního výzkumu zjistit, tyto informace jsem hlouběji zjišťovala v kvalitativním šetření.

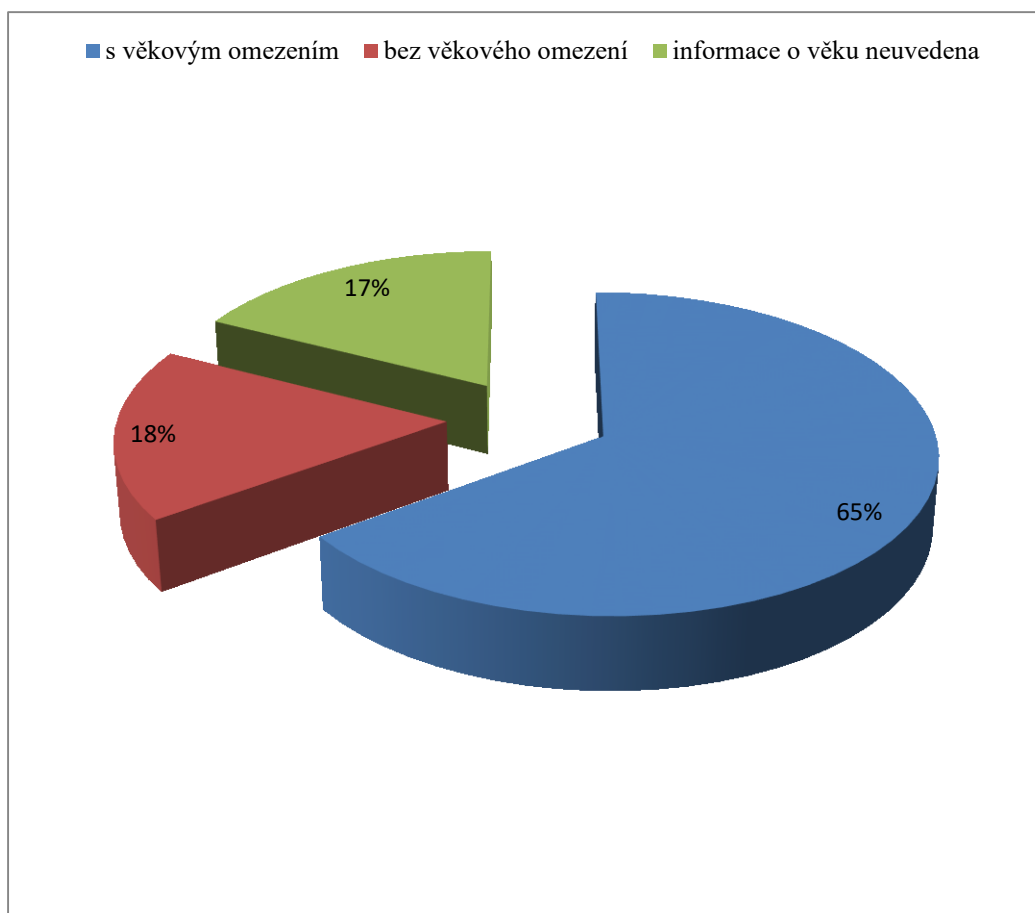
První tabulka (tab. č. 1) ukazuje výsledky podle jednotlivých krajů:

Kraj	s věkovým omezením			bez věkového omezení			údaj o věku neuveden		
	PO	NNO	Souk.	PO	NNO	Souk.	PO	NNO	Souk.
Hl. m. Praha	3	5			1			1	
Jihočeský	1	3		1			3	2	
Jihomoravský	5	6		2	2				
Karlovarský	2		1		3				
Královehradecký	2	1			1		2	1	
Liberecký	1	1		1	2				
Moravskoslezský	11	2		1			4	3	
Olomoucký	2	3		1	1				
Pardubický	1	1		2			3		
Plzeňský	2	1				1			
Středočeský	11	8		4	1		2		
Ústecký	4	8		2			5	2	
Vysočina	3	4		2					
Zlínský	7	5							
Celkem	55	48	1	16	11	1	19	9	

Tab. č. 1 Rozdělení chráněných bydlení pro osoby s mentálním postižením podle krajů a typů organizací (stav k 2/2017, zdroj: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1487541546723_1)

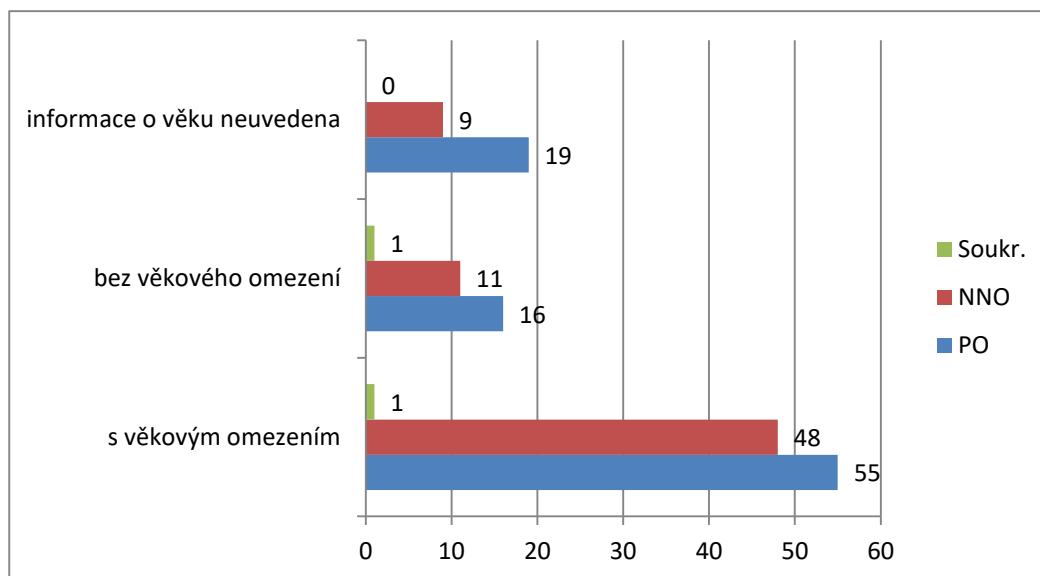
Vysvětlivky: PO = příspěvková organizace, NNO = nestátní nezisková organizace, Souk. = soukromí poskytovatelé

Následující graf (graf č. 1) ukazuje v procentuálním vyjádření, kolik organizací má stanovený věkový limit a kolik organizací poskytuje své služby bez věkového omezení.



Graf č. 1 Rozdělení respondentů podle toho, zda mají nebo nemají stanovený věkový limit v chráněných bydleních (stav k 2/2017, zdroj: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1487541546723_1)

V rámci analýzy dokumentů jsem dále zkoumala, zda ve skupinách rozdělených podle omezení či neomezení věku cílové skupiny uživatelů, měly tendenci převládat jednotlivé typy organizací: příspěvkové, nestátní neziskové, nebo soukromí poskytovatelé. Zjistila jsem, že jak v kategorii s věkovým omezením, tak v kategorii bez věkového omezení uživatelů, jsou neziskové organizace v mírné menšině. V kategorii s věkovým omezením uživatelů bylo 48 NNO z celkového počtu 104 organizací, oproti 55 PO z celkového počtu 104 organizací. V kategorii bez věkového omezení bylo 11 NNO z celkového počtu 28 zařízení a 16 PO z celkového počtu 28. (graf č. 2).



Graf č. 2 Rozdělení chráněných bydlení podle omezení či neomezení věku cílové skupiny uživatelů v souvislosti s typem organizace (stav k 2/2017, zdroj: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1487541546723_1)

Shrnu-li závěry z kvantitativního šetření, mohu konstatovat, že převažují chráněná bydlení, která mají stanoven věkový limit (65% zařízení). Nejčastěji byl věk uživatelů omezen 60 nebo 65 lety, méně často zařízení uvedla věkový limit 80 let. Z toho lze usuzovat, že větší část klientů chráněných bydlení po dosažení stanoveného věku (jinými slovy na počátku seniorského věku) musí ze zařízení odejít a hledat si jinou sociální službu.

Hypotéza č. 1, že převažují chráněná bydlení, která mají cílovou skupinu klientů věkově omezenou (chráněná bydlení mají stanoven horní věkový limit, po jehož dosažení klient odchází do jiného zařízení), byla kvantitativním šetřením potvrzena.

Výzkumný předpoklad č. 1 a 2: Příspěvkové organizace častěji poskytují chráněná bydlení věkově neomezená, protože často se jedná o větší zařízení, vzešlá z transformace velkých domovů, které dosud poskytují chráněným bydlením jisté zázemí – tj. domovy jsou schopny přijmout zpět uživatele, jsou personálně, finančně zajištěny a nejsou natolik závislé na existenci jiných služeb v dané lokalitě. Naproti tomu NNO toto zázemí nemají, proto častěji poskytují své služby pouze do určitého věku uživatele, kteří po dosažení horní věkové hranice musejí odejít jinam. Tyto předpoklady mohu na základě výsledků kvantitativního šetření potvrdit pouze z části. Lze potvrdit, že častěji jsou to chráněná bydlení příspěvkových organizací, která mají věkově neomezené služby. Neziskových organizací je v tomto ohledu méně, i když pouze o několik zařízení. Nelze

tedy vyvozovat závěry, že typ organizace, tedy PO nebo NNO, je určující pro stanovení či nestanovení horní věkové hranice uživatelů. Tyto výzkumné předpoklady proto musí být dále zkoumány v kvalitativním šetření, které je dále zacíleno na identifikaci a popis překážek, které v současnosti brání tomu, aby chráněné bydlení pro lidi s mentálním znevýhodněním mohlo plynule poskytovat péči klientům, kteří v zařízení zestárli, chtějí v něm žít i na sklonku života a ve svém prostředí také důstojně zemřít.

Také třetí výzkumný předpoklad bude posuzován až na základě kvalitativního šetření.

10 Kvalitativní šetření

Cílem kvalitativního šetření bylo hlouběji pochopit příčiny, které vedou vybrané organizace k rozhodnutí stanovit či nestanovit věkový limit cílové skupiny klientů chráněného bydlení. Zda hraje roli při rozhodování velikost zařízení, typ zřizovatele, finance, lokalita, kde se chráněné bydlení nachází, nebo vedení zařízení jedná do jisté míry intuitivně a bez hlubšího přemýšlení rozhodne pro jednu variantu, protože to tak dělá většina, nebo si to jinak neumí představit. Teprve na základě zjištění a pochopení příčin, které vedou organizace k rozhodnutí, zda stanovit či nestanovit horní věkovou hranici klientů chráněného bydlení, lze identifikovat překážky, které brání chráněným bydlením poskytovat služby klientům až do konce života. Teprve následně lze hledat způsob, jak tyto překážky odstranit. V závěru kvalitativního šetření budu ověřovat stanovené výzkumné předpoklady.

Jak již bylo zmíněno, pro kvalitativní šetření jsem na základě stanovených kritérií vybrala Plzeňský a Středočeský kraj, kde jsem zkoumala všechna chráněná bydlení pro lidi s mentálním znevýhodněním. Rozhodla jsem se použít metodu polostrukturovaného dotazníku, jehož vyplnění je časově méně náročné než hloubkové rozhovory. Stanovila jsem si okruhy rozhovoru (viz níže). Všechny respondenty jsem oslovila telefonicky. V průběhu telefonátu byli respondenti seznámeni s účelem rozhovoru a ujištěni o zachování anonymity. S většinou oslovených respondentů jsem pokračovala v rozhovoru podle strukturovaného dotazníku po telefonu, se třemi respondenty jsem se domluvila na osobním setkání, při kterém byl také vyplněn dotazník. V průběhu osobního rozhovoru jsem si dále zaznamenávala poznámky a po jeho skončení jsem si velmi podrobně zapsala všechny získané informace pro následnou co nejpřesnější interpretaci výsledků šetření.

Okruhy polostrukturovaného dotazníku:

1. Typ zřizovatele chráněného bydlení a upřesnění lokality

Příklady otázek: Je Vaše chráněné bydlení poskytováno nestátní neziskovou organizací nebo příspěvkovou organizací kraje (nebo zřízené přímo MPSV), anebo jste soukromým poskytovatelem? Vzniklo Vaše chráněné bydlení z transformace bývalých ústavů sociální péče? Kde se nachází vaše chráněné bydlení (venkov bez blízkosti většího města, blízko většího města, přímo ve městě)?

2. Věkové rozpětí cílové skupiny klientů

Příklady otázek: Máte stanoveno věkové omezení u cílové skupiny klientů v poskytování Vašich služeb? Jestliže ano, do jakého věku u Vás mohou klienti zůstat? Kam od Vás klienti odcházejí po dosažení stanoveného věku? Uvažujete do budoucna o změně na věkově neomezené služby? Jestliže nemáte stanovený věkový limit uživatelů služby, jaké máte zkušenosti s poskytováním služeb klientům, kteří se dostali do seniorského věku? Jaká je možnost setrvat ve vašem zařízení v případě dlouhodobého zhoršení zdravotního stavu?

3. Spolupracující nebo navazující sociálně zdravotnické služby

Příklady otázek: Jaké jsou ve Vašem okolí dostupné spolupracující nebo navazující sociálně zdravotnické služby, se kterými byste mohli společně pečovat o Vaše klienty v případě zhoršujícího se zdravotního stavu? Jak se Vám spolupráce daří? Jaké služby Vám naopak ve Vašem okolí chybí?

4. Finance

Příklady otázek: Do jaké míry závisí rozhodnutí poskytovat služby Vaším klientům až do konce života na financích? Máte zkušenost s tím, že kvůli nedostatku finančních prostředků nemohl klient zůstat ve svém prostředí i v seniorském věku a na sklonku jeho života, kdy se nároky na péči zvýšily?

5. Různé

V kvalitativním šetření jsem nejprve využila některá data z již provedeného kvantitativního výzkumu. Konkrétně jsem z výsledků kvantitativního šetření využila základní rozdělení zařízení z Plzeňského a Středočeského kraje podle stanovení či nestanovení věkového omezení klientů, viz tabulka č. 2.

Kraj	s věkovým omezením			bez věkového omezení			údaj o věku neuveden		
	PO	NNO	Souk.	PO	NNO	Souk.	PO	NNO	Souk.
Plzeňský	2	1				1			
Středočeský	11(9)	8(6)		4	1		2(1)		

Tab. č. 2 Základní rozdělení zařízení z Plzeňského a Středočeského kraje podle stanovení či nestanovení věkového omezení klientů (stav k 2/2017, zdroj: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1487541546723_1), webové stránky jednotlivých zařízení a telefonní rozhovory)

Vysvětlivky: PO = příspěvková organizace, NNO = nestátní nezisková organizace, Souk. = soukromí poskytovatelé. Uvedená čísla v závorkách jsou skutečně existující zařízení, čísla vně závorek představují počet zařízení uvedených v Registru.

Data v tabulce jsou získána z Registru poskytovatelů. Získala jsem tak základní informace o chráněných bydleních v obou vybraných krajích. Odtud jsem také získala telefonický kontakt a odkaz na webové stránky zařízení. Na základě těchto informací jsem mohla pokračovat v hlubší kvalitativní sondě. Je zajímavé, a budu se o tom zmiňovat více dále v textu, že informace, které byly uveřejněny v Registru poskytovatelů, nebyly v několika případech shodné se skutečností, což jsem zjistila při rozhovorech s jednotlivými zařízeními. Zjistila jsem, že informace z veřejného registru nejsou v některých případech úplné nebo nejsou v souladu se skutečností, což může pro veřejnost být značně zavádějící. Z toho vyplývá, že je vždy nutné se osobně s vybraným zařízením spojit a informace si ověřit.

Z celkem 30 chráněných bydlí provozovaných na území Plzeňského a Středočeského kraje se mně nepodařilo získat informace od 5 zařízení. Se dvěma zařízeními se mně opakovaně nepodařilo spojit, jedno zařízení neexistovalo, byť je v Registru poskytovatelů uvedeno (získala jsem informaci, že provoz ještě není zahájen), a dvě zařízení sdělila, že nemají dospělé klienty (cílovou skupinou jsou podle telefonického sdělení pouze děti, v Registru však uvádějí věkovou kategorii klientů do 64

let). Kvalitativního šetření se zúčastnilo celkem 25 respondentů. Telefonicky jsem vždy hovořila s kompetentními zaměstnanci, většinou s vedením zařízení nebo sociální pracovníci, často jedna pracovnice vykonávala obě funkce najednou. Byla jsem příjemně překvapena, že všichni oslovení byli velmi vstřícní, ani v jednom případě jsem se nesečkala s neochotou. Jako tazatelka jsem vystupovala v roli kolegyně, protože sama pracuji v chráněném bydlení, ve kterém připravuji změnu věkové struktury klientů. Bylo zřejmé, že máme mnoho témat společných, i proto respondenti často konstatovali, že by uvítali podobné rozhovory a výměnu zkušeností o společných tématech.

Součástí kvalitativního šetření bylo také provedení hlubší sondy v podobě případové studie zařízení, které mohlo poskytnout zkušenosti s touto problematikou. Kritéria výběru konkrétního zařízení byla tato:

- a) chráněná bydlení pro osoby s mentálním postižením jsou z Plzeňského nebo Středočeského kraje,
- b) chráněné bydlení musí mít zkušenosti s poskytováním péče a podpory klientům, kteří se dostali do seniorského věku, a také zkušenosti musí mít zkušenosti s poskytováním péče v době umírání klienta, který v chráněném bydlení dlouhodobě žil,
- c) při výběru zařízení nebylo rozhodující, zda chráněné bydlení je poskytováno neziskovou organizací, příspěvkovou organizací nebo soukromým poskytovatelem. Rozhodující podmínkou bylo, že zařízení nečerpá sociálně zdravotní péči od jejich „domovského“ domova pro osoby se zdravotním postižením (dále také DOZP), nebo klienta na konci jeho života do DOZP zpět přestěhovali. Tuto podmínku jsem stanovila proto, že zázemí DOZP je specifické pouze pro některé organizace (po transformaci). Navíc poskytnutí zázemí v DOZP pro klienta, který je v seniorském věku, nebo umírá, není řešení, které hledáme, takové řešení není univerzálně platné a z mého pohledu se spíše jedná o přesunutí problému jinam.

Všechna tři výše uvedená kritéria splnilo pouze jediné zařízení, konkrétně chráněné bydlení poskytované nestátní neziskovou organizací v lokalitě 25 km vzdálené od Prahy, tedy na území Středočeského kraje.

10.1 Interpretace výsledků z kvalitativního šetření

Typ zřizovatele chráněného bydlení a upřesnění lokality

Příklady otázek: Poskytuje vaše chráněné bydlení nestátní nezisková organizace nebo příspěvková organizace kraje (nebo je zřízené přímo MPSV), anebo jste soukromým poskytovatelem? Vzniklo Vaše chráněné bydlení transformací bývalých ústavů sociální péče? V jaké lokalitě se nachází Vaše chráněné bydlení (venkov bez blízkosti většího města, blízko většího města, přímo ve městě)?

Z 25 kontaktovaných zařízení z obou krajů bylo 14 chráněných bydlení zřízených příspěvkovými organizacemi kraje, v jednom případě bylo zřizovatelem Hlavní město Praha, v jednom případě bylo zřizovatelem Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Z těchto 14 chráněných bydlení jich 10 vzniklo transformací velkých ústavních zařízení. Postupně vznikala chráněná bydlení, do kterých se ale odstěhovala část klientů. Část uživatelů, kteří z různých důvodů nemohli využít přesunu do chráněných bydlení, zůstali v původních ústavech, z nichž se staly domovy pro osoby se zdravotním postižením (DOZP). Všechny 10 zařízení chráněného bydlení se nachází v blízkosti původního ústavu, nynějšího DOZP. Všichni respondenti z těchto 10 zařízení chráněného bydlení uvedli, že v případě zvýšené potřeby péče a podpory, nebo v případě zhoršení zdravotního stavu uživatele, se klient stěhuje z chráněného bydlení zpět do domova pro osoby se zdravotním postižením.

Dalších 7 chráněných bydlení z 25 oslovených poskytovaly nestátní neziskové organizace. Jedno zařízení bylo soukromé.

Většina zkoumaných zařízení se nacházela ve městech a obcích do 25 km od větších měst, která jsou standardně vybavena běžnými veřejnými službami. Žádné z oslovených zařízení se nenacházelo v těžko dostupných lokalitách bez běžné občanské vybavenosti. Existenci sociálně zdravotních služeb jiných poskytovatelů v blízkosti jednotlivých zkoumaných zařízení uvádíme v jednom z dalších bodů.

Věkové rozpětí cílové skupiny klientů

Příklady otázek: Máte stanovené věkové omezení u cílové skupiny klientů v poskytování Vašich služeb? Jestli ano, do jakého věku u Vás mohou klienti zůstat? Kdo o stanovení věkového limitu ve vaší organizaci rozhoduje? Kam od Vás klienti odcházejí po dosažení stanoveného věku? Uvažujete do budoucna o změně na věkově neomezené služby? Jestliže nemáte stanovený věkový limit, jaké máte zkušenosti s poskytováním

služeb klientům, kteří se dostali do seniorského věku? Jaká je možnost setrvat ve vašem zařízení v případě zvýšení potřeby péče nebo dlouhodobého zhoršení zdravotního stavu?

Rozdělení zařízení podle stanovení věkového omezení uživatele ukazuje tabulka č. 2. Zde se budu zabývat jednotlivými komentáři ohledně věku, které jsem zaznamenala při rozhovorech s pracovníky jednotlivých zařízení chráněného bydlení. Podle informací v Registru (viz výsledky kvantitativního šetření) má většina zařízení stanovena věková omezení. Navzdory tomu někteří respondenti v rozhovorech uváděli, že u nich klienti mohou zůstat déle, než je oficiálně uvedeno v Registru, ovšem jen do té chvíle, než začnou potřebovat zdravotní péči nebo mají problémy s pohyblivostí. Většina uživatelů proto stejně odchází, většinou po 60 roku věku, do jiných zařízení - v případě příspěvkových organizací se vrací do domova pro osoby se zdravotním postižením (DOZP), který poskytuje tatáž organizace. Často odtud totiž klienti do chráněného bydlení přišli. Pracovníci chráněného bydlení odůvodňují tento postup takto: „*V DOZP jsou k dispozici zdravotní sestry a celkově větší míra péče, protože tento typ služby si to může finančně dovolit, máme ji hrazenou z dotací. Zatímco v chráněném bydlení by nám navýšenou péči nikdo nezaplatil.*“

Pouze v několika málo případech zařízení uváděla, že klienti odcházejí do domovů pro seniory. Tato varianta je v menšině hlavně proto, že domovy pro seniory jsou přeplněné, zároveň, jak respondenti často podotýkali, je problém člověka s mentálním znevýhodněním umístit do domova pro seniory. Mentální znevýhodnění je téměř vždy kontraindikace, domovy pro seniory často uvádějí, že pro tyto lidi nejsou zařízení.

V případě, že se u klientů v chráněném bydlení vyskytnou zdravotní problémy, a to i menšího charakteru, většina zařízení uváděla, že klienti jsou převezeni do nemocnic. Pokud se u nich zdravotní stav nezlepšil do úplného uzdravení, již se do chráněného bydlení nevraceli. V takovém případě respondenti nejčastěji uváděli variantu stěhování z akutních nemocničních lůžek na lůžka pro dlouhodobě nemocné. Respondenti jsou přesvědčeni, dle jejich výpovědí, že chráněné bydlení není vhodný typ sociální služby pro klienty vyžadující zdravotní péči (zde bych chtěla upozornit, že jsme hovořila o zdravotní péči, nikoliv o akutní lékařské péči). Proto pokud organizace poskytující chráněné bydlení nemají propojení se zařízením DOZP je, podle respondentů řešením pouze nemocnice a léčebny dlouhodobě nemocných (dále také LDN).

Co se týče změny věkové struktury uživatelů v chráněných bydleních do budoucna, 8 zařízení uvedlo, že by chtěli mít věkovou strukturu klientů neomezenou. Typická formulace byla: „*Nechceme klienty ve stáří nikam stěhovat a víme, že se*

stárnutím klientů budeme muset tento problém řešit. Zatím ale máme v zařízení samé mladší lidi, proto to zatím neřešíme.“ Nejčastější reakce zněla: *“Chtěli bychom, aby u nás klienti zůstali až do konce svého života, ale zatím vzhledem k mladšímu věku klientů, toto není téma k řešení, pak to nějak uděláme...”*. Podotýkám, že i zařízení, která již v současné době mají v Registru uvedeno, že poskytují služby i seniorům nad 80 let, uvedla, že zatím nemají jasno, jak jednou budou poskytovat péči seniorům, a co všechno to bude obnášet, protože všichni jejich klienti jsou mladšího věku.

Pouze jediné zařízení, které nemá stanovenou věkovou hranici uživatelů, mělo konkrétní zkušenosti s péčí o seniora v chráněném bydlení, a tedy je schopné předávat své zkušenosti ke sdílení dobré praxe (tomuto zařízení se budu později věnovat více v případové studii). Ostatní respondenti nemohli uvést praktické zkušenosti, byť deklarovali, že nemají stanovený věkový limit uživatelů. Zatím však tato mají chráněná bydlení v provozu krátce a mají samé mladší klienty.

Na otázku kdo rozhoduje o věkové struktuře uživatelů v zařízení, příspěvkové organizace uváděly, že rozhoduje kraj jakožto zřizovatel. U těchto organizací je věková hranice uživatelů nejčastěji omezena 65 lety. V případě NNO rozhoduje o stanovení věkové hranice uživatelů vedení organizace, které ovšem není tak vzdálené běžnému provozu služby jako v případě zřizovatelů příspěvkových organizací. V NNO je vedení mnohem blíže klientům a jejich každodenním starostem, proto mají povědomí o tom, jakou budoucnost si klienti přejí a uvažují o jejich setrvání v místě, kde jsou doma. Ovšem, jak již bylo řečeno výše, i v NNO zatím budoucnost související se stárnutím svých uživatelů moc neřeší, i když ví, že v budoucnu se řešení této otázky nevyhnou.

Spolupracující nebo navazující sociálně zdravotnické služby

Příklady otázek: Jaké jsou ve Vašem okolí dostupné spolupracující nebo navazující sociálně zdravotnické služby, se kterými byste se mohli dělit o péči o Vaše klienty v případě zhoršujícího se zdravotního stavu? Jak se Vám spolupráce daří? Jaké služby Vám naopak ve Vašem okolí chybí?

Pracovníci pouze tří dotazovaných chráněných bydlení uvedli, že v případě potřeby jiných služeb, které oni ve svých zařízeních neposkytují, hlavně v případě zdravotních služeb, spolupracují se službami, které se nachází v jejich komunitě. Jmenovali agentury domácí péče, mobilní hospicové služby aj. Jedno chráněné bydlení zřízené krajem má zkušenosti s pečovatelskou službou organizace Charita. Jeden respondent uvedl, že spolupracovali s agenturou domácí péče jiného zřizovatele. V jednom případě respondent uvedl, že spolupracovali s domácím hospicem Cesta domů.

Jednalo se o chráněné bydlení zřízené jako NNO. Ostatní respondenti (NNO) uvedli, že zkušenosti nemají, protože takové služby ještě nepotřebovali, ovšem kdyby taková situace nastala, hledali by zdravotně-sociální služby v okolí, protože nechtějí a ani nemohou tyto služby poskytovat sami. Při zjišťování, zda znají možnosti, které se nabízí v jejich lokalitě, návazné služby neznali.

Většina chráněných bydlení zajišťovaných příspěvkovými organizacemi uvedla, že nemají zkušenosti s jinými službami, a ani se doposud příliš nezajímala, zda v jejich okolí podobné služby existují. Uvádí, že je nepotřebují. Jak již bylo řečeno výše, zařízení příspěvkových organizací čerpají navazující služby, které oni sami neposkytují, od jejich domovských DOZP. *„Pokud klienti potřebují zdravotní péči, stěhují se do DOZP, který také provozujeme. Neuvažujeme o jiných službách zvenčí.“* Další zařízení na otázku paliativní péče uvedlo: *„Ani o paliativní péči jako o službě zvenčí neuvažujeme, taková péče znamená především zdravotní služby a ty zajišťujeme sami“*.

Další chráněné bydlení zřízené příspěvkovou organizací uvedlo: *„O možnosti, poskytování zdravotní a ošetrovatelské služby našim klientům prostřednictvím agentury domácí péče vůbec neuvažujeme. Je to podle nás složitější a dražší. Lepší je mít vlastní zdravotnický personál, který by si na sebe vydělal sám. Máme dostatečně velkou kapacitu (40 klientů), výkony se jim tak zaplatí ze zdravotní pojišťovny.“*

Finance

Příklady otázek: Do jaké míry si myslíte, že závisí rozhodnutí poskytovat služby Vašim klientům až do konce jejich života na financích? Máte zkušenost s tím, že kvůli nedostatku finančních prostředků nemohl klient zůstat ve vašem zařízení, co by senior s vyššími nároky na péči?

Jedno chráněné bydlení (příspěvková organizace) uvedlo, že závisí na finanční situaci klienta, do kdy bude moci využívat chráněné bydlení: *„Klienti našeho chráněného bydlení pracují. V okamžiku, kdy přestanou pracovat a nemají plat, třeba právě z důvodu věku, přestanou mít peníze na vlastní spotřebu, protože celý invalidní důchod vydají na služby v bydlení a na stravu. Z finančních důvodů proto odcházejí do DOZP, protože tam jim musí z invalidního důchodu zůstat 15% zůstatek. Mají tak alespoň malou částku na vlastní spotřebu. Není proto myslitelné, že by si platili ještě další externí služby jako třeba služby mobilního hospice aj. Neměli by na to peníze.“*

Šest dotazovaných respondentů, uvedlo, že by nemohli navýšit personál, aby mohli poskytovat vyšší míru péče pro klienty ve vysokém stáří, protože na to nemají

finance: „*Jsmo přesvědčeni, že bychom na zvýšené náklady na péči nedostali tak vysokou dotaci. Kraj by nám navýšený rozpočet na osobní náklady (na další zaměstnance) neschválil.*“ Od typu sociální služby chráněné bydlení se neočekává vysoká míra podpory a péče, proto těmto službám peníze nejsou schváleny. Poskytovatelé dotací argumentují tím, že klienti mohou odejít jinam např. do služeb pro seniory. „*K argumentu, že chtějí i jako senioři žít tam, kde jsou zvyklí, úředníci vyjádří pochopení, ale prakticky na rozhodnutí nenavýšit dotace nic nezmění*“, uvedla pracovnice chráněného bydlení (NNO). V tomto zařízení se podařilo pečovat o seniora až do jeho smrti, ovšem výrazně pomáhal sourozenec klientky. Kdyby nebylo této pomoci, nemohla by v chráněném bydlení zůstat, protože by neměla peníze na zaplacení externích služeb, které byly v určitou dobu nezbytné. Podobnou zkušenost má také další chráněné bydlení (NNO), jejichž klient krátce čerpal služby Charity (ošetřovatelskou péči) ovšem spolupráce skončila kvůli nedostatku peněz na zaplacení jejich služeb.

Zařízení dále uváděla složitost a nejasnost v systému vykazování zdravotních úkonů zdravotním pojišťovně. Ukázalo se, že jednotlivá zařízení tuto problematiku řeší různými způsoby. Jedni platí zdravotnický personál z plateb, které jim zaplatí zdravotní pojišťovna za vykazování zdravotních úkonů. Druzí říkají: „*Je to složité a dost úkonů pojišťovna nechce proplácet, proto zdravotní sestru platíme z ostatních zdrojů.*“ To si mohou dovolit pouze krajská zařízení, protože v zařízeních NNO většinou ostatní zdroje v jejich velmi napjatých rozpočtech vůbec nebývají, nebo nejsou dostatečně vysoké. Některá zařízení NNO mají zkušenosti s tím, že zdravotní pojišťovny s nimi vůbec smlouvu o vykazování zdravotních úkonů nechtějí uzavřít.

Jedno zařízení NNO má zkušenost s podáváním žádostí o dofinancování zvýšené péče pro klienta k různým nadacím a nadačním fondům. Získali touto cestou určitou finanční pomoc na pokrytí celkových zvýšených nákladů, která ale stejně nestačila. Příspěvek na péči rovněž nestačil pokrýt vykázané hodiny péče. Zařízení to řešilo tak, že rozdíl byl hrazen z volných prostředků zařízení. Uvedli: „*Nevíme, jak dlouho budeme moci hradit část nákladů za klientku. Co bude dál, také nevíme. Jediné, co je zřejmé, je, že jde o nesystémové řešení, které se může kdykoliv zhroutit.*“

Různé

Příklady otázek: Co jiného Vás k této tématice napadá? Pokud byste zvolili změnu věkové struktury uživatelů, napadají Vás nějaké další překážky nebo komplikace, které by Vás záměr mohly ohrozit? Např. bezbariérovost – je Vaše zařízení bezbariérové?

Byl by pro Vás problém, zajistit případné kompenzační nebo jiné speciální pomůcky? Jak myslíte, že by změnu vnímal personál?

Někteří respondenti se domnívají, že typ sociální služby chráněné bydlení není určeno pro seniory. Zastávají názor, že jde o rozvojovou službu: *„Jedná se o rozvojovou službu, tzn., uživatelé se zde něco naučí, zvýší si kompetence a odejdou do samostatného života. Když už se nemohou kvůli věku nebo zdravotnímu komplikacím dál zlepšovat, odchází do domovů pro seniory nebo do DOZP.“* Jiní konstatovali: *„Chráněné bydlení není typ služby, která by měla poskytovat nepřetržitou péči.“*

K problematice bezbariérovosti 4 chráněná bydlení uvedla, že jsou bezbariéroví a imobilita klienta pro ně není na překážku. Zbylá zařízení, včetně těch, kteří poskytují věkově neomezené služby, uvedla imobilitu jako jeden z hlavních důvodů odchodu klientů do jiného zařízení. Nemají bezbariérové prostory a nemají ani potřebné pomůcky a zařízení pro imobilní klienty.

Potřeba zdravotní péče je pro většinu respondentů dalším důvodem pro odchod klienta do jiného zařízení, většinou uvedli nemocnice. Kam by se klienti vraceli po stabilizaci zdravotního stavu, ale potřebovali by pravidelné zdravotní ošetřování, nevěděli, často zařízení uváděla: *„snad LDN, domovy pro seniory.“*

Ta chráněná bydlení, která mají stanovený horní věkový limit uživatelů, uvedla, že rodinní příslušníci klientů, kterým je momentálně kolem 50 let, se velmi zajímají o to, co bude s jejich dětmi v budoucnu, zda budou moci ve stávajících zařízeních zůstat až do konce jejich života. Často se ptají rodiče, kteří jsou již sami ve velmi vysokém věku, uvědomují si svojí vlastní konečnost a chtějí vědět, co bude ve stáří s jejich dětmi. Vyhvíjejí tlak na organizace, aby situaci řešili.

Většina zařízení si uvědomuje potřebu nově vyškolených zaměstnanců v péči o seniory, což je rozdílné oproti současnému poskytování asistence lidem mladšího a středního věku. Část respondentů uvedla, že zaměstnanci se chtějí vzdělávat a ze změny nemají obavu. Na druhou stranu někteří respondenti vyjádřili obavy: *„Pracovníci se bojí poskytovat péči lidem ve vysokém věku, o případném úmrtí klienta se už vůbec nejsou ochotni bavit. Je to pro ně spíše tabu, téma, které nechtějí otevírat, nechtějí se v této oblasti ani příliš vzdělávat. Vlastně jim to ani příliš nedává smysl, proč by měli, když máme samé mladší klienty.“*

Jeden respondent, který jediný má zkušenosti s tím, že jejich klientka dožila v jejich chráněném bydlení, uvedl: *„Setkali jsme se s nepochopením lékařů v době, kdy*

jsme si chtěli vzít klientku po stabilizaci akutně zhoršeného zdravotního stavu zpět domů – do chráněného bydlení. Oni navrhovali, že nebude problém, aby zůstala na lůžku následné péče, i přesto, že nepotřebovala další lékařskou péči. Lékaře jsme ubezpečili, že máme pro klientku zajištěnou péči prostřednictvím organizace Cesta domů, i přesto nás od našeho záměru odrazovali a bylo pro nás těžké, uhájit postoj klientky i náš, že chce zpět domů. Lékaři v tomto mají velmi silnou autoritu a není jednoduché si svůj názor ustát.,,

10.1.1 Ověřování výzkumných předpokladů

V kvalitativním šetření se potvrdil můj předpoklad, a to rozdílnost podmínek, za kterých mohou chráněná bydlení různých zřizovatelů poskytovat klientům své služby bez omezení věku cílové skupiny uživatelů.

Výzkumný předpoklad č. 1: *Príspevkové organizace častěji poskytují chráněná bydlení bez věkového omezení, protože se často jedná o větší zařízení, vzešlá z transformace velkých domovů, které doposud poskytují chráněným bydlením jisté zázemí (personální, finanční) a nejsou natolik závislá na existenci jiných služeb v dané lokalitě.* Tento výzkumný předpoklad se potvrdil, chráněná bydlení příspěvkových organizací mají častěji než chráněná bydlení NNO věkově neomezené služby. Ve většině případů, pokud se zařízení rozhodla pro věkově neomezené služby, skutečně tato chráněná bydlení následně čerpala „zázemí“ služby „domovského“ DOZP, kterou provozoval stejný poskytovatel. DOZP těmto chráněným bydlením poskytoval zdravotní sestry, kompenzační pomůcky aj. Další řešení pak spočívalo v tom, že klienti chráněného bydlení, kteří již potřebovali větší míru péče, přešli zcela do DOZP. Tato zařízení z části vzájemně propojená nepotřebovala spolupracovat s jinými sociálně zdravotními organizacemi jiného poskytovatele v jejich lokalitě.

Výzkumný předpoklad č. 2, *že zařízení, která mají stanovené věkové omezení uživatelů (nejčastěji 60 či 65 let), jsou většinou nestátní neziskové organizace, a rozhodnou-li se poskytovat péči lidem až do konce života, potýkají se s řadou překážek, které často nejsou schopny v danou chvíli překonat,* se rovněž potvrdil. NNO jsou proti příspěvkovým organizacím v nevýhodě, a to hlavně proto, že nemají dostatečné finance na zaplacení zdravotnického personálu v případě potřeby, zároveň klienti nemají dostatek svých vlastních prostředků na placení externích ošetrovatelských služeb. Chráněná bydlení NNO často zjišťovala, že v jejich lokalitě buďto ostatní služby neexistují, nebo

fungují jen v omezené míře. Toto byl zásadní rozdíl mezi příspěvkovými organizacemi krajů a NNO. Obě skupiny disponují jiným finančním a personálním zázemím.

Jak jsem na začátku uvedla, součástí kvalitativního šetření bylo také provedení hlubší sondy v podobě případové studie do zařízení, které poskytuje služby bez omezení věku uživatelů a má praktické zkušenosti s poskytováním péče a podpory klientům v seniorském věku a v době umírání. Díky detailnějšímu zkoumání jsem získala cenná data, která např. mohou sloužit jako příklady dobré praxe.

Přestože bylo více zařízení, která uvedla, že poskytují věkově neomezené služby, pouze jediné zařízení mělo konkrétní, praktické zkušenosti s péčí o seniory a s péčí v době odchodu ze života. Ostatní respondenti praktické zkušenosti neměli. Nejčastěji odpovídali: *„naše zařízení je v provozu dosti krátce na to, abychom měli zkušenosti s klienty v seniorském věku, máme zatím samé mladší klienty“*.

10.1.2 Případová studie: příběh paní K.

Chráněné bydlení vybrané do případové studie poskytuje své služby lidem s mentálním znevýhodněním. Jedná se o nestátní neziskovou organizaci, která poskytuje služby v místě vzdáleném 25 km od Prahy. Kapacita zařízení je max. 15 klientů, kteří bydlí v samostatných domácnostech, buďto v jednom větším domě, rozděleném na tři domácnosti, anebo v malých bytech na různých místech ve městě.

Cílovou skupinou jsou lidé s mentálním znevýhodněním, při přijetí do služby musí být klientům 18 let. Dlouhá léta bylo jejich chráněné bydlení věkově omezeno, a to 64 roky. Po dosažení tohoto věku, klientům hledali umístění v domovech pro seniory apod.

Rozhodnutí postarat se o klienty až do konce jejich života si organizace dala do svého strategického plánu poté, co si touto zkušeností jednou prošla. Zařízení poskytovalo péči až do konce života paní K., klientce, která bydlela v chráněném bydlení 15 let. I přesto, že to nebylo vůbec jednoduché, jak sami pracovníci popisovali, cítili, že je to pro paní K. nejlepší varianta. Dle jejich slov: *„jsme přesvědčeni, že klienti chráněného bydlení by měli mít možnost dožít tam, kde si našli svůj domov, a kde žijí třeba už 15 let.“* Navíc tato konkrétní klientka si velmi přála zůstat v chráněném bydlení – ve svém bytě až do konce svého života.

Sociální pracovnice chráněného bydlení začala vyjednávat s ostatními sociálně – zdravotními organizacemi v okolí. Kontaktovala agenturu Domácí péče a dále terénní

hospic Cesta domů. Zároveň organizace začala školit svůj stálý personál, aby uměl poskytnout péči a podporu, kterou do té doby nikomu neposkytovali. Zároveň přijali nový personál, který poskytoval ošetrovatelskou péči. Pracovníci z počátku měli strach, ovšem důležitou roli hrálo odhodlání většiny zaměstnanců do této změny jít a strach překonat. Hodně pomohlo právě dobré vzdělávání, podpůrné supervize a podpora ze strany vedení. Je také pravdou, že někteří pracovníci po této zkušenosti zaměstnání opustili, protože s takovou změnou v tomto typu sociální služby nesouhlasili.

Paní K. se postupně její zdravotní stav zhoršoval. Nakonec její odchod ze života trval dva měsíce. Nejprve ji, vzhledem ke zhoršování stavu, převezli do nemocnice, odtud ji po stabilizaci opět převezli domů – do chráněného bydlení. Pracovníci chráněného bydlení narazili na neporozumění ze strany lékařů. Ti je zrazovali od jejich záměru vzít paní K. domů, nabízeli jim, aby zůstala na oddělení LDN. Nebylo lehké původní záměr prosadit. Výrazně pomohlo to, že paní K. velmi toužila jít domů.

Důležitou roli sehrála sestra paní K., která finančně velmi pomohla. Ukázalo se, že ostatní zdravotně-sociální služby, které byly důležité, jsou pro paní K. velmi drahé. Klientka disponovala příspěvkem na péči a invalidním důchodem. Z těchto příjmů platila bydlení, stravu a péči asistentů chráněného bydlení. Z důchodu ani z příspěvku na péči už nezbývaly prostředky na zvýšenou péči asistentů, a také nezbývaly prostředky na zaplacení služeb organizace Cesta domů. Sestra paní K. veškerou péči, na kterou již paní K. nezbývaly finance, uhradila sama. Také s ní byla v okamžicích, kdy klientka umírala. Často s ní vzpomínala na jejich společné zážitky, na dětství, jak sama později řekla, byly to velmi smutné, ale i obohacující chvíle.

Zaměstnanci chráněného bydlení vnímali jako největší problém nedostatek finančních prostředků. Nepovedlo se přesvědčit poskytovatele dotací – krajský úřad, ani Magistrát hlavního města Prahy, aby na tuto zvýšenou potřebu péče navýšil dotaci. NNO nemá na tuto dotaci právní nárok. Je pravda, že finanční navýšení bylo značné. Pro úřady nebylo přijatelné navýšit dotaci pro jednu klientku v situaci, kdy dle jejich názoru se snadno mohla obrátit na jiná zařízení, kde by jí byla poskytnuta potřebná péče. Sociální pracovnice chráněného bydlení konstatovala: *„bohužel je nepřesvědčilo zvýšení kvality života naší klientky, posuzovali nepoměr mezi finančně nákladným opatřením, a tím, že pomohou pouze jednomu člověku, navíc, když z jejich pohledu, existují jiná zařízení, kde může být paní K. péče poskytnuta“*. Nebýt sestry paní K., nemohla by si dovolit zemřít tam, kde si přála – tedy doma.

Jako další problém označili pracovníci chráněného bydlení vlastní nepřipravenost na tyto situace. Velmi dobře si uvědomovali, jak bylo těžké na poslední chvíli zjišťovat, jaké existují další organizace, se kterými by navázali spolupráci. Zároveň neměli čas žádat o finance u různých nadací, protože schvalovací proces trvá delší dobu a navíc s nejistým výsledkem. Po této zkušenosti bylo všem jasné, že na péči o klienty v seniorském věku a na péči o ně na sklonku života je potřeba se pečlivě připravit dlouho dopředu. Museli si přiznat, že to, že se vše podařilo tak, jak chtěli, byla jen šťastná souhra okolností, a to je pro profesionální organizaci nedostatečné. Nelze z této zkušenosti vyvodit žádný univerzální postup, který by fungoval i příště. Vědí, že do příště musí mít jasné konzistentní postupy, které nejsou závislé na náhodných nesystémových řešeních.

Závěrem vedení organizace konstatovalo, že byt' mají za sebou velmi hezkou a povzbuzující zkušenost, nejsou si jisti, zda je v současné době možné, tak jak je systém poskytování sociálních služeb v ČR postaven a za současného financování, dostat závazku, že budou poskytovat své služby klientům až do konce života. To, že se to celé zdařilo, bylo spojeno s jednou konkrétní klientkou a hlavně díky její sestře, která poskytla finanční zázemí. Také zastávala práva klientky hlavně vůči zdravotnickému personálu. Organizace nenašla finanční podporu ani od krajského úřadu, ani od magistrátu. Také se nepodařilo navázat smluvní kontrakt se zdravotní pojišťovnou, která by hradila nutnou zdravotní péči. Po celou dobu měli pracovníci chráněného bydlení pocit, že chtějí něco, co je absolutně mimo běžnou praxi. Bylo jim několikrát sděleno, že senioři a umírající do chráněného bydlení nepatří.

10.1.3 Shrnutí výsledků kvalitativního šetření

V kvalitativním šetření, a to jak prostřednictvím polostrukturovaného dotazování, tak prostřednictvím případové studie, jsem získala důležitá data, díky kterým mohu sestavit pořadí nejčastěji zmiňovaných překážek, které brání pečovat o klienty chráněných bydlení v seniorském věku a v době umírání. Ve třetí části práce budu hledat možná řešení jednotlivých obtíží. Na závěr vyhodnotím výzkumný předpoklad č. 3, zda lze najít uspokojivá řešení, která umožní seniorům zůstat v chráněném bydlení až do konce života. V případě, že některé obtíže zůstanou nedořešené, uvedu návrhy, jak dál podporovat snahy o změnu.

Nejčastěji byly zmiňované tyto problematické oblasti:

- Legislativa
- Zdroje financování

- Technické vybavení, bezbariérové prostory, vzdělávání
- Tabuizace tématu stáří, umírání a smrti

11 Problematické oblasti vyplývající z výzkumu a jejich možná řešení

11.1 Legislativa

11.1.1 Zákon o sociálních službách

Dotazovaní respondenti často v průzkumu vyslovovali názor, že senioři do chráněných bydlení nepatří a už vůbec ne umírající. Zároveň respondenti uváděli, že pokud vedli diskusi na toto téma na sociálním odboru obcí či krajů, i zde většina představitelů zastávala stejný názor. Osobně jsem se s tímto názorem opakovaně setkávala v době, kdy jsem pro naše chráněné bydlení vyjednávala finanční prostředky na úhradu zvýšené péče pro klienta v seniorském věku. Jedním z možných důvodů, proč většina zastává tento názor, je úzce vyprofilovaná typologie sociálních služeb. V praxi to znamená, že klient, v našem případě člověk s mentálním znevýhodněním, splňuje požadavky vymezené cílové skupiny konkrétní sociální služby jen po určité etapu svého života. Nejčastější důvody pro nutnou změnu sociální služby pak bývají: dosažení určitého věku, změna potřebné míry péče a podpory, změna zdravotního stavu.

Sociální služby za současné typologie se hůře přizpůsobují potřebám klientů. Individualizace jednotlivých sociálních služeb je spíše potlačována. Služby se nepřizpůsobují měnícím se potřebám klienta. Právě klient je ten, kdo musí dělat změny, aby splnil požadavky úzce vyprofilovaných sociálních služeb.

Stávající způsob klasifikace sociálních služeb, který ne vždy plně odpovídá potřebám praxe, by se mohl změnit novelou zákona o sociálních službách. Jedním z avizovaných cílů novely je poskytování sociálních služeb „šité na míru potřebám vyplývajících z nepříznivé sociální situace“. (http://socialnirevue.cz/wpcontent/uploads/2016/05/Novela_zakona_o_socialnich_sluzbach_pracovni_verze.pdf)

V praxi by tato změna mohla přinést širší možnosti naplnění individuálních potřeb jednotlivých klientů. Vráťme-li se k našemu hlavnímu tématu, pracovníci chráněného bydlení by nemuseli zřizovatelům, územně samosprávným celkům, ani lékařům a jiným autoritám zdůvodňovat, proč chtějí poskytovat péči svým klientům také v seniorském věku. Měl by stačit argument, že klient si tak přeje a zařízení se snaží přizpůsobit klientovým přáním.

Dosud se proti tvrzením, že chráněné bydlení není zařízení pro seniory potřebující zvýšenou sociální a ošetrovatelskou péči, nedařilo najít oporu v zákoně o sociálních službách. Po platnosti novely by opora byla jasnější – sociální služby by měly být „šité na míru“ potřebám klientů. Navíc chystaná novela ve svém shrnutí znovu opakuje, že novelizovaný zákon o sociálních službách bude ještě více posilovat důraz na individuální přístup ke klientům a ochranu lidských práv. (http://socialnirevue.cz/wpcontent/uploads/2016/05/Novela_zakona_o_socialnich_sluzbach_pracovni_verze.pdf) Tedy v našem případě má klient plné právo určit si místo, kde chce žít poslední roky svého života, a kde by chtěl zemřít. Chráněné bydlení by mělo využít všechny prostředky, aby toto právo klienta bylo naplněno.

11.1.2 Zakotvení dlouhodobé péče v legislativě

Klienti chráněného bydlení potřebují ve stáří nejen zvýšenou potřebu sociální péče, ale i péče zdravotní, jejíž potřeba se s věkem se zvyšuje. Tuto sociálně zdravotní oblast by měl ošetřit zákon o dlouhodobé péči. Měl by specifikovat, o jakou péči se jedná, kdo je příjemcem zdravotně sociální péče, kdo, kde a za jakých podmínek ji poskytuje a kdo ji hradí. Cílem je, aby člověk měl k dispozici celé spektrum služeb, ze kterých je možné sestavit komplexní zdravotně sociální péči a podporu v jeho přirozeném prostředí. Hospitalizace by mohla probíhat jen na nezbytně nutnou dobu. Dalším cílem je, aby finanční prostředky, kterých by bylo zapotřebí k hrazení péče z obou systémů, tedy jak ze zdravotního, tak sociálního, byly spravedlivě rozděleny.

Zákon o dlouhodobé péči však v současné době neexistuje, ačkoliv se na jeho přípravě již několik let pracuje. Největší úskalí spočívá v tom, že je to oblast, do které zasahují dva resorty – sociálních věcí a zdravotnictví. Aby zákon mohl vzniknout, musí nejprve tato dvě ministerstva dojít ke shodě v mnoha aspektech v poskytování dlouhodobé péče. Asi nejproblematičtější je způsob financování. V současné době resort zdravotnictví, resp. zdravotní pojišťovny odmítají financovat některé výkony zdravotní péče v sociálních službách. To dostává sociální služby, poskytované zejména nestátními neziskovými organizacemi, do neřešitelných situací. Někteří respondenti v šetření uváděli, že se potýkají s problémem, kdo uhradí některé úkony zdravotní péče – z dotací na sociální služby to není možné, zdravotní pojišťovny se zařízením odmítají podepsat smlouvu a potřebné zdravotní úkony nepředepíše ani praktický lékař z obavy, že tyto úkony zdravotní pojišťovna neuhradí. Z šetření je také zřejmé, že každé chráněné bydlení postupuje trochu jinak. To je dle mého názoru důsledek absence zákona o dlouhodobé

péči, který by zajistil jednotný, jasný a pro všechna zařízení udržitelný systém bez ohledu na to, zda se jedná o nestátní organizace, nebo příspěvkové organizace kraje. Některá zařízení v průzkumu uvedla, že na poskytování výkonů zdravotní péče zaměstnávají zdravotní sestru, kterou platí z ostatních zdrojů. Toto řešení uváděla chráněná bydlení, která jsou příspěvkovou organizací kraje. Zřizovatel – kraj jim náklady na zdravotní sestru hradí právě v podobě ostatních zdrojů. Chráněná bydlení zřízená jako nestátní neziskové organizace (NNO) v průzkumu uvedla, že si nemohou dovolit zaměstnávat zdravotní sestry, protože NNO vesměs nedisponují ostatními zdroji. Mají pouze finanční rezervy z darů, které jsou často natolik malé, že nestačí k pokrytí nákladů na zaměstnání zdravotní sestry. Získat smlouvu se zdravotními pojišťovnami, aby službám byly propláceny úhrady za provedené zdravotní úkony, je pro NNO také problematická. Mám vlastní zkušenost ze zařízení chráněného bydlení, s nímž zdravotní pojišťovna odmítla smlouvu podepsat.

Dalším způsobem zajištění zdravotní péče v sociálních službách, kterou respondenti zmínili, je využití zdravotní péče poskytované zdravotními sestrami z agentur domácí péče. Podmínkou však je, že potřebný zdravotnický úkon předepíše praktický lékař. Ne vždy však praktičtí lékaři úkony indikují, protože vědí, že bude problematické získat úhradu od zdravotní pojišťovny.

Pro poskytovatele sociálních služeb se tedy jedná o velmi komplikovanou situaci, která má přímý dopad na klienty. Často není cesta, jak klientům v chráněném bydlení zprostředkovat kromě sociální péče, také péči zdravotní, bez níž ale zůstat nemohou. V důsledku je to jeden z důvodů, proč klienti musí ze svého prostředí chráněného bydlení odejít do zařízení, kde jim bude zdravotní péče poskytnuta. Nejčastěji se jedná o pobyt v nemocnici, později na oddělení následné péče.

Jak vyplynulo z výzkumu, klienti chráněných bydlení zřízených krajem, mají často možnost odejít do domova pro osoby se zdravotním postižením, který provozuje stejný poskytovatel a často se nachází nedaleko chráněného bydlení. I v tomto případě se ale musí klient stěhovat, přesto je to ale vhodnější (nebo šetrnější) varianta v porovnání s pobytem v nemocničním zařízení.

V předchozích odstavcích jsem zmiňovala, že zdravotní pojišťovny nechtějí proplácet některé zdravotní úkony poskytované v sociálních službách, což komplikuje situaci poskytovatelům chráněných bydlení. Jedná se především o přípravu a podávání léků. Lékař zhodnotí, zda si klient zvládne léky brát sám, či nikoliv. Pokud zhodnotí, že nikoliv, musí předepsaný lék podat pouze zdravotník, viz vyjádření ministerstva

zdravotnictví (www.mzcr.cz). Teoreticky by to mělo být tak, že lékař indikuje tento úkon a zdravotní pojišťovna ho proplatí. Praxe je ale často jiná. Praktický lékař buď indikuje výkon a zdravotní pojišťovna ho neproplatí, takže výkon musí uhradit chráněné bydlení, anebo praktický lékař, vědom si komplikací s pojišťovnou, úkon vůbec nepředepíše. Z výzkumu vyplynulo, že chráněná bydlení v takovém případě, zejména se to týká zařízení NNO, podání léků zajistí, ale berou na sebe mimořádné riziko. Léky podá sociální pracovník, byť je to úkon mimo jeho kompetence. Takto otevřeně nesprávný postup potvrdila jen tři zařízení, ostatní se vyjadřovat nechtěla. K tomuto jednání jsou nuceni vnějšími okolnostmi. Jinou možností, kterou zařízení v této situaci mají, je propustit klienta, který tuto péči potřebuje. Do doby, než bude platit zákon o dlouhodobé péči, který by tyto nejasnosti a nesystémová řešení odstranil, nemají poskytovatelé, zejména ti menší nestátní, mnoho možností. Pokud budou ukončovat smlouvy s klienty, kteří mají zvýšenou potřebou sociálně zdravotní péče, potvrzují tak nechtěně názory, že do chráněného bydlení patří pouze klienti, kteří jsou mladšího věku a musí být zdravotně zcela v pořádku.

Pro chráněná bydlení, která se rozhodla poskytnout péči klientům až do konce života je tedy klíčové, aby došlo k domluvě mezi ministerstvy sociálních věcí a zdravotnictví a byl nastaven systém poskytování sociálně zdravotní péče. Takový systém, který si mohou dovolit všechna zařízení, i ta menšího rozsahu, která nemají finanční podporu místních samospráv jako zřizovatele.

Současný stav vystavuje některá zařízení dilematům, zda propustit klienty, protože si nemohou dovolit financovat nákladnou zdravotní péči, anebo péči zajistit, ale s velkými riziky. Obě varianty jsou špatné. Mnoho poskytovatelů se s tímto stavem nechce smířit, proto jsou nuceni vést zdlouhavé diskuse se zdravotními pojišťovnami, sdružovat se v profesních skupinách a vytvářet tlak na změnu, aby vznikla jasná, jednotná a rovná pravidla pro všechny, což ale ubírá sociálním pracovníkům čas a energii v práci s klienty.

11.1.3 Zakotvení paliativní péče v legislativě

Zákon o paliativní péči v ČR neexistuje, ale začínají se objevovat diskuse o jeho potřebnosti. O zákoně se začalo hovořit v souvislosti s pilotním projektem Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), která ve spolupráci s některými vybranými mobilními (domácími) hospici zkouší nastavit úhrady za zdravotní hospicovou péči v domácím

prostředí klienta. Projekt je v současné době v realizaci a dosud nejsou známy ani jeho dílčí výsledky.

Zákon o paliativní péči by mohl nastavit podmínky péče o umírající tak, aby mohli lidé zemřít tak, jak si přejí. Ve svém prostředí, důstojně a se zárukou dostupné kvalitní péče. Zahrnovala by v sobě všechny čtyři základní pilíře paliativní péče (zdravotní, sociální, psychologickou a duchovní).

V provedeném výzkumu pro účely této práce jedno zařízení chráněného bydlení uvedlo, že spolupracovalo s domácími hospici. Paliativní péči, kterou hospice poskytovaly jejich klientce, považovali pracovníci chráněného bydlení za klíčovou, díky níž péči o užívatelku zvládli. Zároveň ale potvrdili, jak problematické bylo financování domácí hospicové služby. Velkou část péče musela klientka sama hradit. Bylo to pro ni finančně náročné do té míry, že ji musela s platbami pomoci její sestra. A to platby od klientky zdaleka nepokrývaly skutečné náklady na péči. Hospice dofinancovaly vzniklý rozdíl z vlastních zdrojů, protože zdravotní pojišťovny zatím zdravotní výkony domácích hospiců nehradí. Tato komplikace může být jednou z příčin, proč domácí paliativní péče je v ČR tak málo dostupná. Nejsou-li vyjasněné podmínky financování, nemůže dojít k rozvoji této péče. V ČR existuje jen kolem 25 zařízení typu domácího hospicu.

Zajímala jsem se o situaci v oblasti domácí paliativní péče v Plzeňském kraji, protože v tomto kraji působí zařízení chráněného bydlení, které plánuje v případě potřeby využívat tuto péči pro své klienty. V Plzeňském kraji je jediný domácí hospic s velmi malou kapacitou. Dle slov ředitelky zařízení svou kapacitou pokryjí pouze malý zlomek poptávky. Zároveň není v jejich silách pokrýt větší území než v okruhu do 20 kilometrů od Plzně.

Na základě informací, které jsem z výzkumu získala, a rovněž na základě vlastních zkušeností s vedením chráněného bydlení, jsem přesvědčena, že chráněná bydlení by pečovala o klienty až do konce jejich života v mnohem větším měřítku, kdyby existovalo více terénních hospiců, jejichž služby jsou ve zvládnutí péče o umírající zásadní. Rozvoj domácí hospicové péče ale souvisí s dostatečnou finanční zajištěností. Je nezbytné, aby jim byly propláceny zdravotní výkony zdravotními pojišťovnami. Zatím tomu tak není. Pokud se stávající systém nezmění, nelze očekávat, že by síť domácích hospiců rostla. Zbytečně jsou tak klienti na sklonku života odesíláni do nemocnic, přestože by mohli být ve vlastním prostředí. A to jen proto, že na mnoha místech terénní specializovaná paliativní péče chybí.

Ministr zdravotnictví se na začátku roku 2017 vyjádřil k legislativnímu ukotvení paliativní péče a jejímu financování v zákoně o zdravotních službách. Původně hovořil o samostatném zákoně o paliativní péči, nakonec se přiklonil k variantě dát vzniku samostatného zákona více času. V současné době dle jeho slov vznikla pracovní skupina, která by měla návrh zákona připravit. Očekává se, že by nejpozději do dvou let měla vzejít první verze. Zatím by paliativní péče byla legislativně ošetřena v zákoně o zdravotních službách. (<http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/01/hospice-dostanou-pravni-ukotveni-na-zakon-o-dlouhodobem-a-paliativni-peci-si-ale-budou-muset-pockat/>)

11.2 Zdroje financování

11.2.1 Různorodost ve financování v závislosti na typu zřizovatele, ale i v závislosti na prioritách jednotlivých krajů

Z provedeného šetření vyplývá, že chráněná bydlení jsou různě financovaná, podle toho, kdo je jejich zřizovatelem. Pokud se jedná o příspěvkové organizace města/obce nebo kraje, jejich náklady na poskytování péče jsou zpravidla plně hrazené jejich zřizovatelem. Jedná-li se o nestátní neziskové organizace, nemají na finanční dotace od kraje či obce nárok. I tak většina z nich každý rok získá určitou část financí na pokrytí nákladů na provoz zařízení, jedná se ale o zlomek skutečných nákladů zařízení. Tyto finance z veřejných rozpočtů podle § 101a zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou krajům přidělovány jednotlivým poskytovatelům druhým rokem, dříve je tito poskytovatelé získávali přímo od MPSV. Jak bylo řečeno, jedná se o nenárokové dotace, tzn. zařízení (NNO) s nimi nemůže automaticky počítat. Navíc o tyto dotace na provoz musí poskytovatelé žádat každý rok znovu. Dotace jsou každoročně v jiné výši, zařízení si tedy nemůže dělat dlouhodobé finanční plány rozvoje do budoucna, protože neví, v jaké finanční situaci v následujícím roce bude.

Dalšími finančními zdroji jsou dary a platby od klientů (platby od klientů mají NNO a příspěvkové organizace společně). Z výzkumu bylo zřejmé, že chráněná bydlení příspěvkových organizací jsou na tom finančně lépe, než chráněná bydlení zřízená NNO. Jasně to bylo vidět na financování zdravotní péče. Příspěvkové organizace většinou uváděly, že dostávají ostatní zdroje od zřizovatele na financování zdravotního personálu. Chráněná bydlení poskytovaná NNO tyto zdroje ale nemají a jsou více závislá na ostatních sociálních a zdravotních službách v jejich lokalitě, se kterými spolupracují v případě, že sami na péči o klienty nestačí, např. poskytování zdravotní péče zdravotní sestrou.

Další rozdíl je, že klienti chráněných bydlení poskytovaných NNO se často musejí podílet na financování těchto spolupracujících služeb nad rámec svého příspěvku na péči. Z šetření, zejména pak z podrobné kazuistiky, je zřejmé, že NNO mají mnohem více potíží se zajištěním financí na úhradu zvýšené péče o klienta. Pouze pracovníci chráněných bydlení NNO pak uváděli, že museli žádat rodinné příslušníky o dofinancování vyšší míry péče, a ti, bylo-li to v jejich možnostech, na úhradu péče dopláceli. Takový postup je samozřejmě možný, ovšem je velmi nesystémový a nelze jej považovat za univerzálně platné řešení.

Podle zkušeností a výpovědí respondentů jsou mnozí poskytovatelé nuceni řešit finanční těžkosti ad hoc a jsou závislí na ochotě jednotlivců přispět na úhrady spojené s vyšší potřebou péče. Je jasné, že tímto způsobem systém nemůže fungovat. Takto nekonceptně nelze do budoucna plánovat.

Poskytovatelé služeb chráněného bydlení také mají rozdílné zkušenosti se získáváním podpory krajů. Ta je nejednotná. Záleží na prioritách, které si jednotlivé kraje na konkrétní období stanovily. To znamená, že co neschválí jeden kraj, je v jiném kraji možné. Odbor sociálních věcí v jednom kraji odmítá poskytnout dotaci na zvýšenou péči klienta – seniora v chráněném bydlení, tentýž odbor jiného kraje finanční podporu, alespoň částečnou, poskytne.

Jedním z řešení stávající situace může být garance minimální výše finančního zajištění pro každé zařízení bez ohledu na typ poskytovatele, které umožní klientům poskytnout standardní péči v závislosti na jeho potřebách. Dalším řešením je adresná dotace pro konkrétního klienta v jeho aktuální životní situaci. Pokud si klient přeje zůstat ve svém prostředí a čerpat externí služby, nemělo by jeho právo na výběr místa podléhat tomu, zda má dostatek financí na zaplacení péče. Klient by neměl odcházet do nemocnice jen proto, že za pobyt v nemocnici nemusí nic platit. Jedná se o krátkozraké řešení, protože pobyt v nemocnici stojí státní rozpočet nemalé peníze, obecně více než péče v domácím prostředí.

Na závěr této kapitoly mohou shrnout, že nesystémové nenárokové financování sociálních služeb péče je jedna z příčin nejisté budoucnosti a nemožnosti koncepčního rozvoje.

11.2.2 Problematika příspěvků na péči

Příspěvek na péči řeší situaci člověka s hendikepem, aby si mohl zaplatit péči druhé osoby, protože sám si vlastními silami některé ze svých potřeb nedokáže zajistit.

Z osobní zkušenosti sociální pracovnice služby chráněného bydlení vím, že výše přiznaného příspěvku často neodpovídá tomu, kolik skutečné péče klient potřebuje. Neadekvátně přiznaný příspěvek na péči není jen ve smyslu, že je přiznán příspěvek menší, než klient ve skutečnosti potřebuje, ale i naopak, klient má vyšší příspěvek, než skutečně potřebuje. Druhá možnost je sice méně častá a finančně chráněné bydlení nezatěžuje, přesto je špatná. Přiznání většího příspěvku, než je potřeba, se týká hlavně mladších klientů. Správný postup při vyúčtování úhrad za poskytnutou péči je, že klient zaplatí jen skutečně odebrané úkony péče, zbytek příspěvku na péči mu zůstává. Pokud tedy klient má přiznaný vyšší příspěvek na péči, než s ohledem na svůj zdravotní stav a schopnosti skutečně potřebuje, a tedy nevyžaduje takovou míru podpory, jaká se u dané výše příspěvku na péči předpokládá, zbytek příspěvku často utratí za osobní výdaje. Na ty ale příspěvek určen není. Pokud takovému klientovi zbývá příspěvek na péči pravidelně, měl by on nebo zařízení zažádat o snížení příspěvku. To však má svá úskalí. Současný systém sociálního šetření a následného procesu přiznání správného stupně příspěvku na péči není dostatečně pružný, aby dokázal rychle zareagovat na životní změny klienta. Je proto na místě obava, zda bude klientovi příspěvek na péči dostatečně rychle navýšen ve chvíli, kdy se jeho nároky na péči zvýší. Ze strachu, že by klientovi později nemusel být příspěvek vyššího stupně přiznán, se k takovému kroku nikdo neodhodlá. Současně platí, že o snížení dávek až na skutečné výjimky nikdo nežádá, navíc kontrola využívání příspěvku na péči prakticky neexistuje. Z mého pohledu přiznáním vyššího příspěvku na péči, než klient skutečně potřebuje, dochází k plýtvání veřejnými prostředky, které jinde v systému chybí.

Častější situací je, že klient má přiznaný menší příspěvek na péči, než je jeho skutečná potřeba péče. Tento problém již chráněná bydlení značně finančně zatěžuje. Pracovníci chráněných bydlení nemohou poskytnout méně péče jen proto, že klient nemá na úhradu dostatek peněz. Takové jednání by bylo značně neetické. A tak se zařízení snaží tento rozdíl vyrovnat většinou z darů.

S rostoucím věkem klientů a zároveň se zvyšující potřebou zdravotně sociální péče, problematika příspěvku na péči nabývá na intenzitě. Míra potřebné péče u seniora může být tak vysoká, že na její úhradu nemusí stačit ani 4. stupeň příspěvku na péči. Předpokládá se, že klient by dostával péči jak od pracovníků chráněného bydlení, tak od dalších externích služeb. Některé z nich si musí hradit, jedná se např. o služby mobilního hospice, či úhradu kompenzačních nebo hygienických pomůcek aj.

Pokud by nebylo v možnostech zařízení hradit tento vzniklý rozdíl, klient se dostává do svízelné situace. Buď musí žádat svoji rodinu o finanční pomoc, což ovšem není systémové řešení, anebo musí odejít do jiného zařízení, které ale často neodpovídá jeho potřebám.

Vhodnějším řešením, než je přiznání příspěvku na péči byt' nejvyššího stupně 4, by řešením bylo přiznávat výši příspěvku na péči v závislosti na skutečné potřebě péče v konkrétní situaci a životní etapě každého člověka. Adresné posouzení životní situace je vždy efektivnější. Řeší se tím problém, kdy člověk dostává zbytečně větší příspěvek na péči, než potřebuje, a tedy se plýtvá veřejnými financemi, nebo naopak člověk dostává menší příspěvek, než by ve skutečnosti potřeboval, což ohrožuje zajištění klientových základních životních potřeb.

11.2.3 Problematika placení externích sociálně zdravotních služeb

Externími sociálně zdravotními službami jsou myšleny hlavně domácí hospice poskytující specializovanou paliativní péči v domácím prostředí klienta, dále zdravotní služby agentury domácí péče, popř. pečovatelská služba nebo osobní asistence v případě, že chráněné bydlení nezvládne pokrýt 24 hodinovou péči svými pracovníky v sociálních službách. Z výzkumu vzešlo, že většina chráněných bydlení, která jsou poskytována krajskými příspěvkovými organizacemi, nikdy nespolupracovala s externími službami. Nepotřebují je, protože zejména zdravotní služby si zajišťují sami vlastními zdravotními sestrami a nepoptávají tedy jiné služby. Buď tato zařízení mají smlouvu se zdravotními pojišťovnami a zdravotní úkony jsou jim propláceny přímo, anebo platí zdravotníky z ostatních zdrojů, kterými díky zřizovateli disponují.

U nestátních neziskových organizací je situace jiná. Poskytovatelé sociálních služeb - nestátní neziskové organizace více spolupracují s externími organizacemi, protože nemohou všechny služby, zejména pak zdravotní, poskytovat sami. Klienti chráněných bydlení poskytovaných NNO se pak mohou dostat do složité situace, kdy si jak sociální službu chráněného bydlení, tak další potřebné terénní služby, zejména pak zdravotní, musí hradit sami. Především se to týká využívání domácí hospicové služby. I přesto, že nyní probíhá pilotní projekt, ve kterém vybrané domácí hospice spolu s VZP zkouší nastavit proplácení zdravotních úkonů pojišťovnou, stále platí, že si musí klient péči hradit. U většiny hospiců se jedná o částku 200 Kč na den. Za předpokladu, že si klient k tomu hradí celodenní péči pracovníka v sociálních službách v chráněném bydlení, nemůže z příspěvku na péči uhradit obě tyto služby. A to ani z nejvyššího 4. stupně

příspěvku na péči. Pro příklad uvádím výpočet úhrad za jeden kalendářní měsíc: Hodina péče v chráněném bydlení stojí 130 Kč. Klient na konci svého života obvykle potřebuje intenzivní péči a podporu pracovníků v sociálních službách. Celkem odhaduji zhruba 4 hodiny denně za předpokladu, že část dne pečuje zdravotní či jiný personál domácího hospice. Celkem 4 hodiny péče chráněného bydlení stojí klienta 520 Kč denně, to je 16 120 Kč měsíčně. Platba domácímu hospici je 200 Kč denně, tedy 6 200 Kč měsíčně. Celkem péče klienta stojí 22 320 Kč měsíčně (částky jsou pouze orientační). Klient disponuje příspěvkem na péči nejvyššího 4. stupně, a to ve výši 13 200 Kč. Rozdíl 9 120 Kč buďto musí uhradit rodinní příslušníci klienta, nebo jej klient platí ze svého starobního důchodu, nebo tuto částku nebo její část musí hradit chráněné bydlení z darů jednotlivců, nadací, nadačních fondů aj. Bez těchto darů by nebylo možné náklady na péči zaplatit a klient by nemohl zůstat tam, kde si přeje. Je to velmi nesystémový přístup a představuje velkou nejistotu do budoucna.

Je tedy nutné, aby základní péče byla placena z jistých zdrojů, se kterými lze počítat. Zdravotní péče by měla být hrazena ze zdravotního pojištění – domácími hospicům v současné době nejsou zdravotní výkony hrazeny zdravotní pojišťovnou, sociální péče je nyní placena z příspěvku na péči, ten ovšem musí korespondovat s mírou potřebné péče. Měla by být posouzena konkrétní situace jednotlivce a jeho konkrétní potřeby v daném životním období. Umírání ve vlastním domácím prostředí by neměl být luxus, který si nemůže každý dovolit. Měla by to být samozřejmost, pro ty, kteří si to tak přejí. V nemocnici náklady na pacienta stojí zdravotní pojišťovny nemalé peníze. Není tedy důvod, proč by část těchto peněz neměly dostat terénní organizace, které o tyto lidi pečují v jejich vlastním prostředí. Agentur domácí péče je dostatek. Ve výzkumu některá chráněná bydlení zmiňovala, že s nimi spolupracovala. Jejich zdravotní úkony jsou hrazeny ze zdravotního pojištění za předpokladu, že úkony indikuje praktický či specializovaný lékař. Chráněná bydlení neměla dle odpovědí respondentů ve spolupráci s agenturami domácí péče problémy. Zdravotní sestry z agentur domácí péče ovšem provádějí pouze konkrétní zdravotní úkony, neposkytují komplexní péči o umírajícího člověka, proto se nedají jejich služby zaměňovat se službami domácích hospiců. Jsou to dvě různé služby a obě jsou velmi důležité v době péče o umírajícího člověka.

11.3 Technické vybavení, bezbariérové prostory, vzdělávání

11.3.1 Technické vybavení, bezbariérové prostory, pomůcky

Z výzkumu vyplynulo, že většina zařízení služeb chráněného bydlení jsou bariérová. Právě bariérovost prostor byla jedním z důvodů, který respondenti uváděli jako důvod, proč by v jejich zařízení nemohli být imobilní, nebo špatně pohybliví klienti. Dále někteří respondenti zmiňovali nedostatečnou velikost obytných prostor, do kterých by v případě potřeby nebylo možné umístit polohovací lůžko, opěrný systém apod. Ovšem domnívám se, že je to pouze jedna z překážek, která je odstranitelná. Řešení mohou často provést samotná zařízení. Bezbariérové úpravy, případně úprava velikostí obytných prostor, znamenají finanční investice, ale situace je řešitelná.

Z praxe vím, že finanční dotace na stavební úpravy k odstranění bariér lze získat. V případě chráněných bydlení nestátních neziskových organizací se lze obracet na různé nadace a nadační fondy. Výzvy k předložení projektových žádostí na zajištění bezbariérového přístupu tito donátoři vyhláší opakovaně a z těchto zdrojů je reálné finance získat. Z údajů vycházejících z našeho šetření vyplývá, že ani chráněná bydlení příspěvkových organizací nemají větší problém získat finanční prostředky na různé úpravy interiéru od svého zřizovatele – kraje.

Ze získaných dat je jasné, že upravit interiér bydlení tak, aby byl vhodný pro hůře pohyblivé klienty nebo klienty trvale upoutané na vozík je reálné, jen je potřeba plánovat stavební úpravy s dostatečným předstihem a na realizaci se připravit. To znamená dopředu identifikovat možná věcná, provozní, finanční, časová a legislativní rizika, která mohou být s realizací stavebních úprav spojena, a připravit si postup, jak tato rizika eliminovat nebo je alespoň snížit.

Díky zkušenostem s vedením služby chráněného bydlení a díky přípravám na poskytování péče klientům i v seniorském věku jsme si postupně s kolegy zhotovili seznam důležitých bodů, které je potřeba vyřešit, aby bydlení bylo bezpečným místem pro stárnoucí klienty. Zároveň jsem čerpala z publikace, kterou vydala Diakonie ČCE s názvem O bydlení seniorů (2009), konkrétně z příspěvků Glosové a Lhotákové. Následující body budou odvozeny z obou zmíněných zdrojů.

Podmínky, které je nezbytné, aby služba chráněného bydlení zajistila pro klienty v seniorském věku:

- a) Vybudování výtahu či alespoň umístění tzv. schodolezu, aby senior mohl zdolat schody a nebyl odkázán žít v izolaci svého pokoje.
- b) Vybavení protiskluzovými podložkami zejména v koupelně a ve sprše, které slouží jako ochrana proti pádům.
- c) Umístění madel na WC, do koupelny a v pokoji seniora.
- d) Dobré osvětlení – opatření proti pádům a velmi zvyšuje bezpečnost seniora. Je vhodné zajistit kombinaci osvětlení, které se rozsvítí samo v okamžiku vstupu člověka do prostoru – zejména v noci, a světla, která se dají zapnout podle potřeb, zásuvky musejí být v dosahu.
- e) Prostor pro seniora musí splňovat potřebu soukromí, aby nebyla ohrožena jeho důstojnost. Zároveň nesmí být izolován od ostatních klientů v bydlení, aby se s nimi v případě potřeby měl možnost setkávat a nebránily mu různé bariéry.

V souvislosti s úpravou prostor je důležité myslet na kompenzační pomůcky. Pokud klient nebo chráněné bydlení nemá finance na zakoupení těchto pomůcek, lze využít výpůjčky, a to zejména v situaci, kdy se jedná o dočasné používání a není proto potřeba, aby klient nákladná zařízení kupoval. Pokud se jedná o méně nákladnou, osobní pomůcku, pak je nákup na místě, jinak není nutný. Existuje již celá řada půjčoven kompenzačních pomůcek. Dokonce i zmíněný schodolez je možné zapůjčit. Domácí hospic Cesta domů zapůjčuje po indikaci lékařem kromě standardních kompenzačních pomůcek také kyslíkové koncentrátory (www.cestadomu.cz).

Z vlastních zkušeností, z dat z výzkumu od části respondentů a po prozkoumání tohoto tématu na internetu, mohu konstatovat, že překážky technického rázu jsou řešitelné a je možné díky různým grantům překonat i finanční náročnost. Nutná je ale včasná a důkladná příprava.

11.3.2 Vzdělávání, práce se zaměstnanci

V odpovědích na otázky týkající se vzdělávání pracovníků zazněly od respondentů dvě důležité informace. Část dotázaných si je vědoma nutnosti dále se vzdělávat v oblasti péče o starší klienty, pokud zařízení chráněného bydlení chtějí mít neomezenou věkovou strukturu klientů. Tito respondenti vědí, že nevyhnutelně přijde doba, kdy se změní potřeby klientů a ti budou vyžadovat jiný způsob péče a podpory.

Tito pracovníci vědí, že nový způsob poskytování péče seniorům se musejí naučit. Dále ovšem z výzkumu vyplynulo, že někteří, pracovníci chráněného bydlení se péčí o seniory vyhýbají, nebo se jí obávají. Z těchto důvodů tuto problematiku zařízení příliš neřeší. Dle jejich slov zatím není aktuální. Tedy odkládají přípravu na změnu cílové skupiny, a to i v situaci, kdy zařízení buď chce rozšířit věkovou strukturu cílové skupiny o seniory, nebo už má neomezenou věkovou strukturu klientů.

Oblast vzdělávání pracovníků v chráněném bydlení by se dala rozdělit do dvou částí. První téma tvoří vzdělávání zaměřené na přípravu pracovníků k přijetí nové koncepce chráněného bydlení, rozšířené o program poskytování péče klientům ve starším věku a v době umírání. Druhým tématem už je přímo zajištění vzdělávání v péči o klienty staršího věku a v době umírání

Připravit personál na změnu může být komplikovaný proces, proto je nutné mu věnovat dostatečnou pozornost. Z vlastní zkušenosti a také ze zkušenosti jiného chráněného bydlení, které však nebylo zařazeno do našeho výzkumu, vím, že práce se zaměstnanci týkající se plánovaných změn je nezbytná, aby se následně mohl nový program vůbec realizovat. Nestačí pouhá změna strategie služby ze strany vedení chráněného bydlení potvrzená ve veřejném závazku, v němž se změnil údaj o věku na věkově neomezené služby. Nepřipravení zaměstnanci, kteří mají strach či nechuť nový program přijmout, mohou realizaci programu velmi znesnadnit.

Vedení chráněného bydlení by mělo vést se zaměstnanci společné diskuse o chystané změně. Zaměstnanci by měli mít možnost vyjadřovat své připomínky a návrhy. Nejlepší varianta je, pokud mohou na celé přípravě zaměstnanci participovat – tedy mít účast v rozhodovacích a plánovacích procesech.

Výhody participace jsou následující:

- a) Participace zvyšuje pravděpodobnost nalezení kvalitnějšího řešení. Vždy, když se na hledání řešení podílí větší skupina lidí, objevuje se více nových nápadů a návrhů, které pracovníci přinášejí ze svých pracovních pozic.
- b) Participace zvyšuje pravděpodobnost zajištění vyšší efektivity. Pokud se pracovníci podílí na plánování a hledání řešení, berou takové rozhodnutí více za své a mají daleko větší zájem kontrolovat naplňování plánu.
- c) Participace dává prostor pro komunikaci, možnost sdílení emocí, obav aj.

Aby pracovník mohl přejít ze strachu do roviny racionálního jednání, potřebuje srozumitelná a ucelená pravidla a postupy své nové náplně práce. Potřebuje také znát, na

koho se může obrátit v případě, že bude potřebovat pomoc. Zároveň je důležité, aby pracovník měl rozumově zdůvodněno, proč je pro klienty tak důležité, aby mohli zůstat ve svém prostředí až do konce života. Pak je velká šance, aby změnu ve své práci přijal, protože ví, proč to dělá. Poté co personál změnu či vizi přijme, se mohou zaměstnanci vzdělávat, aby uměli reagovat na jiné potřeby klientů, než na jaké byli doposud zvyklí. Existuje dostatek vzdělávacích agentur a organizací, které vzdělávají pracovníky v poskytování péče lidem ve vysokém stáří a umírajícím. Péči o umírající velmi často zvládnou pracovníci právě z domácích hospiců, pokud se podaří chráněným bydlením s nimi spolupracovat. Je důležité, aby pracovníci věděli, že na tuto obzvlášť náročnou dobu nebudou sami. Zmíním dvě organizace, které vzdělávají v oblasti péče o seniory a umírající. Je to Asociace poskytovatelů sociálních služeb (www.apsscr.cz) a Diakonie ČCE v rámci svých programů Diakonická akademie (vzdelavani.diakonie.cz), Pečuj doma (www.pecujdoma.cz) a Důstojné stárnutí (www.dustojnestarnuti.cz). Vzdělávání je v rozpočtu nákladná položka organizace. Na zajištění odborného vzdělávání však lze získat finanční prostředky z různých grantů a dotací. Na závěr mohu konstatovat, že práce se zaměstnanci stojí čas a ochotu komunikovat se všemi od začátku plánování změny. Potom se nejedná o nepřekonatelné překážky, které by měly narušit realizaci nového programu.

11.4 Tabuizace tématu stáří, umírání a smrti

11.4.1 Odsouvání řešení seniorské problematiky na později

V šetření respondenti často uváděli, že by chtěli pečovat o klienty i v době, kdy zestárnou. Prakticky se ale na tuto změnu nijak nepřipravují. Nejčastěji prohlašovali, že se jich tato problematika zatím netýká, protože mají samé mladší klienty. Zároveň však připouštěli, že budou-li chtít dostát svého závazku, jednou budou muset stárnutí svých klientů řešit. Kladu si otázku, zda fakt, že zařízení se nezabývají touto problematikou s předstihem, nekopíruje většinový postoj současné společnosti k umírání a ke smrti? Umírání a smrt jako tabu, téma, o kterém se nemluví. Vytěšňování a neochota se včas připravit na závěrečnou etapu života, v tomto konkrétním případě nepřipravit podmínky v zařízení včas na to, aby se pracovníci mohli postarat o klienta až do smrti, s sebou nese riziko, že závěr života nebude pro člověka podle jeho představ. V případě, že zařízení nebude připravené, nebude mít vyřešená možná úskalí, nebudou stanovena jasná pravidla a postupy, jak péči poskytovat, pak s největší pravděpodobností klient skončí buď

v nemocnici, nebo v jiném pro klienta neznámém a často nevhodném zařízení. Představa o setrvání doma ve svém prostředí tak zůstane nenaplněná.

Jedním z řešení je mluvit s klienty o tom, jak a kde si přejí prožít stáří, ale i jejich poslední měsíce a dny. Zařízení by mělo včas hledat způsoby, jak tato přání klienta naplnit. Druhá věc je, jak naplnit přání klienta, ale zároveň poskytovat péči kvalitně a v souladu s platnou legislativou. Díky vlastním zkušenostem s přípravami na péči o starší klienty v chráněném bydlení a díky informacím získaným z výzkumu víme, že je mnoho aspektů, které se musí předem zvážit, zařídit, zjistit, jaké jsou možnosti apod.

Změnit ve společnosti vnímání umírání a smrti jako tabu je náročný úkol. Jistě hraje roli mnoho faktorů: kulturní a náboženské hlediska, sociálně-ekonomická situace ve společnosti a další faktory. Celospolečenská změna v nahlížení na stáří a na umírání však není v silách jednotlivých sociálních služeb. Zařízení sociálních služeb ale mohou dělat osvětu, nebát se téma důstojného umírání a smrti otevírat a hledat způsoby, jak lidem přání „dobré“ smrti naplnit. Mohou prosazovat myšlenku, že klient může zůstat ve svém bytě i v době, kdy potřebuje náročnou komplexní sociálně zdravotní péči. Zařízení by měla přesvědčovat jak odbornou veřejnost, tak běžnou populaci, že umírání doma není luxus, který si mohou dovolit jen ti, kdo mají ochotnou velkou rodinu, která péči poskytne, anebo ti, kdo jsou finančně dobře zabezpečeni. Přání zemřít ve svém domácím prostředí by mělo být respektováno a nemělo by být výsadou. Důležitá je proto práce paliativních center, ale i vzdělávacích organizací, která tato témata otevírají a školí odbornou veřejnost.

Závěrem lze říci, že odkládání problematiky přípravy na stárnutí a umírání klientů chráněného bydlení není řešením. Jediné, co odkládání příprav může přinést, jsou nenaplněná přání a představy. Vytěšňování problému, nepřipravenost a vše co z toho plyne, je řešitelné v rámci zařízení. Jen je důležité si situaci uvědomit a začít jednat.

11.4.2 Nedostatečná podpora poskytování péče seniorům v chráněném bydlení

V šetření od respondentů často zaznělo, že poskytují péči o klienty do té doby, dokud jsou zdravotně fit. Pokud potřebují zdravotní péči, musejí do nemocnice. Až na několik málo zařízení tento postup všichni považovali za automatický, nehledali možnosti, jak naplňovat potřeby klientů, kteří nejsou zdravotně fit, v jejich přirozeném prostředí.

Jak se v rozhovorech ukázalo, často tyto postoje přejímají od jiných autorit, jakými jsou zejména lékaři, zástupci sociálních odborů obcí či krajů, ale i zdravotní

pojišťovny. Chráněné bydlení, ve kterém jsem provedla hlubší kazuistiku, uvedlo, že po akutním ošetření si chtěli vzít klientku domů, zatímco lékaři jim to rozmlouvali a nabízeli pobyt na oddělení léčebny pro dlouhodobě nemocné. A to i přesto, že klientka již nepotřebovala akutní péči, kvůli které by bylo nezbytné zůstat ve zdravotnickém zařízení.

Jiné chráněné bydlení uvedlo podobnou zkušenost. Praktický lékař, který měl ve zdravotní péči jednoho z jejich klientů, začal důrazně doporučovat, aby mu našli jiné zařízení, protože klient už byl ve vyšším věku a potřeboval zdravotní péči. Zaměstnanci tohoto chráněného bydlení konstatovali, že nebylo vůbec jednoduché vést s lékařem dialog o tom, že klient si přeje něco jiného, než lékař doporučuje, a že se chtějí pokusit zvládnout péči společně s terénními sociálně zdravotními službami v prostředí jeho bytu. Autorita lékařů je velmi silná. Pokud lékaři, zejména pak praktičtí, kteří jsou nejčastěji v kontaktu s klienty, nepodpoří chráněné bydlení v záměru poskytovat péči doma, stává se situace mnohdy neřešitelnou. Málokterá zařízení si dovolí jít proti vůli lékaře. Právě z tohoto důvodu často klient z chráněného bydlení odchází, protože zaměstnanci chráněného bydlení získají obavy, že by péči v domácím prostředí nezvládli a klientovi by uškodili. Důvody, proč praktičtí lékaři doporučují jiná zařízení či pobyt v nemocnici před sdílenou péčí o seniora v jeho přirozeném prostředí, mohou být různé: např. že péče o seniora, který již není fit, a péče o umírající, časově překračuje ordinační hodiny praktického lékaře. Důvodem také mohou být velmi striktní podmínky zdravotních pojišťoven ve smyslu proplácení jednotlivých úkonů péče. Komplikovaná může být pro praktického lékaře léčba bolesti a jiné specializované úkony, které mohou být za hranicí jejich kompetencí.

Kalvach a Wijja ve své knize zastávají názor, že většina lidí, kteří potřebují dlouhodobou péči, nevyžaduje trvalý pobyt v nemocnicích, léčebnách pro dlouhodobě nemocné nebo v ústavech sociální péče. Mnohem vhodnější je ucelená podpora v domácím prostředí. Dále píší: „Potřeba dlouhodobé ústavní péče se pohybuje v celé věkové kategorii 65+ pod 5% a dokonce ani v segmentu 80+ nepřesahuje 20%“ (Kalvach, Wijja, 2011, s. 155). Citovaní autoři dále uvádějí, že v ČR se upozorňuje na problém nadužívání nemocničních zařízení ze sociálních důvodů. Hovoří se o sociálních hospitalizacích, do kterých patří také křehcí senioři, kteří mají více, ovšem často neakutních, zdravotních problémů s pomalejší rekonvalescencí.

Jedním z řešení, které mohou zlepšit spolupráci praktických a specializovaných lékařů s pracovníky chráněných bydlení je pečlivá příprava zařízení na péči o seniora. Zařízení musí vědět, jaké mají možnosti spolupráce s jinými externími službami ve své

lokalitě. Jaké služby v okolí existují, jaké mají k dispozici finanční zajištění aj. Musejí také znát přání a představy klientů a jejich práva a možnost volby týkající se poskytování zdravotní péče. Pokud zařízení budou dobře připravena na péči o seniora a o umírající, je větší naděje, že lékaři budou častěji ochotni se zařízením spolupracovat. Zároveň zařízení získá pevnější pozici v prosazování své myšlenky. Naopak pro nepřipravené zařízení je těžké nepodlehnout ostatním názorům a obhájit vlastní cíle.

Šetření dále ukázalo, že představitelé obcí a sociálních odborů krajů (v šetření se jednalo konkrétně o Plzeňský a Středočeský kraj) často zastávali názor, že senioři nepatří do chráněných bydlení. Pro ně existují domovy pro seniory. Tento postoj zastávají hlavně v souvislosti s žádostmi o dofinancování chráněných bydlení, protože péčí o seniora se většinou navýší náklady na poskytovanou péči v zařízení (více péče = větší počet pracovníků, odbornější personál = větší náklady na mzdové ohodnocení aj.). Situace je ovšem taková, že domovy pro seniory jsou obsazené a čekací doba na uvolněné místo je velmi dlouhá. Navíc, domovy pro seniory ve většině případů nejsou připraveny na seniory s mentálním znevýhodněním. Mám zkušenost s hledáním místa v domově pro seniory v Plzeňském kraji pro klienta s mentálním znevýhodněním. Domovy pro seniory tohoto klienta odmítaly s odůvodněním, že nejsou zařízení pro lidi s mentálním znevýhodněním. Systém služeb by měl fungovat tak, aby člověk s vyšší mírou péče nemusel prožít svůj konec života v ústavním zařízení. Cílem je ukázat, že lze zdravotně sociální péči poskytovat v prostředí bytu klienta, za předpokladu, že si to klient přeje.

Při prosazování tohoto cíle je nutná legislativní podpora. Stávající legislativa ale není stále dostatečná a mnoho aspektů není vyřešeno. Zařízení se mohou sdružovat s podobně zaměřenými subjekty a vytvářet příležitosti pro společnou diskusi s představiteli samospráv, které mohou prosadit změny v legislativě. Je to jedna z cest, jak provádět osvětu a zároveň objasňovat cíle a vize zařízení, včetně toho, jak je důležité, zachovat seniorům jejich právo se autonomně rozhodnout, kde chtějí strávit závěr svého života.

12 Ověřování třetího výzkumného předpokladu a závěr práce

Třetí výzkumný předpoklad zněl: *existují-li překážky, které brání klientům chráněného bydlení zůstat ve svém prostředí i ve stáří a do konce svého života, lze najít uspokojivá řešení. V případě, že některé obtíže zůstanou nedořešené, uvedu návrhy, jak podporovat snahy o změnu.*

Ze závěrů mého šetření vyvstávají dvě skupiny problémů. Každý problém přitom vyžaduje odlišný přístup, a to zejména s ohledem na skutečnost, zda řešení jsou v možnostech a kompetencích jednotlivých zařízení, nebo řešení přesahuje možnosti zařízení.

První skupinu tvoří legislativní problematika, na kterou jsou úzce navázány finance. V současné době v ČR chybí některé důležité zákony v oblasti zdravotně sociální problematiky. Chybí vzájemná dohoda a sjednocující pravidla mezi dvěma rezorty – mezi ministerstvem zdravotnictví a ministerstvem sociálních věcí. Kvůli tomu vyvstávají někdy až neřešitelné překážky, které mají bezprostřední dopad na naplňování potřeb klientů. V práci jsem se dotkla především komplikované oblasti podávání léků v zařízení sociálních služeb, problematické úhrady některých úkonů zdravotní péče zdravotní pojišťovnou aj. Překážkou je také neproplácení veškerých zdravotních úkonů od zdravotních pojišťoven domácím hospicům. Problematická je rovněž úzce vyprofilovaná typologie sociálních služeb. Sociální služby nastavené podle současných pravidel často obtížně naplňují měnící se potřeby klientů v průběhu jejich života. Řešením často bývá to, že klient musí během života několikrát sociální službu měnit. V případě pobytových sociálních služeb musí měnit místo, kde se cítí doma. U klientů v seniorském věku a na sklonku života tato změna může vyvolávat velký stres a často zhoršuje jejich zdravotní stav.

Nepříliš efektivní se v praxi ukazuje v současné době platný způsob nastavení příspěvků na péči. V praxi se stává, že míra potřebné podpory a pomoci u klienta se mění rychleji, než přiznání vyššího příspěvku. Klient se tak dostává do situace, kdy mu chybí finance na zaplacení adekvátní péče, kterou potřebuje. Z praxe znám ale i opačnou situaci, kdy klient pobírá vyšší příspěvek, než je jeho potřeba péče. V takovém případě dochází zbytečně k plýtvání veřejných financí, protože klient většinou využije přebytečné finance jinak než na zaplacení péče. Příspěvek na péči tak není využit účelně. Chybí

adresné posouzení situace klienta v jeho konkrétní životní situaci a přiznání takové částky, která pokryje jeho skutečné výdaje na péči.

Nestátní neziskové organizace jsou finančně podhodnoceny. Financování na základě dotačního řízení, do kterého každoročně organizace vstupují, aby získaly alespoň část prostředků na financování provozu, je nejisté. Nemají zaručeny alespoň minimální zdroje, se kterými by mohly počítat. Toto nejisté financování znemožňuje jakýkoliv koncepční rozvoj. Příspěvkové organizace také vstupují do každoročního dotačního řízení stejně jako nestátní organizace. Příspěvkové organizace však mají oporu ve svých zřizovateli, díky kterým je garantována taková výše finanční dotace, aby byly pokryty veškeré výdaje. Nestátním neziskovým organizacím je přidělena pouze část financí z celkových nákladů. Musejí si vypomáhat získáváním financí prostřednictvím dárcovství, jsou nuceni šetřit, zejména na platech pracovníků, finančně si nemohou dovolit zaměstnávat některé odborné profese, technické zázemí mají často zastaralé apod. Všechny tyto překážky týkající se legislativy a financí nelze odstranit na úrovni jednotlivých zařízení. Je možné apelovat a vytvářet tlak na změnu legislativy a změnu ve financování sdružováním se v profesních skupinách. Tyto profesní skupiny mohou upozorňovat na nedostatky, vypracovávat konstruktivní návrhy změn aj. Profesní skupiny by měly vést odborné diskuse ohledně potřebných změn na úrovni obcí a krajů. Směrem zdola, od jednotlivých zařízení, by měla přicházet iniciativa. Nicméně dokud nebude platná ucelená legislativa a na ni navázané efektivní a dostatečné financování, zařízení se budou muset v některých situacích i nadále uchýlovat k různým nesystémovým a často neefektivním řešením. K řešením často vázaným ke konkrétnímu klientovi v jeho konkrétní situaci. Jinými slovy, zařízení nemohou stanovit jednotný postup platný pro všechny klienty bez ohledu na jejich finanční zázemí či vlastní sociální síť.

Vrátím-li se k ověřování třetího výzkumného předpokladu, mohu konstatovat, že v oblasti legislativy a financování v současné době nelze v oblasti péče o seniory a o umírající v chráněných bydleních najít uspokojivá řešení. Důvodem je, jak uvádím v předešlých kapitolách práce, zejména nekomplexnost legislativy a z ní vyplývající nedostatečně nastavený systém financování. Nesystémová, náhodná řešení však nelze v profesionální sociální práci pokládat za uspokojivá.

Do druhé skupiny problémů, které souvisejí s péčí o seniory a umírající v chráněných bydleních, řadím technické možnosti zařízení, vzdělávání zaměstnanců a vyhubývaný postoj zařízení k problematice vysokého stáří, umírání a smrti.

Uspokojivé technické možnosti jednotlivých chráněných bydlení - zajištění bezbariérovosti zařízení, přístup k vhodným pomůckám, vyškolení zaměstnanců v poskytování potřebné péče, jsou nezbytným předpokladem k tomu, aby chráněná bydlení mohla poskytovat své služby také klientům ve stáří a na sklonku života. Ne všechna zařízení tyto podmínky v současné době naplňují. Aby zařízení splnila potřebné podmínky pro kvalitní péči o seniory chráněná bydlení, musí je řešit především včas, tedy už v době, kdy zařízení ještě nemá v péči žádné seniory. Uzpůsobit vhodně prostory, vzdělávat zaměstnance, vyjasnit si principy a postupy péče o seniory aj. jsou jak finančně, tak časově náročné úkoly. Jsou ale řešitelné. Záleží na každém zařízení, jak se k těmto překážkám postaví a bude je řešit. Měnit lze i postoje, které se týkají tématu smrti. Vidím zde jasný rozdíl mezi touto skupinou problémů, označených souhrnně jako technické překážky, které může zařízení řešit vlastními silami, a skupinou problémů obsahující problematiku legislativy a financí, kde je pro řešení nutné najít široký konsensus a role jednotlivých zařízení sociálních služeb mohou zastávat roli iniciátora. Při ověřování třetího výzkumného předpokladu mohu konstatovat, že překážky v oblastech technického vybavení, mezi něž patří bezbariérových prostor, vzdělávání zaměstnanců či vyhýbání se seniorské problematice jako tématu, které je tabu, mají uspokojivá řešení.

Zásadní roli v řešení celé problematiky péče o seniory a umírající ve službách chráněného bydlení vidím v legislativních změnách a zefektivnění systému financování péče o seniory a umírající, aby mohlo být naplněno jejich právo na výběr prostředí a typ péče v závěru života.

I přes všechny překážky, z nichž některé nelze v současné době uspokojivě řešit uvnitř zařízení chráněných bydlení, přesto ve službě chráněného bydlení, ve které pracuji, budeme nadále postupně zavádět rozšiřující program péče o seniory a o umírající. Na této strategii se shodl náš pracovní tým. I díky výsledkům provedeného šetření jsme si vědomi všech překážek, na které můžeme v průběhu narazit. Považujeme však za důležité usilovat o jejich řešení právě tím, že budeme pro naše klienty vykonávat to, co si oni sami přejí a o čem jsme přesvědčeni, že pozitivně přispívá ke kvalitě jejich života. Jsme přesvědčeni, že necháme-li se odradit legislativními a finančními obtížemi a více zařízení poskytujících stejnou službu se bude jen podřizovat současnému stavu, zůstanou palčivá témata dále neotevřená, řešení celé problematiky se nijak neposune a potřebná opatření v legislativě a systému financování zůstanou nadále vzdálená.

Seznam literatury

Knihy

Čadilová, V., Jůn, H., Thorová, K.: *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007, s. 26. ISBN 978-80-7367-319-2

Čevela, R., Kalvach, Z., Čeledová, L.: *Sociální gerontologie. Úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012, s. 25. ISBN 978-80-247-3901-4

Čevela, R., Kalvach, Z., Čeledová, L., Holčík, J., Kubů, P.: *Sociální gerontologie. Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014, ISBN 978-80-247-4544-2

Haškovcová, H.: *Sociální gerontologie*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8

Holmerová, I., Jurašková, B., Zikmundová, K. a kol.: *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8

Hrušková, H., Matoušek, O., Landischová, E. Sociální práce s lidmi s mentálním postižením. In Matoušek, O. a kol.: *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X

Janečková, H. Sociální práce se starými lidmi. In Matoušek, O. a kol.: *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005, s. 163. ISBN 80-7367-002-X

Janečková, H.: Validace. In Matoušek, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN: 978-80-262-0366-7

Kalvach Z., Čeledová, L., Holmerová, I., Jiráček, R., Zavázalová, H., Wija, P., a kol.: *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011, s. 155. ISBN 978-80-247-4026-3

Klvetová, D., Dlabalová, I.: *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008, s. 71, 72, 73. ISBN 978-80-247-2169-9

Matoušek a kol.: *Sociální služby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3

Matoušek, O. Přístup orientovaný na klienta. In Matoušek, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013, s. 20. ISBN 978-80-262-0366-7

Matoušek, O. Sociálně ekologická teorie. In Matoušek, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN: 978-80-262-0366-7

Navrátil, P.: *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001, s. 25. ISBN 80-903070-0-0

Navrátil, P. Antiopresivní přístup. In Matoušek, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7

Navrátil, P. Antiopresivní přístupy. In Matoušek, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0

Pörtner, M.: *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009, s. 142. ISBN 978-80-7367-582-0

Příbyl, H.: *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015, s. 79. ISBN 978-80-7345-437-1

Thompson, N.: *Theory and practice in human services*. Suffolk: Open University Press, 2000. ISBN 0 335 204 25 (pbk)

Tomeš, I.: *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál, 2010, s. 148. ISBN 978-80-7367-680-3

Tomeš, I.: *Obory sociální politiky*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-868-5

Tomeš, I., Dragomirecká, E., Sedlářová, K., Vodáčková, D.: *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2015, s. 102, 105. ISBN 978-80-246-2941-4

Právní dokumenty

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §51, odst. 1

Zákon č. 89/2012 Sb. Občanský zákoník, § 38 – § 65

Vyhláška č. 505/2006 Sb., § 17, odst. 1, odst. 2

Články a poznámky

Glosová, D.: Jak upravit byt, aby byl bezpečný. In *O bydlení seniorů* vydala Diakonie ČCE (2009) v rámci projektu „Bydlení seniorů“

Janečková, H., Nentvichová Novotná, R.: Validace podle N. Feilové – klíč k porozumění lidem s demencí – 2. část

Kalvach, Z.: Bydlení z pohledu lékaře. In *O bydlení seniorů* vydala Diakonie ČCE (2009) v rámci projektu „Bydlení seniorů“, s. 24

Lhotáková, Z.: Jak vybavit koupelny, WC a kuchyně pro seniory. In *O bydlení seniorů* vydala Diakonie ČCE (2009) v rámci projektu „Bydlení seniorů“

Poznámky z přednášek O. Havránkové (Metody sociální práce) a P. Kodymové (Sociální práce s lidmi se zdravotním postižením)

Šourek, D.: Využitelnost švýcarské inspirace v české praxi. *Sociální služby*. 2016, ročník XVIII, č. červen-červenec 2016, s. 26. ISSN 1803-7348

Internetové portály

Standardy kvality sociálních služeb <http://www.mpsv.cz/cs/5963> [cit. 2016/11/ 19]

<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F70-F79.html> [cit. 2016/10/31]

<http://www.geriatrie.cz/dokumenty/VybrKapZGerontologie.pdf> [cit. 2017/4/17]

<http://www.diakoniezapad.cz/sluzby-diakonie-zapad/muj-1-0-pro-osoby-s-postizenim/>
[cit. 2016/11/15]

<https://agingwithdignity.org/docs/default-source/default-document-library/product-samples/fwsample.pdf?sfvrsn=2> [cit. 2017/1/27]

Vidovičová, L., Rabušic, L.: Věková diskriminace – ageismus: Úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh. Praha: VÚPSV, 2005, s. 6 http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_158.pdf [cit. 2016/11/5]

<http://www.psy.cmu.edu/~sieglers/35bronfenbrenner94.pdf> [cit. 2016/11/25]

<http://aginginplace.com/featured/assisted-living> [cit. 2016/11/25]

<http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf> [cit. 2017/3/22]

<http://www.umirani.cz/data#ke-stazeni> [cit. 2017/3/22]

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1487541546723_1. [cit. 2017/1/30]

http://socialnirevue.cz/wp-content/uploads/2016/05/Novela_zakona_o_socialnich_sluzbach_pracovni_verze.pdf [cit. 2017/3/26]

http://www.mzcr.cz/obsah/stanovisko-ministerstva-zdravotnictvi-k-podavani-leku-per-os-a-k-indikaci-a-uhrade-vykonu-s-kodem-06613-odbornosti-913_3012_3.html [cit. 2017/3/28]

<http://www.zdravotnickyydenik.cz/2017/01/hospice-dostanou-pravni-ukotveni-na-zakon-o-dlouhodobe-a-paliativni-peci-si-ale-budou-muset-pockat/> [cit. 2017/3/31]

<https://www.cestadomu.cz/pujcovna-pomucek> [cit. 2017/4/2]

<http://www.pecujdoma.cz/skola-pecovani/> [cit. 2017/3/27]

<http://vzdelavani.diakonie.cz/katalog-kurzu/> [cit. 2017/3/27]

<http://www.dustojnestarnuti.cz/projekty-publikace/publikace/> [cit. 2017/3/27]

<http://www.apsscr.cz/cz/konference-a-kongresy-a-seminare/institut-vzdelavani> [cit. 2017/3/27]

<https://www.dimensions-uk.org/what-we-do/housing/> [cit. 2017/5/5]

<http://www.housingcare.org/information/detail-2191-using-direct-payments-or-a-personal-budget.aspx> [cit. 2017/5/5]

<http://www.which.co.uk/elderly-care/housing-options/sheltered-housing/343018-the-benefits-and-drawbacks-of-sheltered-housing> [cit. 2017/5/5]

<http://www.nhs.uk/Conditions/social-care-and-support-guide/Pages/housing-options-for-older-and-disabled-people.aspx> [cit. 2017/5/5]

[https://www.bma.org.uk/news/2016/march/training-needed-to-meet-patients-end-of-life-care-needs/ELCPAD%20Report%20Vol%203%20March%202016%20\(1\).pdf](https://www.bma.org.uk/news/2016/march/training-needed-to-meet-patients-end-of-life-care-needs/ELCPAD%20Report%20Vol%203%20March%202016%20(1).pdf) [cit.2017/5/5]

<http://www.bbc.com/news/health-37307859> [cit. 2017/5/5]

https://richmondgroupofcharities.org.uk/sites/default/files/lr_5285_the_richmond_group_social_care_real_lives_report.pdf [cit. 2017/5/5]

http://www.sociopolitical-observatory.eu/uploads/tx_aebgppublications/AP_7_EN.pdf [cit. 2017/5/6]

<http://www.zdravotnickyydenik.cz/2016/12/nejvetsi-prekazky-integrace-zdravotni-socialni-pece-finance-resortismus-neochota-spolupracovat-neco-resit/> [cit. 2017/5/6]