

KOMPARAČNÍ STUDIE



Název projektu:

„Komparace služeb sociální péče o seniory“

Registrační číslo sub-projektu:

EČ 048 – 4V

Žadatel a příjemce dotace:

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, o.s.

Název partnerské instituce:

Soltun Nursing Home

Datum, ke kterému

je dokumentace zpracována:

10. 11. 2010

Obsah:

1	ÚVOD	5
1.1	Důvody vytvoření komparační studie	5
1.2	Příprava a průběh zpracování komparační studie	7
1.3	Obsah komparační studie	7
1.4	Žadatel a příjemce dotace.....	8
1.5	Partnerská instituce.....	9
2	STÁŘÍ A KVALITA ŽIVOTA	12
2.1	Sociologicko – psychologický aspekt stáří.....	12
2.2	Kvalita života jako hodnotové východisko	13
2.3	Koncept autonomie jako moderní trend v péči o seniory	13
3	SENIORI NA ISLANDU	15
4	SENIORI V ČESKU A SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE	21
4.1	Senioři	21
4.2	Služby sociální péče	21
4.3	Základní formy péče.....	25
4.3.1	<i>Rodinná péče</i>	26
4.3.2	<i>Terénní péče</i>	26
4.3.3	<i>Ústavní péče</i>	28
4.4	Péče o seniory v Česku	36
4.5	Státní péče o seniory jako výsledek historického vývoje	37
4.6	Demografický vývoj a jeho dopady.....	38
4.7	Neprovázanost potřeb, odpovídající formy péče a ekonomické efektivity a nerovnováha nabídky a poptávky	39
4.8	Finanční stránka péče.....	40
4.9	Oblast zákona a standardy kvality v sociálních službách pro pracovníky přímé obslužné péče	41
4.10	Nesjednocení zdravotní a sociální péče	48
4.11	Moderní trendy v péči o seniory a financování sociálních služeb.....	48
5	INSTITUCIONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY NA ISLANDU	54
5.1	Ministerstvo sociálních záležitostí a sociálního zabezpečení.....	54
5.2	Služby pro seniory v Reykjavíku - Středisko sociální péče města Reykjavíku	57
6	INSTITUCIONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY V ČESKU	61
6.1	Ministerstvo práce a sociálních věcí.....	61
6.2	Integrace zdravotní a sociální péče a komunitní plánování	61
6.3	Péče o seniory v politických dokumentech	62
7	PŘEDSTAVENÍ VYBRANÝCH ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY NA ISLANDU	65
7.1	Domov pro seniory Soltún	65

7.2	Domov pro seniory Droplaugarstadir	71
7.3	Domov Hrafnista Kópavogi.....	73
8	PŘEDSTAVENÍ VYBRANÝCH ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY V ČESKU.....	76
8.1	Domov pro seniory Chýnov	76
8.2	PALATA - domov pro zrakově postižené	79
8.3	G-centrum Tábor.....	82
9	KOMPARACE SLUŽEB SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY ČESKÉHO A ISLANDSKÉHO SYSTÉMU.....	88
9.1	Personální záležitosti	88
9.1.1	<i>Islandské platy</i>	88
9.1.2	<i>České platy</i>	88
9.1.3	<i>Islandské vzdělávání</i>	89
9.1.4	<i>České vzdělávání</i>	89
9.2	Islandští versus čeští poskytovatelé sociálních služeb	90
9.3	Řešení stížností na sociální službu na Islandu	90
9.4	Řešení stížností na sociální službu v Česku	91
9.5	Komparace financování sociálních služeb péče o seniory.....	91
9.5.1	<i>Financování sociálních služeb na Islandu</i>	91
9.5.2	<i>Financování sociálních služeb v Česku</i>	91
9.6	Posuzování zájemců a uživatelů sociální služby na Islandu	92
9.7	Posuzování zájemců a uživatelů sociální služby v Česku	92
9.8	Paliativní a hospicová péče na Islandu	96
9.9	Paliativní a hospicová péče v Česku	96
9.10	Inspekční činnost na Islandu	96
9.11	Inspekční činnost v Česku.....	97
9.12	Dobrovolnictví na Islandu	97
9.13	Dobrovolnictví v Česku	97
10	ZÁVĚRY STUDIE.....	100
10.1	Možnosti a doporučení přenosu příkladů dobré praxe z Islandu do ČR.....	100
10.2	Možnosti a doporučení přenosu příkladů dobré praxe z ČR do Islandu.....	102
10.3	Podklady pro nové legislativní a organizační úpravy	104
10.4	Modely nabídky sociálních služeb	106
10.5	Závěrečné shrnutí	106
11	ZDROJE INFORMACÍ A LITERATURY	108

Tabulka 1 Seznam zkratek

Zkratka	Popis
APSS ČR	Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DD	Domov důchodců (dříve používaný název pro domov pro seniory)
DpS	Domov pro seniory
DPS	Dům s pečovatelskou službou
EHP	Evropský hospodářský prostor
EU	Evropská unie
HDP	Hrubý domácí produkt
IK, IKR	Islandská koruna
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MKIP	Mezirezortní komise integrované péče Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MSZ	Ministerstvo sociálních záležitostí a sociálního zabezpečení Islandské republiky
MŠMT ČR	Ministerstvo školství, tělovýchovy a mládeže České republiky
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NNO	Nestátní nezisková organizace
OECD	Organizace pro evropskou hospodářskou spolupráci
SMO ČR	Svaz obcí a měst České republiky
SQSS	Standardy kvality v sociálních službách
WHO	Světová zdravotnická organizace

1 ÚVOD

1.1 Důvody vytvoření komparační studie

Evropský systém sociální péče ve stále větší míře čelí nepříznivému demografickému vývoji, problémům ve financování sociálních služeb, v kvalitě a dostupnosti sociální péče a v participaci rodiny na péči o své blízké. Posláním projektu „Komparace služeb sociální péče o seniory“ je vytvoření platformy pro rozvíjení spolupráce a výměnu zkušeností a praktických dovedností v oblasti poskytování sociální péče o seniory mezi Českou republikou a Islandem. Jedním ze základních výstupů projektu je předkládaná komparační studie.

Účelem projektu je:

- vytvoření platformy pro formální a neformální kontakty a stimulace jejich rozvoje pro zajištění zlepšení spolupráce mezi ČR a Islandem při poskytování péče o seniory
- výměna zkušeností a znalostí v otázkách nastavení poskytování pobytové péče o seniory v obou zemích v oblasti legislativy, participace orgánů státní správy a regionální a místní samosprávy a neziskového sektoru
- vzájemné předání know-how v zajišťování kvality terénní péče o seniory
- zpracování komparační studie v obou jazycích

Výsledky projektu budou využity při tvorbě nové legislativy, k podpoře rozvoje péče o seniory členy Asociace, předáváním zkušeností státní správě a samosprávě prostřednictvím účasti zástupců MPSV ČR a Asociace krajů. Celý systém a příklady dobré praxe budou zveřejňovány v odborném časopisu Sociální služby (nejrozšířenější časopis v oblasti sociálních služeb v ČR).

Příklady dobré praxe budou dále prezentovány na prezídiu Asociace a v rámci regionálních zasedání v jednotlivých krajích.



Evropský systém sociální péče bude muset v brzké budoucnosti ve zvýšené míře čelit několika důležitým faktorům:

- demografické situaci,
- systému financování sociálních služeb,
- stupni participace rodiny na péči, tj. poměru formální a neformální péče,
- kvalitě, kapacitě a dostupnosti sociální péče.

Pokud jde o demografický vývoj, prognózy v ČR i na Islandu očekávají úbytek obyvatelstva. Společným trendem je demografické stárnutí obyvatelstva v obou zemích. Počet dětí, mladistvých i osob v produktivním věku všude znatelně klesá. Pro nadcházející desetiletí proto bude charakteristický stoupající počet a rostoucí podíl starých či přestárých lidí a osob v pokročilém a věku.

Z hlediska systémů sociální péče o seniory proto bude stále důležitější, aby tuto demografickou výzvu vzaly státní struktury na vědomí a aktivně na ni reagovaly.

Ve stárnoucí společnosti nabývá kromě základní zdravotní péče stále více na významu poskytování služeb sociální péče o seniory. Z demografických důvodů bude stoupat poptávka po těchto službách, a to především v oblasti terénní péče. Nadále poroste význam efektivního managementu a zabezpečení kvality v souvislosti s rostoucími náklady na zajištění péče o seniory. Efektivní management by se měl zaměřit na zvolení poměrů jednotlivých typů sociálních služeb, tj. kolik má každý stát mít domovů pro seniory, kolik terénních a kolik ambulantních služeb pro seniory. Dalším problémem v managementu je systém financování – měl by být určen poměr, kolik bude platit stát, samosprávy, klienti/uživatelé, města a obce, nastavit systém realizace a především úhrad zdravotní péče.

Současně lze od změny politických poměrů v roce 1989, a zvláště pak od rozšíření EU v roce 2004, v oblasti sociální péče pozorovat rychle rostoucí mobilitu, a to jak mobilitu uživatelů sociálních služeb, tak i osob v sociálním sektoru zaměstnaných. Mezi starými a novými členskými státy EU dosahuje tato mobilita kvůli výrazným cenovým a mzdovým rozdílům zcela specifické dynamiky: zatímco na straně poptávky probíhá především mobilita ze starých do nových členských států EU, v oblasti zaměstnávání je v současnosti patrný téměř výlučně opačný trend.

Sociální péče o seniory je v zemích, které vstoupily do EU v roce 2004, zatím málo rozvinutá. Proti stoupající poptávce stojí malá, byť rostoucí nabídka, dlouhé čekací lhůty a velmi rozdílná kvalita péče. Především terénní péče je dosud nedostatečně rozvinutá. Předpokládá se však, že potřeba takových pečovatelských možností bude v budoucnu výrazně narůstat. Demografický vývoj (nízká porodnost, silná migrace profesně aktivních generací) ztěžuje lokální organizaci služeb sociální péče o seniory: stále více lidí je profesně činných, takže péči o potřebnou osobu stále méně často poskytují/mohou poskytnout rodinní příslušníci, a stále více mladých lidí odchází za prací, a to kvůli vyšší finanční motivaci, často do zahraničí. Osoby vyžadující péči si obvykle přejí zůstat doma tak dlouho, jak to jen bude možné, a pokud toho bude třeba, využívat terénní služby. Tyto služby pak musejí být finančně dostupné a k dispozici v potřebném rozsahu.

Aby bylo možné dostát aktuálním výzvám, jeví se z několika úhlů pohledu jako smysluplná a potřebná vzájemná provázanost služeb v oblasti terénní, ambulantní i pobytové péče. Aby bylo možné pokrýt stoupající potřebu služeb sociální péče o seniory a zajistit kvalitu těchto služeb v ČR i na Islandu též v budoucnu, je účelné efektivně využít a propojit know-how dostupné v obou zemích.

Žadatel, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, je nezávislé sdružení právnických a fyzických osob, přímých poskytovatelů sociálních služeb, sledující jako základní cíl rozvoj a zvyšování úrovně sociálních služeb. Svoji činnost vyvíjí především tím, že:

- zastupuje a hájí zájmy svých členů u státních a ostatních zainteresovaných institucí, zejména předkládáním odborných stanovisek, kvalifikovanou oponenturou a iniciací a podporou žádoucích právních regulací sociálních služeb,
- zprostředkovává rozšiřování vědeckých a výzkumných poznatků do činnosti poskytovatelů sociálních služeb a předávání tuzemských i zahraničních odborných zkušeností svým členům, reprezentuje společné zájmy a potřeby svých členů u veřejnosti v tuzemsku i zahraničí, vyvíjí studijní, dokumentační, informační a expertní činnost.

K 13. 02. 2010 Asociace sdružovala 665 organizací a 1492 registrovaných služeb.

Partnerem projektu je Soltun Nursing home. Tato organizace byla založena pro realizaci Projektu Soltun, který je prvním partnerstvím veřejného a soukromého sektoru (PPP) v oblasti zdravotnictví a sociální péče na Islandu. Na provozování zdravotních a sociálních služeb má smlouvu se státem od r. 2000 na dobu 25 let. Partner zaujímá na Islandu

výjimečné postavení v oblasti poskytování sociálních služeb seniorům, a vzhledem ke svým zkušenostem je proto vhodným protějškem navrhovaného projektu.

Možná technická, právní, personální a finanční rizika projektu mají nízkou pravděpodobnost výskytu. Budou omezena pečlivou organizací studijních cest a prací na komparační studii. Technická rizika jsou malá. Potřebné technické zázemí má žadatel k dispozici. Právní i personální rizika jsou malá. Asociace dlouhodobě disponuje stabilním týmem odborných a administrativních pracovníků. Riziko nedostatku finančních prostředků pro předfinancování a spolufinancování je díky dobrému hospodaření Asociace malé. V případě nepředvídatelných okolností by bylo řešeno návratnou pomocí z prostředků některého ze silných členů Asociace.

1.2 Příprava a průběh zpracování komparační studie

Na zpracování komparační studie se podíleli čeští i islandští experti. Studie byla zpracována na základě studijních cest českých a islandských odborníků na sociální služby, které se uskutečnily v červnu a září roku 2010.

V rámci projektu se jako první aktivita uskutečnila studijní cesta 7 českých odborníků na Island od 7. do 11. června tohoto roku. Čtyři zástupci APSS ČR a po jednom reprezentantovi Ministerstva práce a sociálních věcí, Asociace krajů ČR a občanského sdružení Trianon Čechy si mohli mj. prohlédnout tři domovy pro seniory, Centrum sociálních služeb města Reykjavíku, volnočasové centrum pro seniory a byli přijati také vedoucí odboru sociální péče Ministerstva pro sociální péči a sociální zabezpečení Islandu.

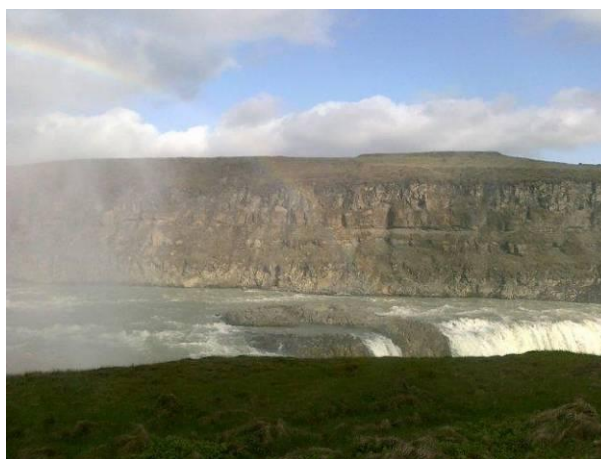
Odborný program zářijové návštěvy islandských expertů (3 zástupci partnerské organizace a 2 pracovníci veřejné správy) v České republice zajištěný APSS ČR obsahoval mj. návštěvu několika zařízení sociální péče v Jihočeském a Karlovarském kraji a Praze či program na Ministerstvu práce a sociálních věcí.

Cílem odborných stáží bylo předání všeobecných i specifických informací o praktickém fungování systému sociální péče o seniory v obou zemích, přičemž zvláštní pozornost byla věnována rolím státu, regionálních a místních orgánů samosprávy i soukromého sektoru a strategiím dalšího rozvoje péče o seniory. Součástí studijních cest byly také návštěvy zařízení poskytujících pobytovou, ambulantní či terénní péči.

1.3 Obsah komparační studie

Komparační studie se zabývá porovnáváním současnosti a budoucnosti, kvalitou a dostupností, financováním a disproporcemi sociálních služeb péče o seniory. Tato studie bude obsahovat nejdůležitější a nejpodstatnější výňatky z obou národních systémů (islandského a českého), jejich disparit, rizik a společných prvků jako nezbytný předpoklad k navázání efektivních kontaktů a spolupráci mezi jednotlivými subjekty v obou zemích.

Mezi závěry studie jsou uvedeny možnosti a doporučení přenosu příkladů dobré praxe z Islandu do České republiky a naopak, podklady pro nové legislativní a organizační úpravy a modely nabídky sociálních služeb.



Studie bude zdarma distribuována poskytovatelům sociálních služeb ve spádových oblastech, dále zadavatelům sociálních služeb (veřejná správa) a zainteresovaným subjektům (vysoké školy, státní správa, apod.).

1.4 Žadatel a příjemce dotace

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky je největším profesním sdružením, sdružujícím poskytovatele sociálních služeb v České republice. Asociace je nezávislé sdružení právnických a fyzických osob, registrovaných poskytovatelů sociálních služeb, sledující jako základní cíl rozvoj a zvyšování úrovně sociálních služeb. Svoji činnost vyvíjí především tím, že:

- zastupuje a hájí zájmy svých členů u státních a ostatních zainteresovaných institucí, zejména předkládáním odborných stanovisek, kvalifikovanou oponenturou a iniciací a podporou žádoucí právní regulace sociálních služeb,
- zprostředkovává rozšiřování vědeckých a výzkumných poznatků do činnosti poskytovatelů sociálních služeb a předávání tuzemských i zahraničních odborných zkušeností svým členům,
- reprezentuje společné zájmy a potřeby svých členů u veřejnosti v tuzemsku i zahraničí,
- vyvíjí studijní, dokumentační, informační, vzdělávací a expertní činnost.
- Orgány asociace jsou valná hromada, prezidium, kontrolní komise, etická komise, odborné sekce, profesní komise, odborné sekce a regionální, resp. krajské sdružení asociace.

Statutárním zástupcem Asociace je prezident, který je volen Valnou hromadou na období čtyř let.

APSS byla založena 11. 7. 1991 a k 18. 8. 2010 Asociace sdružovala 756 organizací a 1709 registrovaných služeb.

Mezi hlavní aktivity a činnosti aktivity patří:

- Institut vzdělávání APSS ČR
- APSS ČR je akreditované vzdělávací centrum
- Pořádá vzdělávací programy pro management, odborné pracovníky
- Organizace odborných konferencí a kongresů - v roce 2010 uspořádala APSS ČR 11 odborných konferencí pro více než 3500 účastníků
- Asociace vyhrála pořadatelství 12. Evropského kongresu EDE v r. 2012 v Praze
- Vydávání odborného časopisu Sociální služby (měsíčník) - nejrozšířenější odborný časopis v oblasti sociálních služeb v ČR, náklad 3500 – 4000 ks, distribuce i na Slovensko
- Publikační činnost - odborné publikace: Pečovatelská služba v ČR, Klíčový pracovník, Marketing a PR v sociálních službách
- Projekty a další aktivity
- Asociace je společně s MPSV ČR vyhlášovatelem a organizátorem Týdne sociálních služeb ČR

- Asociace je společně s MPSV ČR, MŠMT a SMO ČR vyhlášovatelem a organizátorem celostátní soutěže Šťastné stáří očima dětí
- Značka kvality v sociálních službách – domovy pro seniory (rozpočet projektu 2,5 mil. Kč)

Realizované projekty a zakázky

Název projektu	velikost dotace	poskytovatel dotace	harmonogram	rozpočet
E-qalin CZ.1.04/3.1.03/45.00220	2 733 009,80 Kč	SF EU - OP LZZ	1.6.2010 - 30.11.2011	2 733 009,80 Kč
Vzdělávání managementu pobytových zařízení sociálních služeb	2 611 842,09 Kč	SF EU - OP LZZ	1.,2010 - 31.1.2012	2 611 842,09 Kč
Komparace služeb sociální péče o seniory CZ 0001-38	25 105,00 €	EHP/Norsko	1.6.2010 - 31.8.2010	25 356,05 €
Konference Sociální péče v pobytových zařízení v ČR a v Rakousku	7 000,00 €	SF EU - OP PS /FMP/ Rakousko Cíl 3	1.12.2009 - 31. 5. 2010	1 236,00 €
Strengthening Energy Efficiency Awareness Among Residential Homes for Elderly People	88156 €	Intelligent Energy – Europe (IEE)	1.6.2010 – 30. 5. 2013	104170 €
Digitalizace	2 540 000 Kč	Česká televize	1. 4. 2010 – 31. 10. 2010	2 540 000 Kč
Digitalizace	1 999 000 Kč	Česká televize	20. 8. 2009 – 31. 12. 2009	1 999 000 Kč
Program zavádění specifického vzdělávacího programu pro pracovníky v sociálních službách	30 466 €	EUPhare 2003 RLZ, opatření 2.1 Integrace skupin obyvatelstva ohrožených sociál- ním vyloučením	11/2005 - 8/2006	30 466 €

Projekt je podpořen z Fondu technické asistence Blokového grantu CZ 0001 v rámci Finančních mechanismů EHP/Norsko, jehož zaměřením je podpora spolupráce a výměny zkušeností mezi českými subjekty a organizacemi zemí Evropského sdružení volného obchodu.

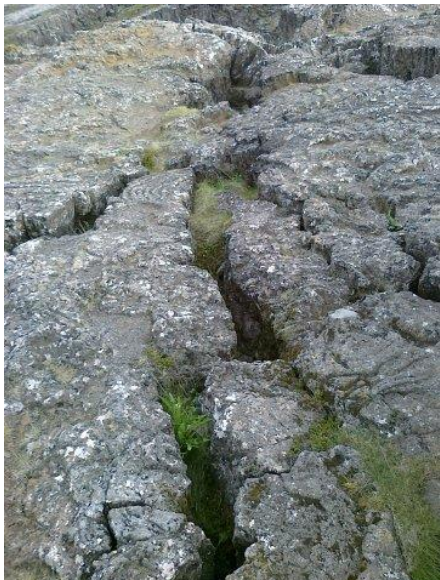
1.5 Partnerská instituce

Partnerskou institucí je Domov pro seniory Soltún (Soltún Nursing Home), jehož ředitelkou je Anna Birna Jensdóttir. Sdružení hf Öldungur bylo založeno z iniciativy společnosti Securitas, která se rozhodla využít pobídky státu k větší účasti soukromých subjektů v sociální sféře a zdravotnictví tak, jak je to běžné v sousedních zemích.

Na začátku roku 2000, ve snaze vyvolat nová řešení na rostoucí poptávku po zdravotně sociálních službách, prostřednictvím veřejného a soukromého iniciativy, vyzvalo Ministerstvo zdravotnictví a sociálního zabezpečení k účasti ve výběrovém řízení i soukromé subjekty, které by vystavěly a 25 let provozovaly domov pro seniory. Securitas se spojil s největší

islandskou stavební firmou IAV, jako společný podnik do soutěže vstoupili a posléze v ní uspěli. Úkolem společnosti bylo vystavět domov pro seniory na ulici Soltún v Reykjavíku a zajistit zde péči po dobu 25 let.

Od samého počátku bylo rozhodnuto, že Soltún nastaví nový standard v oblasti pobytových zařízení a poskytování péče. Domov je vybaven nejnovější technologií a moderním vybavením, včetně nejmodernějších lůžek, a novým nejúčinnější softwarem pro monitorování systému, ve prospěch zaměstnanců i uživatelů.



Domov Soltún je první svého druhu na Islandu, který nabízí pouze jednolůžkové pokoje. Každý obyvatel má k dispozici obytnou místnost o velikosti 30 čtverečních metrů s vlastním sociálním zařízením.

Základní ideologií Soltúnu je vykonávat péči o klienty s maximálním respektem k jejich nezávislosti. Klienti zde žijí v domácím prostředí, mají své soukromí a zároveň mají zajištěnu 24 hodinovou péči a bezpečí. Denní program je vytvářen s klienty, za účasti jejich příbuzných, podle individuálních schopností, požadavků a přání.

Cílem zařízení je poskytování ošetrovatelských a dalších služeb profesionálním a zodpovědným způsobem. Jsou tvořeny komplexní a ošetrovatelské plány jednotlivých klientů, které se pravidelně přehodnocují, za účelem udržení a zvýšení co největší soběstačnosti. Velký důraz je kladen na jejich sebeurčení a sebeúctu a to i přes zhoršující se zdravotní stav a schopnosti. Péče je založena na nejlepších dostupných ošetrovatelské znalostech, získaných zkušenostech a rámcově stanovených vnitřních a vnějších předpisech.

Soltún se neustále snaží být v přední linii mezi pobytovými zařízeními tím, že poskytuje nejlepší dostupné služby v každém daném okamžiku a stává se tak atraktivní pracovní příležitostí pro kvalifikované pracovníky.

Představenstvo:

Pan Tórir Kjartansson předseda

Pan Arnar Tórisson člen představenstva

Pan Gunnar Thoroddsen člen představenstva

Paní Anna Birna Jensdóttir vícečlen představenstva

Management:

Anna Birna Jensdóttir - od ledna 2001 výkonná ředitelka hf Öldungur. a výkonná ředitelka domova Soltun. Byla klíčovou postavou v poradní skupině hf Öldungur., v procesu tvorby nabídky pro výběrové řízení. Pod jejím vedením byl v lednu 2002 zahájen provoz domova.

Marta Jónsdóttir - hlavní manažerka péče

Juliana Sigurveig Guðjónsdóttir - manažerka péče 1. patro

Guðrún Björg Guðmundsdóttir - manažerka péče 2. Patro

Tórdís Hannesdóttir - manažerka provozu

Guðný Jónsdóttir - manažerka stravování

Aðalbjörg Iris Ólafsdóttir – fyzioterapeutka

Hildur Þráinsdóttir - ergoterapeutka

Společnost Öldungur vlastní sousední pozemek a získala územní povolení na stavbu budovy Sóltún 4. Na 9.200 m² bude vybudován pětipatrový objekt, spojovací objekt mezi Soltúnem 2 a 4, suterén a garáže. V tomto objektu bude domov pro seniory, dům s pečovatelskou službou a denní centrum. Do budoucna se počítá s vybudováním objektu Soltún 6, kde bude zdravotní a sociální centrum.

2 STÁŘÍ A KVALITA ŽIVOTA

2.1 Sociologicko – psychologický aspekt stáří

V tradiční společnosti žily rodiny spolu, většina starých lidí dožívala v blízkosti svých příbuzných. Problém nastává s nástupem modernizace, vznikem tzv. nukleární rodiny, která nezahrnuje širší příbuzenstvo, zvyšuje se i vzdálenost obydlí třetí a druhé generace. Odpovědnost za ekonomicky neaktivní přebírá namísto rodiny stát.

V tradičních společnostech staré osoby požívaly velké vážnosti, získávaly politická místa (stařešinové), jejich zkušenost a věkem nabitá moudrost byly oceňovány, stáří bylo v podstatě vrcholem života. Oproti tomu v moderní společnosti nastává ztráta autority v rodinném i společenském prostředí, v důchodu často zchudnutí, ztráta „smyslu života“ (do jisté míry odříznuti jak od ekonomického, tak i rodinného života (Giddens, 1999).

Demografické trendy ukazují stárnutí populace, lepší výživa a zdravotní péče znamená, že se řada lidí dožívá vyššího věku a to v lepší kondici než v minulosti. V budoucnu budou senioři zřejmě tvořit silnou zájmovou skupinu, zároveň se ale také zdají být snadno ovlivnitelnými voliči. Stáří se také nebere jako samozřejmost, snaha proti němu bojovat, nepřiznávat si ho (kosmetika, aktivita).

V tradiční společnosti se stáří posuzovalo dle změn schopností a vzhledu, moderní společnost vymezuje stáří arbitrárně bez akceptace individuálních odlišností věkem odchodu do důchodu, což má své dopady na sociální i psychickou stránku života- snížení statusu, omezení kontaktů.

Ageismus - diskriminace, předsudky na základě věku - např. pracovní neschopnost, senilita, atp. Tento problém se zdá být především aktuální v současné době protěžování mládí, spíše než zkušenosti se hodnotí flexibilita a výkon, které sebou nesou větší potenciál konzumu a jsou obecně spojovány spíše s mládím.

Z prací psychologů zmiňme alespoň Ericssona, který popisuje v každé etapě života protikladné tlaky, které tuto etapu určují. Pro stáří vyhradil pojem integrita versus zoufalství. Integritu dává do souvislosti s moudrostí, zoufalství naopak s blížícím se koncem života, určitou definitivou. Za problém považuje diskontinuitu rodinného života, která příslušníky dnešní starší generace oproti generacím minulým zasahuje podstatně více - tedy i prarodičovství se poněkud zužuje - pocit stagnace, absence zaujetí něčím (Ericsson, 1999).



2.2 Kvalita života jako hodnotové východisko

Kvalita života je obecný koncept, který odkazuje k lidským právům. V současné době se diskutuje o tom, že každá životní etapa má poněkud odlišné potřeby, jejichž naplněním můžeme život nazývat kvalitním. My se pokusíme vymezit kvalitu života v souvislosti se stářím, jakožto poslední životní etapou.

Kvalitě života a péči o seniory se poměrně detailně věnuje publikace Kvalita péče o seniory - Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR (2007), z které budeme v následující části čerpat. V předmluvě se zde hovoří o potřebě zvýšené pozornosti věnované zejména seniorům se sníženou soběstačností, jež je následkem chronického onemocnění, kteří z hlediska udržení kvality života potřebují dlouhodobou péči, poskytovanou zdravotnickými, sociálními a dalšími službami a také fakt, že kvalitě péče o seniory se nevěnuje dostatečná pozornost.

V sociální politice se pod kvalitou péče o seniory skrývají jednotlivé standardy kvality, jež musí provozovatelé plnit. Co se týče zdravotní péče, zlepšování kvality je jasně dáno, v oblasti sociálních služeb se odvíjí od zákona o sociálních službách, který ovšem kvalitu otevřeně nedefinuje. Nicméně z něj lze usoudit, že kvalitní služba umožňuje uživateli žít normální život, reaguje na jeho potřeby (individualismus) a chrání jeho práva a zájmy.

Nástroje, které pomáhají naplňovat požadavky kvality jsou registrace provozovatelů, inspekce a kvalifikační předpoklady a požadavky na vzdělání pracovníků. Ohledně kvality péče jako pojmu obecně neexistuje konsenzus, lze ale jmenovat určité opakující se prvky, vycházející z principu kvality života seniorů obecně - spokojenost klienta, reakce na jeho potřeby, vysoká odborná úroveň péče, finanční dostupnost, bezpečí, celková dostupnost péče a kontinuita péče. Představa o kvalitě života a péče se odvíjí od hodnotové orientace a také vysvětlení vágních pojmů typu integrace, nebo participace.

Zdraví 21, koncept WHO považuje za jeden ze svých 21 cílů Zdravé stárnutí, které povede k tomu, že do roku 2020 budou lidé nad 65 let využívat svůj potenciál a účastnit se života společnosti. V souvislosti s kvalitou života zde zmiňují prvky seberealizace, důstojnosti, autonomie a participace. Senioři jsou podle WHO velmi heterogenní skupina s odlišnými nároky a jen malá část z nich je úplně nesoběstačná, což je kombinace zdravotního postižení, nároků prostředí a sociální situace. Dlouhodobou ústavní péčí podle WHO ve vyspělých státech potřebuje pouze 5 % osob nad 65 let, resp. 20 % nad 80 (MPSV, 2006).

2.3 Koncept autonomie jako moderní trend v péči o seniory

Stáří je etapou, kdy dochází k poklesu soběstačnosti člověka. Považujeme za důležité se v souvislosti se stářím o konceptu autonomie zmínit, protože právě v této fázi života je autonomie jako důležitá součást lidské osobnosti nejvíce ohrožena.

Stáří stejně jako předcházející přirozené fáze života je charakterizováno následujícími změnami: fyziologické, psychické a sociální, jež se konkrétně projevují jako ztrátou pracovní aktivity, poklesem sociálního statusu, zhoršujícím se zdravotním stavem, úmrtím partnera, řidnutím sociálních sítí apod.

Z gerontologického hlediska je autonomie seniorů chápána jako respekt vůči starším, byť nesoběstačným jedincům a jejich právu na rozhodování o léčbě, jejím způsobu a ukončení. Obecně ji lze vnímat jako zachování rozhodovacích kompetencí, soukromí. Za ekvivalent autonomie je považována někdy nezávislost či individuální svoboda.

Seniory je autonomie vnímána jako (dle Sýkorové, 2007):

- soběstačnost fyzická: zajištění osobních potřeb, potřeb svých nejbližších a péče o domácnost - limitou je zdraví

- soběstačnost finanční: schopnost se o sebe postarat, nezávislost na druhých, absence pocitu závazku, pocit svobody, svobodné rozhodování o finančních výdajích - význam tím vyšší, čím vyšší závislost na druhých z hlediska fyzické nesoběstačnosti, osobní kontrola snazší než ve sféře fyzické
- autonomie v užším smyslu samostatného rozhodování: znamená osvědčení vlastních kompetencí

Vliv stáří a stárnutí na míru autonomie ale není podle empirických zjištění konzistentní. Panuje ale shoda v tom, že osobní kontrola (financí, soc. interakcí) kompenzuje fyzický pokles ve stáří a přispívá k úspěšnému stárnutí. Problém je v tom, že sami senioři chápou autonomii ve smyslu samostatného rozhodování, kdežto pečovatelé ji redukují pouze na schopnost vykonávat aktivity osobní péče, resp. fyzické nezávislosti. Dle odborníků je potřeba chápat autonomii a závislost jako termíny relativní a ne vylučující se.

3 SENIOŘI NA ISLANDU

Island má 320 000 obyvatel. Průměrný věk dožití byl v roce 2008 u žen 83 let a u mužů 79,6 let, což je spolu s Japonskem a Maltou nejvíce na světě. Za seniora je na Islandu považována osoba starší 67 let. V tomto věku se i odchází do důchodu, což je nejvíce ze zemí OECD. Island má 33 110 seniorů, což představuje 10,3 % populace. V roce 2025 to bude 55 000.

Pracující senioři

Island je jedinečný vysokou mírou zaměstnanosti seniorů. 20 % Islandčanů ve věku nad 65 let a přibližně 5 % lidí starších 75 let je ekonomicky aktivní.

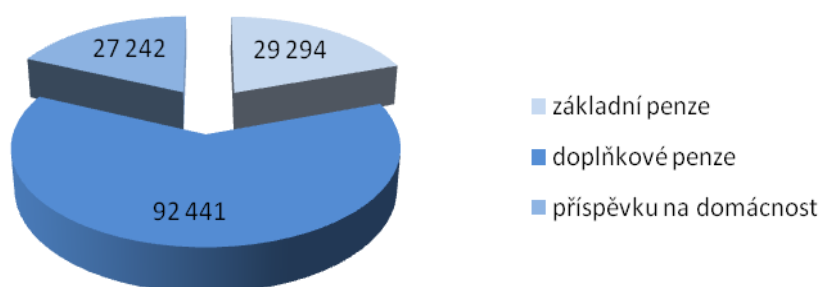
Do starobního důchodu je možno odejít v 67 letech, státní úředníci v 70 letech. V současné době se vedou diskuze o větší flexibilitě, aby lidé mohli odejít do důchodu dříve, nebo pracovat i po dosažení věku 70 let, pokud chtějí. Uvažuje se až o hranici 75 let. Se zvýšením souhlasí i odbory.

Starobní důchod

Island má zákonem stanovenou tzv. "národní rezidenci", která určuje základ pro důchodové pojištění, ta zaručuje každému příspěvek na živobytí v souladu se zákonem o sociálním zabezpečení č. 100/2007. Islandský daňový rezident, tj. poplatník s neomezenou daňovou povinností, je ten, který má na území Islandu „bydliště“ nebo se zde „obvykle zdržuje“.

Na starobní důchod mají nárok osoby 67 let a starší, které měly bydliště na Islandu po dobu nejméně tří kalendářních let, ve věku mezi 16 a 67 let. Výplatu důchodu lze odložit až do 72 let a získat tak vyšší částku.

Starobní penze sestává z:



Základní a doplňková penze se počítá podle výše jiných příjmů:

- u základního důchodu se částka snižuje v případě příjmů z jiných zdrojů a zcela odebere, pokud roční příjem překročí určitou částku
- všechny zdanitelné příjmy mají vliv na výpočet dávek. Příjmové kritérium je vypočteno na základě příjmů z výdělečné činnosti, penzijního připojištění, kapitálových příjmů, kdy každý druh příjmu představuje určitou procentuální váhu
- základní a doplňková penze mají odlišná příjmová kritéria

- příspěvek na domácnost dostávají pouze osaměle žijící senioři nebo osoby se zdravotním postižením

Zaměstnanecké penzijní fondy

Všichni příjemci mzdy jsou povinni účastnit se na pojištění během svého aktivního pracovního života do penzijních fondů.

Zákon o záležitostech seniorů

Byla schválena a v roce 1982 vstoupila v platnost zvláštní legislativa za účelem vlastního sebeurčení a práva seniorů na sociální a zdravotní služby. V současné době probíhají polemiky, zda by tato právní norma neměla být zrušena a práva seniorů neměla být garantována všeobecnou právní úpravou.



Účelem zákona o záležitostech seniorů je:

- zajistit, aby senioři měli přístup k zdravotní a sociální péči a že tyto služby jsou poskytovány kvalitně a na základě skutečných potřeb
- zajistit podmínky, aby senioři mohli setrvat ve svém přirozeném prostředí tak dlouho, jak je to možné, za využití potřebných institucionálních služeb

Implementace tohoto zákona zajišťuje stejná práva seniorů s ostatními občany, s respektem k právu na vlastní rozhodnutí.

Působnost v oblasti geriatrických záležitostí

- Ministerstvo sociálních záležitostí a sociálního zabezpečení je odpovědné za celkovou politiku a plánování záležitosti seniorů. Má odpovědnost za podporu veřejné diskuse o životních podmínkách seniorů, a za veřejnou prezentaci nabídky možností
- Ministerstvo zdravotnictví je odpovědné za zdravotní péči o seniory tak, jako o všechny ostatní věkové skupiny.
- Výbor pro záležitosti seniorů
- Poradny pro seniory

Výbor pro záležitosti seniorů

Složení výboru:

- zástupce Ministerstva sociálních záležitostí
- zástupce Ministerstva zdravotnictví
- zástupce seniorů
- zástupce Rady seniorů
- zástupce Svazu místních orgánů

Výbor je pověřen

- radit MPSV a vládě státu v otázkách, které se týkají seniorů
- působit jako prostředník mezi ministerstvy, institucemi a sdruženími
- podílet se na řešení otázek, které se týkají seniorů
- spravovat Seniorský rozvojový fond a předkládat ministrovi návrhy pro přiděly z fondu

Služby pro seniory:

- služby domácí péče
- servisní střediska pro seniory
- denní centra
- bydlení

Služby pro seniory žijící doma

Snahou je organizovat a koordinovat zdravotní a sociální péči v domácím prostředí tak, aby byly zajištěny kvalitní životní podmínky na základě potřeb seniorů. Služba je založena na individuálním hodnocení potřeb se zaměřením na podporu soběstačnosti.

Domácí ošetrovatelská péče

Služby poskytované obcí, nabídka je v jednotlivých obcích odlišná, nejčastěji je nabízeno:

- domácí služby - sociální podpora a pomoc s chodem domácnost
- stravování – dovoz jídla domů, nebo stravování v komunitních centrech
- doprava
- společenské aktivity

Cílem sociálních služeb je zajistit sociální stabilitu a zdravý životní styl obyvatel na základě vzájemného respektu. Sociální služby mají různé formy, mezi speciální služby patří nabídka bydlení a finanční poradenství. Právo na sociální služby souvisí s místem trvalého pobytu.

Denní centra pro seniory:

Denní centra slouží jako podpůrné opatření pro ty seniory, kteří žijí doma, avšak potřebují pravidelný dohled a péči. 55 denních center využívá 500 až 1000 klientů.

Denní centra nabízejí:

- Sociální podporu
- Ošetrovatelskou a zdravotní péči
- Dopravu
- Zdravotní poradenství, cvičení, rekreaci, vzdělávání, sociální poradenství a pomoc v činnostech každodenního života

Centra služeb

Centra služeb jsou provozována obcemi ve spolupráci s komerčními firmami. Zajišťují stravování, sport, rekreaci, zábavu atd.

Servis bydlení

Služeb bytového servisu mohou využívat senioři bydlící v bytech v soukromém vlastnictví, nájmu nebo podnájmu. Služba zajišťuje ostrahu a nabízí různé služby, jako stravování, praní prádla, úklid a sociální aktivity.

Pečovatelské domy

Pečovatelské domy jsou obecní domy nebo apartmány speciálně určené pro potřeby seniorů, kteří nejsou schopni žít ve svých domovech ani při využívání služeb domácí péče. Zajišťují:

- 24 hodin dohled
- Stravování, praní prádla, úklid, sociální a rekreační aktivity
- Ošetrovatelskou péči, lékařskou pomoc a rehabilitaci

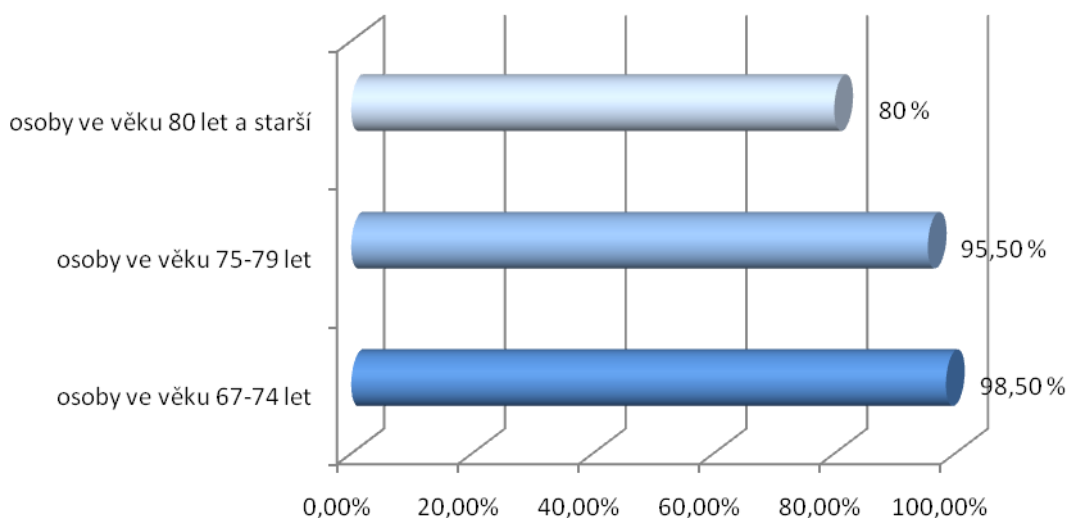
Domovy pro seniory

Zařízení s ošetrovatelskou péčí určená pro seniory, kteří jsou příliš nemocní na pobyt v domech s pečovatelskou službou nebo ve vlastních bytech.

Průměrná doba, kterou stráví senior v domově pro seniory je 2,3 roku.

Umístění do DpS je schvalováno komisí, kterých je v celé zemi 7. Je posuzován zdravotní stav a potřeba. Podmínkou přijetí je využívání komunálních sociálních služeb. Pouze ve výjimečných případech, kdy senior přechází ze zdravotnického zařízení, po akutním zhoršení zdravotního stavu, lze schvalovací proces vynechat.

Podle předpokladů Ministerstva sociálních záležitostí je schopno žít doma, s odpovídající podporou:



Na Islandu je:

- 38 pečovatelských domů - celkem 750 lůžek
- 64 domovů pro seniory - celkem 2550 lůžek

Domovy pro seniory zřizuje stát, ostatní služby obce, soukromé subjekty, nebo charitní organizace.

Náklady hradí stát, ale pokud má klient příjem vyšší než 65 000 IKR měsíčně, podílí se částečně na úhradě. Každý jednatel si pak nechává okolo 42.000.

Zdravotní péče o seniory

Obecným principem islandského systému zdravotní péče je, že každý, kdo žije na Islandu, je pojištěn na základě zákona o sociálním zabezpečení a má stejné právo na zdravotní péči, bez ohledu na finanční situaci, věk nebo postavení.

V posledních letech byl kladen větší důraz na podporu ochrany zdraví, vytváření povědomí o zdravém životním stylu a náhledu na různé aspekty zdraví, na podporu zdravého stárnutí, na rozvoj integrovaného holistického přístupu a vytvoření udržitelného partnerství v oblasti zdraví v pozdějším věku.

Priority

- senioři budou dostávat odpovídající a individuálně orientovanou podporu prostřednictvím služeb, aby mohli zůstat ve vlastním domově tak dlouho, jak to možné
- senioři a jejich příbuzní budou mít snadný přístup k informacím o právech a nabídce služeb
- systém sociálního zabezpečení bude zjednodušen a práva seniorů budou přesněji definována
- právo seniorů, na život ve vlastních domech, stejně jako právo respektování jejich autonomie
- senioři budou mít možnost výběru formy bydlení

- navýšení počtu denních stacionářů a pobytových odlehčovacích služeb pro krátkodobý pobyt
- vytvoření a zavedení standardů kvality služeb pro seniory
- zvýšit četnost a kvalitu kontroly poskytovaných služeb
- budou adaptovány nové priority pro výstavbu domovů pro seniory a zlepšení bydlení pro seniory
- zavedení příspěvků na péči, aby si senioři mohli zachovat svou finanční nezávislost a přímo se podílet na úhradě péče o vlastní osobu
- zvýšit počet ošetrovatelských zařízení podle skutečné potřeby
- zrušit většinu dvou a vícelůžkových pokojů v domovech pro seniory
- zajištění kvalitního a motivovaného personálu v sociálních službách
- celková odpovědnost za služby pro seniory bude převedena na obce nejpozději v průběhu roku 2012

4 SENIOŘI V ČESKU A SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE

4.1 Senioři

Věnujeme-li se tématu, které bezprostředně souvisí se skupinou seniorů, je nezbytné vymezit, kdo vlastně senior je a koho se sociálně-zdravotní péče týká.

Za seniory jsou v Česku považováni lidé 65+. V poslední době zejména díky zvyšujícímu se počtu nejstarších lidí se zvláště mluví o lidech staršího seniorského věku 80+ (často označováni za oldest-old), kteří představují skupinu lišící se z hlediska potřeb od mladších seniorů.

Sociálním markerem stáří je obligatorně stanovený věk odchodu do důchodu. Z gerontologického hlediska jsou ale změny organismu jedince postupné. Stáří tedy není náhlé období.

Z výzkumů vyplývá, že lidé určují hranici stáří kolem 75. roku věku. Chronologický věk není ale pro vnímání věkového statusu druhých individuí prvořadým kritériem a častěji je brán v úvahu jejich fyzický zdravotní stav.

Odhaduje se, že 80 až 90 % osob starších 65 let je soběstačných s pomocí rodiny a nejbližšího okolí, 13 % potřebuje pomoc v domácnosti, 7 až 8 % potřebuje soustavnou domácí péči a asi 2 % soustavnou péči ústavní. Čili zhruba čtvrtina lidí ve věku nad 65 let vyžaduje nějakou formu pomoci. Ve studii Rodinná péče o staré lidi se uvádí, že v české populaci potřebuje „pomoc ve většině každodenních aktivit asi 2 % lidí nad 65 let věku (tvoří 14 % populace) a k tomu asi 8 % osob nad 80 let (tvoří 3 % populace).

V roce 2030 to bude asi 2 % z 23 % (65+) a k tomu cca 8 % z 6,5 % populace starších 80 let. Celkem to dnes představuje 0,76 % obyvatel, kteří potřebují každodenní péči, tj. cca 75 tisíc starých lidí. V roce 2030 to však bude představovat již 1,5 % všech obyvatel České republiky, kteří budou potřebovat trvalou průběžnou každodenní péči. Kromě toho ještě násobek tohoto čísla bude představovat starší osoby, které budou vyžadovat alespoň občasnou výpomoc.“



4.2 Služby sociální péče

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.

Osobní asistence

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v

přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 224 služeb osobní asistence.

Osobní asistence je poskytována 7 000 klientům.

Ve službách osobní asistence je zaměstnáno celkem 1 800 pracovníků.

Celkové náklady na tuto službu v roce 2008 činily 15 mil. eur, z toho hradili klienti 3 mil. eur.

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase (především časovým vymezením se odlišuje od služby osobní asistence) v domácnostech osob a ambulantních zařízeních. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 769 služeb pečovatelské služby.

Pečovatelská služba je poskytována 115 000 klientům.

Ve službách pečovatelské služby je zaměstnáno celkem 5 500 pracovníků.

Celkové náklady na tuto službu v roce 2008 činily 70 mil. eur, z toho hradili klienti 16 mil. eur.

Tísňová péče

Tísňová péče je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 16 služeb tísňové péče.

Tísňová péče je poskytována 2 500 klientům.

Ve službách tísňové péče je zaměstnáno celkem 120 pracovníků.

Celkové náklady na tuto službu v roce 2008 činily 1,2 mil. eur, z toho hradili klienti 0,2 mil. eur.

Průvodcovské a předčitatelské služby

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 33 průvodcovských a předčitatelských služeb.

Služba je poskytována 4 000 klientům.

V průvodcovských a předčitatelských službách je zaměstnáno celkem 55 pracovníků.

Celkové náklady na tuto službu v roce 2008 činily 0,4 mil. eur, z toho hradili klienti 0,03 mil. eur.

Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 261 odlehčovacích služeb.

Služba je poskytována 11 000 klientům.

V odlehčovacích službách je zaměstnáno celkem 1 800 pracovníků.

Celkové náklady na tuto službu v roce 2008 činily 15 mil. eur, z toho hradili klienti 4 mil. eur.

Centra denních služeb a Denní stacionáře

V denních stacionářích a centrech denních služeb se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 364 těchto služeb.

Služba je poskytována 36 000 klientům.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 2 400 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 26,5 mil. eur, z toho hradili klienti 3,5 mil. eur.

Týdenní stacionáře

V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 75 těchto služeb.

Služba je poskytována 1 300 klientům.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 1 100 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 9,3 mil. eur, z toho hradili klienti 2,2 mil. eur.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením jsou obvykle uzpůsobeny věku a charakteru potřeb klientů vyplývajících z druhu zdravotního postižení. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 222 těchto služeb.

Služba je poskytována 14 700 klientům.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 8 100 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 153,5 mil. eur, z toho hradili klienti 56,2 mil. eur.

Domovy pro seniory

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 481 těchto služeb.

Služba je poskytována 41 100 klientům.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 12 600 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 299 mil. eur, z toho hradili klienti 133 mil. eur.

Domovy se zvláštním režimem

V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 185 těchto služeb.

Služba je poskytována 8 200 klientům.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 4 300 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 68 mil. eur, z toho hradili klienti 26 mil. eur.

Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení, které má charakter běžného bydlení v bytech a domech. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

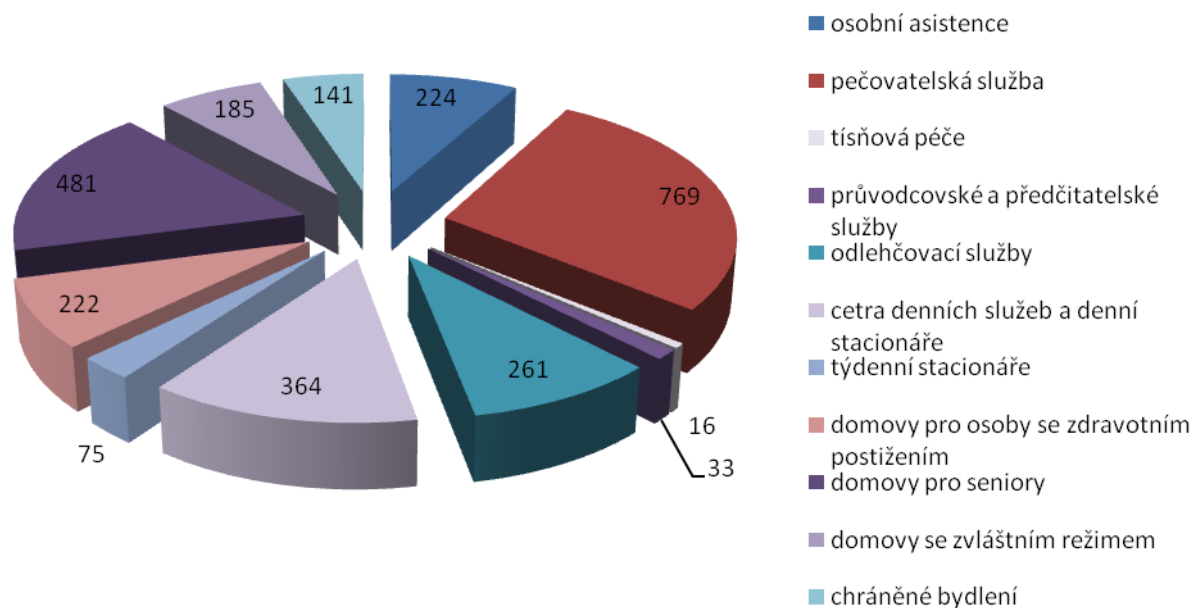
V ČR působí 141 těchto služeb.

Služba je poskytována 2 400 klientům.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 830 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 11,2 mil. eur, z toho hradili klienti 4 mil. eur.

Zařízení sociálních služeb v České republice



(Zdroj: Registr poskytovatelů, 2010)

4.3 Základní formy péče

Základními formami péče jsou péče rodinná, ústavní a terénní. Ačkoliv existuje možnost tyto formy péče kombinovat, pro jednodušší popis se věnujeme pouze jejich ideálním typům. Jedná se tedy o ideální model zahrnující základní formy péče, i když si uvědomujeme, že každé zařízení či osoba se od sebe značně liší, přestože jsou zahrnuty pod jedno jméno.

Vzhledem k tomu, že klademe důraz na provázanost potřeb a formy péče, u jednotlivých forem péče se snažíme ukázat, jaké výhody a nevýhody daná péče má a tím i částečně vymezit, pro koho se v ideálním případě hodí nejlépe.

Podle poznatků Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí je péče o české seniory nevyhovující. I když odborníci odhadli počet seniorů, kteří potřebují ústavní péči na 2 %, přesto v ČR převažuje ústavní péče. V okolních vyspělých státech je preferována péče o seniory v jejich domácím prostředí. Podobnou situaci měl přivodit zákon o sociálních službách, který platí od ledna 2007.

Princip subsidiarity v péči o seniory (převzato z Barvíková 2005: 60): „Dnešní tendence je v evropských zemích taková, že v první řadě nese za péči zodpovědnost rodina. Pokud tuto nemůže převzít, pak přebírají (spolu)péči další složky.“ Úkolem společnosti je udělat vše pro to, aby rodinní příslušníci neměli „objektivní“ důvod péči o svého blízkého odmítat. „Rodina se o starého, zvláště pak nemocného člověka, může postarat jen do určité míry, za jistých možností a v jistém čase. Společnost se zcela musí postarat o ty, kteří nikoho nemají, a v dalších tzv. důvodných případech.“ Jaké konkrétní formy má pomoc přicházející zvnějšku mít, to závisí na konkrétních potřebách částečně nebo zcela nesoběstačného starého člověka.

Při koncipování zdravotní i sociální péče o seniory je třeba myslet na velkou heterogenitu této populace. Z tohoto důvodu je nutný individualizovaný přístup k různým potřebám seniorů.

4.3.1 Rodinná péče

Předností rodinné péče v ideální formě je jistě osobní vztah k seniorovi, který pomáhá ze všech forem zřejmě nejvíce naplnit jeho psychosociální potřeby, navíc se péče odehrává v místě, na něž je senior zvyklý, což opět napomáhá psychické pohodě. Rodinná péče odpovídá principu subsidiarity, je zajištěna seniorovi nejbližší institucí (rodinou). Možnou nevýhodou rodinné péče je její časová náročnost pro rodinu a nedostatečná zdravotnická



způsobilost členů rodiny oproti profesionálním lékařům a sestřám, kteří vykonávají ústavní, popř. terénní péči. Ochota pečovat o seniora vyžaduje sociální soudržnost rodiny a rozdělení rolí, které vyžaduje i odřeknutí vlastních priorit ve prospěch rodiny jako celku. Kromě zdravotní a sociální poskytuje rodina i emocionální péči, jež v institucích chybí. Hlavní nevýhodou státní péče o seniora se jeví neprovázanost zdravotní a sociální péče, které nejsou

institucionálně sloučeny. O seniory pečují zejména ženy, statistiky mluví o tom, že zhruba 20 % seniorů nad 65 let získává pomoc rodiny. U seniorů vyžadujících dlouhodobou péči dokonce rodiny figurují odhadem v 70 – 80 % případů, většinou se jedná o péči v rámci manželského páru (častěji manželky pečují o nemocné muže), popřípadě péči dětí o staré rodiče. Opečovávanými jsou většinou ženy, což zřejmě souvisí s jejich vyšší střední délkou života (Jeřábek, 2005).

Výhodou rodinné péče je nesporně to, že je finančně a kvalitativně efektivnější. Celkově je rodinná péče považována za nejlepší formu, respektující integritu seniora, jeho psychický stav a kvalitu života. Podstatnou roli ovšem hraje i to, zda si ji senior přeje (Bartoňová, 2005).

Model rodinné péče může reálně úspěšně fungovat jen za předpokladu pestré nabídky nejrůznějších specializovaných i běžných služeb, spolupráce a vzájemné pomoci mezi institucemi a rodinou.

4.3.2 Terénní péče

Terénní péče pomáhá pečujícím osobám odlehčit v péči o své blízké, usnadňuje rodinám péči o svého starého člena. Kombinování rodinné péče a terénních, ambulantních popř. krátkodobých pobytových služeb je cestou, jak zajistit lidem kvalitně prožité stáří.

K terénní péči počítáme pečovatelskou službu a osobní asistenci, které jsou rozsahem poskytovaných základních úkonů obdobné a často se prolínají. Základními rozdíly jsou:

- **Pečovatelská služba** je poskytována ve vymezeném čase v domácnosti osob, nebo v zařízeních sociální péče a tedy může mít formu terénní nebo ambulantní.

Základní poskytované úkony jsou:

- Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- Pomoc při zajištění chodu domácnosti
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

- **Osobní asistence** se poskytuje bez časového omezení v přirozeném sociálním prostředí

Základní poskytované úkony jsou:

- Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
- Pomoc při osobní hygieně
- Pomoc při zajištění stravy
- Pomoc při zajištění chodu domácnosti
- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Základní úkony mohou doplňovat služby fakultativní, jako je doprava, dohled, dohled nad užitím léků, pedikúra, půjčení kompenzačních pomůcek apod.

Maximální výše úhrady základních služeb je dána vyhláškou 505/2006 Sb. v platném znění. Pečovatelská služba může být ze zákona poskytována bez úhrady rodinám ve kterých se narodily současně 3 nebo více dětí do 4 let věku těchto dětí, účastníkům odboje, osobám nasazeným v táboře nucených prací, osobám ze zákona rehabilitovaným.

Pro osoby, které vyžadují větší rozsah a frekvenci poskytovaných služeb jsou určeny domy s pečovatelskou službou (DPS). Jedná se o přechodový typ bydlení mezi běžným nájemním vztahem a bydlením v pobytovém zařízení sociálních služeb. V bytech s pečovatelskou službou je plně zachován statut nájemného bydlení, přičemž soustředění těchto bytů na jednom místě usnadňuje doručování sociálních služeb a poskytuje větší pocit bezpečí lidem se sníženou soběstačností při zachování jejich plné svobody. Poskytovatel sociální služby nemusí mít v daném objektu sídlo i časový rozsah služby může být různý. Zpravidla bývá pouze v pracovní dny do odpoledních nebo večerních hodin. Problém nastává, pokud se uživatelův zdravotní stav zhorší natolik, že potřebuje péči a pomoc nad rozsah této doby a pokud rodinní příslušníci nemohou péči zajistit. Potom je často jediným řešením odchod klienta do pobytového zařízení. Mnozí poskytovatelé se snaží tento problém eliminovat rozšířením přítomnosti personálu v DPS na nepřetržitý provoz. Často je služba rozšířena o možnost telefonické krizové pomoci, která může fungovat i pro další uživatele žijící mimo DPS. Další službou, která může vhodně doplnit terénní službu jsou denní stacionáře. Ty slouží pro denní pobyt uživatelů v době, kdy nemohou nebo nechtějí být doma sami, protože jejich rodinní příslušníci jsou v zaměstnání, nebo potřebují odlehčit v péči o člena rodiny.

Je rovněž určen osamělým seniorům k tomu, aby se dostali do společnosti svých vrstevníků a bylo jim tím umožněno plnohodnotné a aktivní trávení volného času.

Příklady problémů péče poskytované terénními službami (výzkum Veselé „Sociální služby poskytované seniorům v domácnostech“ z r. 2003, převzato z Barvíková, 2005):

- Mezi nejvíce postrádané úkony patří celodenní dohledy, noční služby a další úkony potřebné pro zabezpečení péče především o nejméně soběstačné seniory. Možnost jejich poskytování je však zcela odvislá od dostatku finančních prostředků a s tím např. i souvisejícího dostatečného počtu pracovníků.
- „Ne ve všech obcích, především malých, je pečovatelská služba poskytována. V tomto směru se na dostupnosti sociálních služeb kromě jiného negativně projevilo i její odstátnění. Tím se díky nesolventnosti obcí dostalo poskytování pečovatelské služby do jakéhosi začarovaného kruhu. Velké obce, které pečovatelskou službu poskytují, nemají dostatek prostředků, aby mohly zajišťovat služby občanům v obcích mimo svoje hranice a malé obce nejsou ochotny, ale spíše se z důvodu nedostatku finančních prostředků nemohou podílet na nákladech při zajišťování pečovatelské služby.“
- problematika vyloučených seniorů z poskytování péče: „Mezi vyloučenými seniory nalezneme ty, kteří bydlí ve velké vzdálenosti od sídla pečovatelské služby, a z obcí, kde je malý počet žadatelů. Najdeme mezi nimi ale i seniory vyžadující zvýšenou péči, kteří bývají obvykle i žadateli o umístění do domovů důchodců a vedení v evidenci žadatelů přednostních a naléhavých. Jejich problém vyplývá z nedostupnosti náročných pečovatelských úkonů u pečovatelských služeb. Z těchto seniorů se v případech, kdy rodiny nechtějí nebo nemohou z různých důvodů pečovat, rekrutují příjemci náhradních řešení - umístění na sociální lůžka, do LDN apod. Najdeme však mezi nimi i 37 - 80 % těch, kteří by mohli sebe nebo pečovatelku nějakým způsobem ohrozit.“

Sociální služba není oprávněna poskytovat zdravotní služby, proto bývá kombinována s domácí ošetrovatelskou péčí. Mnoho uživatelů pečovatelské služby je zároveň indikováno k ošetrovatelským výkonům a naopak: mnozí pacienti domácí ošetrovatelské péče by potřebovali některé úkony pečovatelské služby. Pokud poskytovatel pečovatelské služby disponuje i nabídkou zajištění domácí ošetrovatelské péče, může lépe vykryt individuální potřeby uživatele služby. Uživatel nemusí být kvůli banálním ošetrovatelským zákrokům hospitalizován a vytrhován z domácího prostředí. Překážkou této kombinace služeb bývá neuzavření smluv na domácí ošetrovatelskou péči ze strany zdravotních pojišťoven.

4.3.3 Ústavní péče

Pobytové služby sociální péče jsou označovány mnoha dalšími termíny jako např. stacionární péče, rezidenční služby, institucionální péče, sociální služby spojené s ubytováním atp. Zákon o sociálních službách vymezuje pobytové služby jako služby, kterými rozumíme služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb a které lze rozdělit na služby prevence a péče. V kontextu dlouhodobé péče a s odkazem na platnou legislativní normu je korektní termín pobytové služby sociální péče.

Mezi pobytové služby se historicky řadily domovy důchodců, které byly také nazývány ústavy sociální péče (pro dospělé) a dále tzv. penziony pro seniory. Nový zákon o sociálních službách, platný k 1. lednu 2007, přinesl nové typy pobytových služeb.

Historie a současnost pobytových služeb v ČR

Česká republika se svým pojetím sociální politiky řadí spíše ke konzervativnímu nebo také subsidiárnímu modelu s prvky tzv. sociálně demokratického nebo také skandinávskému modelu. V praxi to znamená, že je upřednostňována tzv. rodinná péče před péčí institucionální. Onen uvedený prvek skandinávského modelu je zmiňován v souvislosti s relativní dostupností institucionální pobytové péče (dostupnosti ve smyslu neexistence restrikcí z důvodů snížených příjmů nikoliv dostatečné nabídky).

V minulosti, resp. do 1989 vyvolával termín domov důchodců pejorativní dojem a umístění rodinného příslušníka do takového zařízení bylo chápáno jako selhání rodinné péče. V současné době, zejména v posledních 10-20 letech, je funkce rodiny oslabena a pracovní vytížení rodinných příslušníků neumožňuje často poskytování celodenní a odpovídající péče. Další zásadní změnou – oproti druhé polovině minulé století, která bude mít v příštích letech vzrůstající tendenci, je neustále se prodlužující věk seniorů a tím i prodlužování věku, kdy se stávají závislí na pomoci druhé osoby. Průměrný věk seniorů v domovech pro seniory je 83 – 86 let, tzn. v mnoha případech jsou již děti těchto seniorů sami v některých denních úkonech odkázáni na pomoc jiné osoby a nemohou kvůli tomu zabezpečit odpovídající péči o osobu blízkou.

Po roce 1948 docházelo k omezování neziskového sektoru a církevních organizací, které do té doby byly tradičními poskytovateli sociálních služeb. Komunistický režim striktně rozdělil institucionální péči pro děti, postižené osoby a seniory, kterou řídil, kontroloval a financoval. Jediným indikátorem pak byla kapacita těchto zařízení, resp. počet lůžek.

Velmi často šlo o budovy mimo přirozenou zástavbu, zámky, původní církevní objekty či novostavby. Poskytované služby akcentovaly zajištění základních potřeb ve smyslu zdravotní péče, stravy, bydlení a základní hygieny. Lidská důstojnost, seberealizace, rozvoj a podpora soběstačnosti, stimulace rodinných vazeb apod. nehrála žádnou či pouze podružnou roli.

Po r. 1989 se začíná opět pozvolna rozvíjet neziskový sektor, vznikají nové sociální služby, zejména terénního a ambulantního charakteru. Další změny, které ovlivnily strukturu pobytových služeb, byly reformy územní správy a změna systému sociálních služeb v r. 2007. Většina zřizovatelů pobytových služeb v ČR (více než 90%) jsou vyšší územně samosprávné celky (kraje) a municipality (města a obce). V sousedním Německu nebo Rakousku je tato situace obrácená. Nositeli sociálních služeb jsou soukromé společnosti a neziskový sektor. Náš, řekneme samosprávný model, přináší celou řadu komplikací jako např. střet zájmů nebo pomalejší reakce na změnu prostředí.

Kapacita, vybavení a kvalita pobytových služeb

V roce 2008 bylo v České republice celkem 45.129 lůžek v domovech pro seniory (37733) a domovech se zvláštním režimem (7.396). Oproti rokům 2006 - 2008 má celková kapacita sestupný charakter, což je dáno technickou humanizací těchto zařízení, resp. snižování počtu vícelůžkových pokojů a tím i snižování kapacity domova (v roce 2008 je v domovech pro seniory již poze 10,38 % tří a vícelůžkových pokojů)¹. V letech 2009 – 2012 lze očekávat otevření několika (maximálně desítek) nových pobytových zařízení zejména díky podpoře ze strukturálních fondů EU (programy ROP) a soukromým iniciativám.

¹ Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí za r. 2008

Máme-li hovořit o kvalitě pobytových služeb sociální péče v ČR, pak je nutné vidět pojem kvality v různých kontextech. O kvalitě sociálních služeb by bylo možné psát na mnoha desítek stran, omezme se však pouze na základní teze:

- V posledních deseti letech lze v ČR pozorovat skokové zvyšování kvality pobytových služeb. Tento trend je způsoben zejména výstavbou nových zařízení a rekonstrukcí stávajících, zavedení standardů kvality sociálních služeb v r. 2007 a celkovou změnou přístupu v sociálních službách s akcentací lidské důstojnosti a nutnosti individuálního přístupu.
- Nositele kvality ve službách obecně jsou lidé. V České republice je poměr pracovníků v přímé péči na jednoho uživatele 1: 3,54 (Statistická ročenka 2007). V dalších zemích EU (Německo, Rakousko, Nizozemsko, Švédsko) je tento poměr max. 1:1,2 až 1:0,7, tzn. počet zaměstnanců je min. stejný a většinou větší než počet uživatelů (dle země, kapacity zařízení, cílové skupiny apod.). V tomto ohledu lze situaci v ČR označit jako neuspokojivou (i s ohledem na stagnující nízké platové ohodnocení pracovníků v sociálních službách a to jak v porovnání s jinými profesemi v ČR, tak v relativním porovnání v rámci Evropské unie).
- V České republice je minimální počet zařízení, které využívají některý ze známých a v Evropě používaných systémů a modelů pro měření a zvyšování kvality (ISO, TQM, EFQM, CAF, BSC, Benchmarking, E-qalin, aj.)

Dostupnost a využití

V souvislosti s očekávanými demografickými změnami stále častěji zaznívá otázka, zda je síť a kapacita pobytových služeb v České republice dostatečná.

Uvážíme základní fakta:

- Česká republika má 37.733 lůžek pobytových služeb sociální péče v domovech pro seniory a dalších 7.396 v domovech se zvláštním režimem (a dalších několik set lůžek v rámci tzv. odlehčovacích služeb).
- Česká republika má 7.194 lůžek LDN a ODN².
- Česká republika má ve zdravotnických zařízeních cca 15.000 – 25.000 lůžek skrytých sociálních hospitalizací (odhad VZP ČR).
- 30 – 50% uživatelů pobytových služeb by za předpokladu využití terénních a ambulantních služeb (jak sociálních tak zdravotnických) nemusela být umístěna v těchto zařízeních.
- Dle kvalifikovaného odhadu je skutečný počet žadatelů (z celkového počtu žádostí o pobytové služby v ČR, v r. 2008 - 52.953 žádostí)³, kteří potřebují akutně pobytové služby sociální péče, 5-10 tisíc osob (neaktuálnost žádostí, duplicita žádostí, žadatelé nepotřebují akutně poskytování požadovaných služeb).
- Česká republika má zcela srovnatelný počet lůžek s dalšími zeměmi Evropské Unie (viz tabulka č. 1).

² Zdravotnictví v České republice 2008 ve statistických údajích, ÚSIZ

³ Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí za r. 2008

	Rakousko	Belgie	Finsko	Francie	Německo	Nizo- zemsko	Švédsko	Velká Británie	ČR
65+ v pobyto- vých zařízeních	4,9%	6,4%	5,3%	6,5%	3,5%	8,8%	8,2%	5,1%	5,3%
65+ v domác- nosti	24,0%	4,5%	14,0%	6,1%	7,0%	12,75%	7,9%	5,5%	13,2%

Zdroj: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí

Z výše uvedených fakt musíme označit stávající počet lůžek za dostatečný, avšak ne již jako racionálně využitý. Dlouhé čekací doby, které naznačují opak, jsou pak důsledkem špatného systému a přirozeného vývoje či transformace, která ještě nebyla ukončena. Jako teze, charakterizující nedostatky současné systému pobytových služeb sociální péče, lze tedy uvést:

- Využití lůžek v sociálních službách (pobytové služby) a ve zdravotnictví (LDN, skryté sociální hospitalizace) není racionální.
- Struktura cílových skupin v pobytových zařízeních sociální služeb není optimální. Historicky je v těchto zařízeních velké procento osob, které nepotřebují intenzivní péči. Optimalizace cílových skupin v sociálních službách se očekává až do r. 2015 – 2020.
- Kriticky nedostatečná kapacita a dostupnost terénních a ambulantních služeb sociální péče (pečovatelská služba, denní stacionáře, apod.) a terénní zdravotnické služby (home care/domácí péče).
- Nedostatečné personální vybavení v pobytových službách sociální péče (v porovnání s ostatními evropskými zeměmi)
- Neefektivní systém financování sociálních, resp. sociálně zdravotních služeb v ČR. Současný systém není vázán na jednotky výkonu a optimální náklady výkonu. Za zcela nevyhovující lze pak označit systém financování sociální péče ve zdravotnických zařízeních.

Dlouhodobě neudržitelné faktory - problematické oblasti

Systém sociálních služeb v ČR nelze označit za optimální (je však na místě zmínit, že systém sociálních služeb je efektivnější a transparentnější než před r. 2007, resp. před účinností zákona o sociálních službách). Faktory, které brání optimálnímu stavu, lze označit jako dlouhodobě neudržitelné (které bude v příštích letech muset politická reprezentace řešit, jinak bude ohrožen celý systém) a problematické (jejichž neřešení neohrozí systém, pouze sníží jeho efektivitu). Za hlavní z těchto faktorů považují:

- Financování sociálních služeb. Nejistá výše státní dotace. Výše státní dotace poskytovatelům sociálních služeb je odvislá od disponibilní částky ve státním rozpočtu na příslušný rok, tj. poskytovatel nemá jistotu, zda a kolik dostane za své výkony zaplacen. V případě snížení tohoto zdroje je pak pravděpodobná restrikce dotačních prostředků u tzv. zřizovaných služeb, což jsou většinou pobytové služby sociální péče (viz situace v r. 2008).

- Centralizované státní dotace. Redistribuce státních dotací, která je řízena centrálně, se ukazuje jako neefektivní a to nejen z pohledu efektivní alokace a využití těchto dotací, ale i z důvodu neschopnosti plynulého financování, resp. plynulého uvolňování zálohových plateb. Stejně tak dlouholeté financování, které je předpokladem plánování a rozvoje sociálních služeb, je nerealizovatelné z centralizované úrovně. Připravovaný přechod na decentralizovaný systém financování nicméně vyvolává celou řadu otázek a obav poskytovatelů (dle jakých kritérií budou dotace přidělovány, jaká budou státem stanovena základní pravidla a jaký klíč přerozdělení zvolí jednotlivé kraje, atp.).
 - Částečným důsledkem centralizované formy přerozdělení dotací je absence kontroly efektivity využití dotací. Příkladem je neporovnávání plánovaných výkonů a kapacit se skutečností daného roku.
 - Příspěvek na péči. Vzhledem k napjatosti veřejných rozpočtů, kterou lze v příštích letech očekávat, je současný systém výplaty příspěvku na péči dlouhodobě neudržitelný.
 - Systém úhrad a poskytování zdravotních služeb v pobytových zařízeních sociální péče a sociální péče ve zdravotnických lůžkových zařízeních lze označit nejen jako nesystémový, ale i jako neefektivní. Jako základní atributy lze uvést: nefungující a pro zdravotnická zařízení nemotivující systém úhrad sociální péče; nedostatečná a restriktivní úhrada zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb.
 - Cenová regulace. Má-li být systém financování sociálních služeb (sociální péče) efektivní, pak je nutné, aby byl (alespoň částečně) determinován tržními faktory. Právě pak cenová regulace služeb sociální péče je primární překážkou ke vzniku kvazi tržního prostředí v sociálních službách (s čímž souvisí problematika tzv. kapesného v pobytových službách či nemožnost zákonné participace rodinných příslušníků na úhradách sociální péče).
- Za problematickou nebo lépe řečeno dosud nenormalizovanou oblast lze označit naplňování některých kritérií standardů kvality sociálních služeb a jejich následnou kontrolu inspekcí (s akcentem na subjektivně individuální přístup některých inspektorů kvality a to zejména v počátečních inspekcích).

Domovy pro seniory

Jsou určeny především pro seniory, kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, která jim není nebo nemůže být zajištěna členy rodiny, případně jinou službou sociální péče nebo kteří toto umístění potřebují z jiných vážných důvodů. Jde o komplex služeb zahrnující služby ubytovací, stravovací, služby sociální péče, zdravotnické služby a další služby fakultativní neboli volitelné či doplňkové.

Zákonem o sociálních službách prakticky zanikly tzv. penziony pro seniory a jejich zřizovatelé se s touto skutečností mohli vyrovnat dvojím způsobem. Buď transformovali tyto penziony na byty zvláštního určení, resp. byty či domy s pečovatelskou službou (viz dále) nebo se rozhodli pro transformaci na domov pro seniory. Rozhodnutí pro druhý způsob bylo pak velmi často motivováno zvýšenými příjmy (okamžité navýšení úhrad za stravu a

ubytování, platba za péči ve výši přiznaného příspěvku na péči apod.) a dále pak v ČR všeobecně vysokou poptávkou po této službě. Nevýhodou této transformace se dá označit skutečnost, že uživatelé této služby, resp. obyvatelé takto transformovaných domovů, byli prakticky zcela nebo převážně soběstační.

Celková kapacita domovů pro seniory v České republice je cca 37,800 lůžek. Tento počet je stále nedostatečný. Čekací doby na umístění do domova důchodců jsou v různých regionech různé, od několika měsíců až po několik let. Záleží na poptávce a kapacitách v regionu a zájmu žadatelů o konkrétní zařízení. V některých případech je nabídnuto volné místo v jiném zařízení než vybraném, avšak klient si počká až na uvolnění lůžka v zařízení, které si vybral. To je případ zejména nově vybudovaných a moderně vybavených domovů, o které je podstatně větší zájem, než o lůžka ve starších objektech. Statistika čekací doby se nevede. Možnost a způsob zkrácení čekací doby na umístění do domova důchodců může být v různých regionech různý. Dlouhá čekací lhůta může být i částečně způsobena tím, že jsou přijímáni i senioři relativně zdraví, kteří nemají tak vysoký stupeň ztráty soběstačnosti a mohli by za podpory terénní služby setrvat ve svém bydlišti. Umístěním je tak často řešena bytová situace – vysoká poptávka po bydlení způsobuje, že senior uvolní byt pro ostatní členy rodiny. Dalším bývá i fakt, že senior žije v lokalitě, kde terénní služba není k dispozici a domov pro seniory je pak jedinou alternativou.

Zákon o sociálních službách přinesl i další velmi vítanou změnu: poskytovatel pobytových služeb je povinen zajistit zdravotní péči pro své klienty, ale také je stanoveno, že tato péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Doposud zdravotní resp. ošetřovatelská péče nebyla zdravotními pojišťovnami zpravidla hrazena, náklady na ni šly na vrub poskytovatele.

Domovy se zvláštním režimem

S prodlužující se délkou života narůstá nejen počet seniorů, ale také je stále častěji diagnostikována Alzheimerova choroba nebo jiné formy demencí. Klienti s touto nemocí potřebují specializovanou péči, která je v pobytové formě péče realizována v domovech se zvláštním režimem.

V ústavech péči je část nákladů za pobyt hrazena z vlastních prostředků klienta

Výše úhrad za bydlení a nezbytné služby (úklid, praní, vaření) se řídí vyhláškou MPSV č. 505/2006 Sb., která stanoví maximální výše úhrady.

Sociální služby, resp. lůžka ve zdravotnických zařízeních

Ve zdravotnických zařízeních ústavní péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.⁴

Zákon o sociálních službách předpokládal jakési zrovnoprávnění a legalizaci tzv. skrytých sociálních hospitalizací. Výše uvedená právní úprava (§52 zákona) přepokládala vznik kvazi domovů pro seniory ve zdravotnických zařízeních. Z důvodů vysokých bariér (žádosti o dotaci, povinnost naplňování standardů kvality sociálních služeb, pozdní platby, atp.)

⁴ Zákon č. 108/2006 Sb.

reagovaly zdravotnická zařízení v prvním roce účinnosti zákona jen velmi zřídka a po třech letech provozování těchto lůžek prakticky zcela zastavilo.

Léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN) a další „následná“ péče (ošetřovatelská lůžka)

Tato zařízení vznikala v 70. letech v souvislosti s tehdy připravovanou koncepcí oboru geriatry a dále se rozvíjela v souvislosti s implementací této koncepce. Dle této koncepce byla tato zařízení považována za lůžkovou základnu geriatry. Za pozitivum lze jistě považovat, že tato zařízení byla definována jako zařízení odborná, kde měli pracovat kvalifikovaní geriatři. Na druhou stranu právě v těchto zařízeních institucionalizovala koncepce smíšené geriatrické péče s péčí dlouhodobou, což následně přineslo mnohé problémy. Za největší z nich můžeme považovat nepříznivě se vyvíjející kvalitu péče v některých zařízeních tohoto typu, dlouhodobé pobyty ztrácející zdravotnický charakter (bez adekvátní náplně jiné péče), dlouhodobé podfinancování a podceňování tohoto typu péče, což vedlo nakonec k tomu, že se LDN staly v povědomí veřejnosti bohužel často synonymem nedobré péče.

Transformace zdravotnictví, která proběhla v devadesátých letech, přinesla do segmentu postakutní péče jen některé dílčí změny, z nichž mnohé měly spíše nepříznivý dopad. Na podcenění potřeby postakutní péče poukazuje také skutečnost, že LDN nebyly počátkem devadesátých let zařazeny do systému financování z veřejného zdravotního pojištění a teprve po zásadní intervenci geriatrické společnosti byly do tohoto systému zařazeny až pozdějším návrhem na půdě parlamentu. Jedná se o skupinu zařízení velmi rozmanitého charakteru, z nichž některé mají charakter rehabilitačních a doléčovacích oddělení, některé poskytují dlouhodobou péči. Záleží na typu zařízení, cílech jak zřizovatele tak managementu. V současné době máme v České republice 7 194 lůžek léčeben pro dlouhodobě nemocné (LDN). Průměrná ošetřovací doba 68,1 dne opět potvrzuje výše uvedené. Obdobně je tomu i u nemocnic a oddělení tzv. následné péče, která vznikala zpravidla až později než zařízení typu LDN, a to zpravidla v 90. letech podle metodického pokynu o tzv. následné péči, a to i přesto, že platná legislativa vyšší právní síly pojem následná péče nezná. Dalším nesystémovým krokem bylo vytvoření ošetřovatelských lůžek v nemocnicích a konečně (last but not least) vydáním vyhlášky o takzvané následné péči (1998), která následnou péči definuje jako neoborovou (tedy neodbornou bez možnosti například profesní kvalifikace na těchto odděleních), a to se všemi hrozbami, z nichž se většina v dalších letech naplnila (nekvalita, neodbornost, neatraktivnost).

Psychiatrické léčebny (následná psychiatrická péče)

V České republice je v současné době 9 240 lůžek v psychiatrických léčebnách pro dospělé. Průměrná doba hospitalizace je 80,1 dne. Jedná se o nejdelší průměrnou dobu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. O struktuře chronické či dlouhodobé péče v psychiatrických léčebnách máme k dispozici relativně málo údajů.

V roce 2002 provedli pracovníci MZ ČR šetření na gerontopsychiatrických odděleních psychiatrických léčeben. Poukázali na skutečnost, že někteří pacienti na těchto odděleních pobývají dlouhodobě: z celkem 1479 pacientů, u kterých byly údaje o délce hospitalizace sledovány (z celkového počtu 1715 pacientů), bylo 855 pacientů hospitalizováno méně než jeden rok, 421 více než jeden rok a méně než 5 let a dokonce 203 pacientů bylo na těchto odděleních hospitalizováno více než 5 let.

Tato skutečnost se zdaleka netýká jen gerontopsychiatrických oddělení, ale například také chronických psychiatrických oddělení atd. Z počtu pacientů, kteří setrvávají v psychiatrických odděleních více než 1 rok, lze zcela jasně konstatovat, že tato zařízení, a to i přesto, že jsou financována ze zdravotního pojištění, poskytují mnoha pacientům ústavní služby dlouhodobé

péče. Na druhou stranu nelze zpochybnit, že značná část lůžek má charakter léčebný a doléčovací.

Ošetrovatelská lůžka

Ošetrovatelská lůžka v nemocnicích jsou výsledkem další nesystémové snahy v této oblasti. Jejich definování nejvíce odpovídá definici dlouhodobě péče. Vzhledem k tomu, že se jedná o méně placenou formu péče, která však nevyžaduje příliš náročné personální zajištění, využívají je nemocnice spíše v těch případech, kdy se pobyt pacienta prodloužil tak, že by v rámci regresivní sazby byl jeho pobyt na lůžku ještě více ztrátový než je platba za toto tzv. ošetrovatelské lůžko. Některá zařízení tato lůžka provozují, neboť jim umožňují za nedostačující platby poskytovat ještě méně kvalitní služby. Z výše uvedeného je zřejmé, že i tento pokus se minul svým účinkem.

Lze tedy konstatovat, že zdravotnická zařízení dlouhodobou péči poskytují. Není však definována a odlišena od péče zdravotní doléčovacího a rehabilitačního typu.

Tato dlouhodobá péče je ve zdravotnických zařízeních plně hrazena ze zdravotního pojištění, aniž by pacient na její úhradě by minimálně participoval, a to po dobu mnoha měsíců i let. To je situace, která prakticky nikde ve světě ani v Evropských zemích nemá obdoby. Na druhé straně pacienti ani přispívat nemohou, a to i v případě, kdy by měli zájem o zajištění kvalitnější dlouhodobé péče, neboť to současná legislativa neumožňuje.

Zdravotní pojišťovny jakožto plátcí této dlouhodobé péče se snaží bránit tím, že některým zařízením tzv. následné péče smluvně limitují dobu úhrady na maximum 3 měsíců. To vede k následnému neblahému „rotování“ pacientů vyžadujících dlouhodobou péči z jednoho zařízení do druhého, překládání na akutní oddělení a zpět, umělé „přerušování“ hospitalizace a další metody, které se aplikují ve snaze toto opatření obejít. Překládání pacientů, kteří potřebují dlouhodobou péči, z jednoho zařízení do druhého, lze považovat za jednu

z velmi specifických forem špatného zacházení se seniory.

(Zdroj: Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice, MPSV 2010)

Hospic

- Speciální zařízení paliativní péče a péče o umírající – není tedy nějak omezeno věkem
- Umožňuje prožít důstojný konec života pro nevléčitelně nemocné – léčba (snaha o odstranění) bolesti a úzkosti doprovázející umírání až do posledních okamžiků
- Nezaměřuje se pouze na fyzickou stránku člověka, ale také na sociální, duchovní a spirituální
- Nesoustředuje se pouze na pacienta, ale spolupracuje s celou rodinou, kdy probíhá i podpora rodin pro vyrovnání se s chorobou a zármutkem
- Existuje několik forem hospiců: kamenný hospic, domácí hospicová (ambulantní) péče, denní stacionář, oddělení paliativní péče v LDN, dětský hospic
- V ČR paliativní péče a hospicové hnutí pomalu nachází své místo: existence několika kamenných hospiců (ne ve všech krajích) a domácí ambulantní péče



Systémové problémy ústavní péče

V ústavní péči existuje mnoho problémů, které jsou i vzájemně propojeny. Jedním z nejpalčivějších problémů je zbytečná institucionalizace, kdy seniorům hrozí vytržení z prostředí, na které jsou zvyklí a z toho vyplývá postupně se zhoršující stav a strádání.

Problémem je také chybějící provázanost nejrůznějších forem péče. Zdravotní stav se dříve nebo později horší, zmiňuje Matoušek [1999], proto nevyřešeným problémem DPS jsou dlouhodobá onemocnění seniorů, která budou vyžadovat plnou péči, což způsobuje jakoby přechod na režim podobný domovům pro seniory. „Naše instituce nejsou tak pružné, aby dokázaly svoje služby přizpůsobit měnícím se potřebám klienta, přestože změnu jeho potřeb není těžké předvídat.“ A nastává proces přehazování seniora z jedné instituce do druhé a tím je stresován.

Následuje přehled dalších problémů, které se vztahují zejména k ústavní péči:

- Roztříštěnost a nízká informovanost seniorské problematiky
- Obecně rozšířené vnímání dekompenzovaného starého člověka jako nesoběstačného klienta paternalistické péče, zvláště ústavní. Člověk je vystaven nebezpečí institucionalizace, často se ztrátou autonomie.
- Nedostatečné přizpůsobení potřebám starších lidí na jednotlivých nemocničních odděleních.
- „V neujasněných poměrech jsou od seniorských klientů dlouhodobé ústavní péče a od jejich rodin často vyžadovány problematické finanční částky za přijetí či ošetřování, často maskované jako sponzorské dary.“
- Zvyšování poplatků nad únosnou mez během pobytu v ústavním zařízení.
- Problémem se ukazuje také neuspokojená potřeba realizace kvalitní doléčovací a rehabilitační péče.

4.4 Péče o seniory v Česku

Problém neodpovídající péče o seniory v Česku je spatřován ve směrech kvality a kvantity, potažmo i formy, jenž ale s kvalitou péče i jejím množstvím bezprostředně souvisí. Jedná se zejména o fakt, že forma péče o klienta sociálního, popř. zdravotního systému nebývá často zcela vztažena k jeho potřebám. To souvisí zároveň s faktem, že se na jedné objevuje nedostatek určitých forem péče a na druhé straně existují služby, o které není z nejrůznějších důvodů zájem. V důsledku těchto dvou problémů to znamená, že je celý systém neefektivní a zbytečně finančně zatěžovaný, protože (zjednodušeně řečeno) např. jednotlivci nemůže být z různých důvodů poskytnuta pro něj nejvhodnější péče, protože ji paradoxně využívá někdo, kdo ji nakonec nepotřebuje. Kromě toho není pak ani splněno kritérium kvalitního prožití stáří.

Důvodem, proč se stav sociálně zdravotní péče v současnosti jeví jako problémový, jsou demografické změny v populaci - zejména zvyšující se podíl lidí důchodového věku. Systém péče o seniory též souvisí se strukturálními změnami v rodině.

Další aspekty problému vztahujeme k oblasti zákona. Jedná se např. o problém informovanosti veřejnosti - zejména seniorů a jejich rodin. Ta podle nás do značné míry ovlivňuje to, jakou formu péče si klient zvolí či nezvolí. Důsledkem může být i zkrácení spočívající v tom, že uživatelé i poskytovatelé služeb zaměňují faktickou potřebu zdravotní péče za domnělou péči sociální, kterou si tudíž nechají od klientů hradit z jejich soukromých zdrojů.

Nedostatečná informovanost veřejnosti o sociálních službách i situaci v této oblasti není způsobena jen chybou v implementaci politiky, ale i neochotou médií se problematikou péče o seniory zabývat. Další problém spatřujeme v nedodržování norem a s tím související nízké míře kontroly ze strany státu. Může se jednat jak o hledisko kvantitativní (např. problémy v LDN, dále v textu), tak i kvalitativní, čímž máme na mysli především nedodržování standardů kvalit.

Jedním z největších problémů v oblasti péče obecně je nízká finanční podpora tohoto segmentu veřejné sféry.

Je zdrojem jak nedostatečného množství některých poptávaných služeb péče, tak i nedostačující kvality. Chybějící finance mohou negativně ovlivnit i sociální politiku jednotlivých měst a obcí. Též může docházet k tomu, že nebudou při výběru a užívání jednotlivých forem péče brány v potaz současné trendy v sociálně zdravotní péči o seniory.

Některé konkrétní projevy nedostatečného financování jsou zahrnuty

v dalším textu. K dalším příčinám neodpovídající péče řadíme nedostatečné propojení systémů sociální a zdravotní péče, jež jsou v kompetenci dvou ministerstev - Ministerstva práce a sociálních věcí (dále MSPV) a v kompetenci Ministerstva zdravotnictví (dále MZ).



4.5 Státní péče o seniory jako výsledek historického vývoje

Péče o seniory byla v minulosti plně v kompetenci a zodpovědnosti rodin. Modernizace společnosti ale přinesla strukturální změny, které postihly rodinu i její vztah vůči státu. Rodiny se zmenšují, mluvíme zde o atomizaci rodiny, která se z původního širšího celku, představujícího trojgenerační soužití, zúžila na rodičovský pár a potomky. Zároveň větší mobilita vede k tomu, že spolu širší rodina nejen že nesdílí obydlí, ale často nežije ani ve stejném městě, či vesnici, což dále vede k nižší frekvenci styků a možnému ochlazení vztahů [Singly 1999]. Výpomoc je obtížněji realizovatelná a přestává být brána jako samozřejmost. To samozřejmě komplikuje stav, kdy se rodina byla schopna o seniory plně postarat. Roli pečovatelky obvykle plnily ženy, jejichž osobní a životní role ale také prošly velmi podstatnými změnami, především vstupem na trh práce, který oslabuje jejich časové možnosti, včetně těch starat se o seniory. Je proto třeba rozlišovat mezi neschopností a neochotou rodin starat se o starého člověka v rodině. Zodpovědnost za seniory tak začal přebírat stát, zavedlo se důchodové zaopatření ve stáří a nástroje péče o seniory. Rodiny nyní stojí v pozici, kdy si mohou vybrat, zda se o seniora postarají samy, nebo ho svěří státní sociální péči, popřípadě dojde ke kombinaci obojího. Péče o seniory je nutná z několika důvodů - odchodem z aktivního pracovního života se zhoršuje životní úroveň (kterou se částečně snaží udržet starobní důchody), senioři jsou ohroženi zejména nemocností a

osamělostí (častá ztráta celoživotního partnera, potřeba jiných sociálních kontaktů), která může vést až k sociální exkluzi.

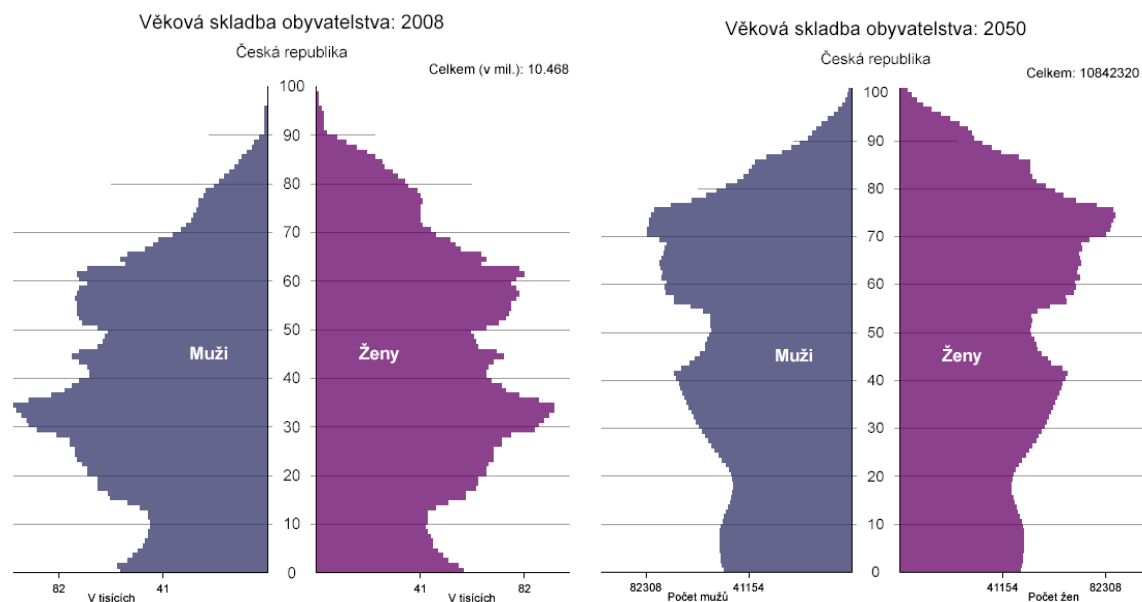
4.6 Demografický vývoj a jeho dopady

Především v souvislosti s ekonomickou efektivitou a potřebou adekvátní péče je na místě zmínit demografické prognózy pro Českou republiku, které ukazují na budoucí stárnutí společnosti.

Vyšší počet seniorů přinese tlak na co nejdlejší ekonomickou aktivitu, která samozřejmě souvisí s dobrým zdravotním stavem, tudíž zdravým životním stylem a kvalitní péčí lékařů. Přesto budou s vyšším počtem seniorů zřejmě stoupat náklady na péči o ně. Proto je nutné, aby se systém péče o seniory do budoucna zefektivnil, tj. aby seniorům byla poskytována péče v té míře, kterou skutečně potřebují. Díky změnám v demografické struktuře, zvýšení vzdělanostní úrovně a výraznější příjmové diferenciaci dojde k prohloubení heterogenity potřeb, zájmů a způsobu života ve stáří. S tím tedy souvisí potřeba větší diverzifikace péče a využívání alternativních forem péče.

Demografický vývoj v současnosti téměř na celém světě charakterizuje pojem stárnutí populace. Kamila Svobodová ho v článku Stárnutí společnosti popisuje blíže - stárnutí probíhá jak v základně věkové pyramidy (snižováním počtu narozených), tak ve vrcholu věkové pyramidy (díky zlepšení lékařské péče a životní úrovně dochází k prodloužení střední délky života). Stárnutí populace lze tedy označit za demografický trend většiny vyspělého světa, a to na pozadí dvou procesů: snižující se porodnosti a snižující se úmrtnosti.

Stromy života pro rok 2008 (reálné) a 2050 (dle demografické prognózy – střední varianty)



Zdroj: Český statistický úřad, dostupné z:

<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2008>

<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2050>

Demografické stárnutí znamená, že roste podíl osob nad 60 let oproti podílů osob do 15 let věku. V ČR je podle Svobodové tento trend patrný zejména od 90. let. Podle projekce Českého statistického úřadu (dále ČSÚ) se do roku 2050 zdvojnásobí podíl osob nad 65 let v populaci téměř na třetinu ze současných 14,6 % a podíl osob nad 80 let, které nejvíce vyžadují sociální a zdravotní péči, se zvýší z 3,4 % na necelých 10 % (viz tabulka).

Věkové složení obyvatelstva v roce 2007 (reálné) a v roce 2050 (prognózané)

Rok	2007		2050	
	V tis.	V %	V tis.	V %
Celkem	10 381		9 438	
0 - 14	1 477	14,2	1 173	12,4
15 - 64	7 391	71,2	5 309	56,3
65+	1 513	14,6	2 956	31,3
80+	349	3,4	905	9,5

Zdroj: Český statistický úřad, dostupné z:

[http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/B900435617/\\$File/400708a1.pdf](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/B900435617/$File/400708a1.pdf)

[http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/FF004F34A7/\\$File/4020rr02.pdf](http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/FF004F34A7/$File/4020rr02.pdf)

Z prognóz je patrné, že se počet seniorů bude zvyšovat, stejně tak zřejmě poroste index ekonomického zatížení, který představuje podíl osob do 15 a od 60 let v poměru ke zbývající populaci. Ačkoliv se počítá se zlepšováním zdravotního stavu a tudíž i ekonomické aktivity starých lidí, dá se předpokládat i to, že výdaje státu na zabezpečení ve stáří budou vzrůstat. Přestože političtí představitelé dávají změnám v populačním vývoji charakter pohromy (spojováno s negativními důsledky na finanční, sociální, zdravotní systém), existuje tlak na to, aby se paradigma hrozby změnilo. Tyto náklady jsou vzhledem k relativnímu bohatství státu zvládnutelné. Podle Sýkorové je třeba do budoucnosti jako s pozitivními faktory počítat s prevencí, odpovědnějším osobním přístupem a zlepšováním zdravotního stavu.

4.7 Nprovázanost potřeb, odpovídající formy péče a ekonomické efektivnosti a nerovnováha nabídky a poptávky

Tento problém považujeme za ústřední v celém systému péče o seniory. Ačkoliv se jedná o relativně široký a komplikovaný problém, rádi bychom ho popsali jako přehled některých jeho konkrétních projevů. Uvádíme ho v souvislosti s plynutím či naopak nevyužíváním některých forem péče a v souvislosti s kvalitou poskytovaných služeb. Příklady z praxe:

- V rámci zákona existuje tzv. sociální hospitalizace - jedná se o poskytování sociální péče ve zdravotnickém zařízení, která není plně hrazena z prostředků zdravotního pojištění. Nastává v případě, že jedinec nemá zajištěnou sociální péči od poskytovatele sociálních služeb (často kapacitní důvody ústavních sociálních zařízení), kterou ovšem potřebuje. Proto zdravotnické zařízení supluje funkci sociálních služeb. Problémem podle Meziřesortní komise integrované péče je, že úhrada za poskytování soc. péče ve zdrav. zařízení je nedostatečná, a proto zdravotnická zařízení tuto soc. hospitalizaci neoprávněně vykazují jako pobyt z důvodu zdravotního (aby byl hrazen z pojištění). Tím dochází k neefektivnímu

čerpání finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění. Např. z kontroly Všeobecné zdravotní pojišťovny na Českolipsku podle Pavla Ráčka, člena rady Libereckého kraje, vyplynulo, že „... léčebny na Českolipsku suplovaly sociální péči v regionu... V případě samostatných LDN tvořili až osmdesát procent pacienti z terénu, přijatí na základě žádosti rodiny či praktického lékaře.“ (Liberecký kraj, 2004)

- K dalším službám, v nichž nedochází k provázanosti potřeb, formy péče a k efektivnosti, jsou domy s pečovatelskou službou. Podle Hany Králíčkové, radní pro resort sociálních věcí Libereckého kraje, jsou v domech s pečovatelskou službou často lidé, kteří žádnou sociální službu neodebírají a řeší si jen bytovou otázku. (Liberecký kraj, 2005). Podle Ireny Benešové, náměstkyně hejtmana Libereckého kraje pro sociální věci a problematiku menšin, „V mnoha obcích a městech vyrostly za státní dotace nákladně vybavené domy s pečovatelskou službou a na poslední celostátní konferenci pečovatelek zde v Liberci znělo ze všech stran, že jejich hlavním problémem je, že obyvatelé DPS jejich služby prakticky nevyužívají.“ (Liberecký kraj 2004)
- Benešová dále shrnuje celou problematiku péče. Ačkoliv se jedná o případ Liberecka z minulých let, není vyloučeno, že se tak podobně děje i dnes a v jiných krajích republiky. „Obyvatelé domovů s pečovatelskou službou jejich služby prakticky nevyužívají. Patří tam tedy? V domovech důchodců máme potom klienty, kterým by péče v DPS ještě léta stačila, ale protože místa nejsou, musí do DD. Přitom náklady na klienta v DPS jsou výrazně nižší. A potom ti, kteří čekají na místa v DD a jsou na lůžku v léčebně dlouhodobě nemocných, snižují prosperitu tohoto zařízení, protože za sociální lůžka platí pojišťovny jenom třetinu. ... efekt, který nám už léta neskutečně navyšuje náklady na péči seniory.“ (Liberecký kraj, 2004)
- V souvislosti s neuspokojenou poptávkou v oblasti sociálních služeb je potřeba zmínit problém dlouhých čekacích dob na místo v domovech pro seniory. ČSÚ uvádí k 31.12.2007 celkem 48 131 neuspokojených žadatelů o místo v domově pro seniory. Kapacita domovů byla ke stejnému datu 41 618 míst.

4.8 Finanční stránka péče

Tato kapitola seznamuje s konkrétními problémy, které souvisejí s nízkým financováním sociálního systému.

Jedná se např. o nedostatečné financování sociálních služeb na lokální úrovni, jenž jako jeden z nejvýznamnějších problémů v oblasti soc. služeb v rámci jejich decentralizace uvedli odborníci z European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (citováno in Lišková, 2007). Podle European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions je problémem i finanční nejistota nevládních neziskových organizací (dále NNO). Finance ze státního rozpočtu jsou poskytovány vždy na jeden rok, což vytváří pro NNO velkou nejistotu. Tomu nepomáhá ani fakt, že není ze zákona povinnost obcí nebo krajů se na chodu NNO podílet.

S otázkou financování do jisté míry souvisí i malý zájem obcí o podporu sociálně zdravotní péče. Jak uvádí již zmíněná organizace European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions v procesu decentralizace sociálních služeb existují negativní postoje lokálních politických orgánů. Ne ve všech obcích, především malých, je pečovatelská služba poskytována. V tomto směru se na dostupnosti sociálních služeb kromě jiného negativně projevilo i její odstátnění. Tím se díky nesolventnosti obcí dostalo poskytování pečovatelské služby do jakéhosi začarovaného kruhu. Velké obce, které pečovatelskou službu poskytují, nemají dostatek prostředků, aby mohly zajišťovat služby občanům v obcích mimo svoje

hranice a malé obce nejsou ochotny, ale spíše se z důvodu nedostatku finančních prostředků nemohou podílet na nákladech při zajišťování pečovatelské služby.

Jsou města a obce, kde jsou poskytované sociální služby velmi kvalitní a kde jsou vynakládány nemalé finanční prostředky. Ukazuje se však, že někde naopak do sociálních služeb nechce zastupitelstvo vložit téměř nic a že se stále více spoléhá na domovy důchodců, které platí kraj. Podobně Habart odkazuje na Český helsinský výbor při identifikování problému malého zájmu o seniorskou problematiku na komunitní úrovni (Habart, 2006).

4.9 Oblast zákona a standardy kvality v sociálních službách pro pracovníky přímé obslužné péče

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, v první řadě zásadně mění přístup k osobám, které chtějí sociální služby využívat, případně už tak dělají. Zákon zaručuje všem osobám, které jsou v nepříznivé sociální situaci, pomoc či podporu.

K dispozici je definovaných 34 druhů sociálních služeb. Nárok na bezplatné poskytování sociálního poradenství může občanům pomoci orientovat se v nabídce poskytovatelů sociálních služeb. Občané mohou volit z nabídky sociálních služeb nebo využít podporu vlastní rodiny, příp. služby kombinovat.

Zákon jasně definuje a následně trvá na dodržování základních zásad poskytování sociálních služeb, jako je zachování důstojnosti a lidských práv osob, které sociální služby využívají. Dále vymezuje individuální rozměr poskytovaných služeb, což znamená, že poskytovatel musí vycházet z potřeb konkrétní osoby, nikoliv skupiny osob či z potřeb poskytovatele služby.

Role zájemců a uživatelů služeb se zcela mění. Právě oni nyní rozhodují o druhu, způsobu a průběhu jim poskytované sociální služby. Výběr služby je nyní v rukou osoby, která ji potřebuje. K nákupu služeb mají osoby k dispozici příspěvek na péči v hotovosti, s jehož přispěním si mohou vybranou sociální službu koupit. Poskytnutí sociální služby je založeno na smluvním principu, což staví osoby v nepříznivé sociální situaci do aktivní role. To znamená, že ony samy musí poskytovatele kontaktovat a vyjednat si, jaká přesně a za jakých podmínek jim bude sociální služba poskytována. Smlouva mimo jiné konkretizuje práva a povinnosti obou stran, tedy jak osoby, která službu bude využívat, tak poskytovatele služby.

Samotným uzavřením smlouvy aktivní role uživatele služby nekončí. Poskytovatelům služeb zákon ukládá dále s osobou plánovat samotné poskytování služby. Uživatelé služeb pak musí počítat s tím, že pracovníci poskytovatele sociálních služeb s nimi budou rozebírat osobní a sociální situaci, že budou vyzýváni k sdělení svých potřeb a cílů a že se společně budou domlouvat na konkrétních aktivitách za účelem nastavení vhodné míry podpory. Plánování průběhu poskytované sociální služby není jedinou povinností poskytovatele sociální služby. Zákon mimo jiné vymezuje tyto povinnosti:

- zajišťovat dostupnost informací o poskytované službě;
- informovat zájemce o službu o všech povinnostech, které by vyplývaly z uzavření smlouvy; zpracovat vnitřní pravidla zajištění poskytované sociální služby;
- vést evidenci žadatelů o službu;
- uzavřít se zájemcem o službu smlouvu;
- dodržovat standardy kvality sociálních služeb aj., a to vše způsobem, který je srozumitelný pro uživatele služeb.

Zákon také ošetřuje oblast pracovníků v sociálních službách. Jasně vymezuje požadavky na jejich kvalifikaci, další průběžné vzdělávání a odbornou podporu. To vše pro zajištění odborně a tedy i bezpečně poskytovaných sociálních služeb.

V neposlední řadě zákon stanovuje povinnosti poskytovatelů mít oprávnění k činnosti a být veden v registru poskytovatelů sociálních služeb. Registr zároveň slouží jako informační databáze pro občany i odborníky v sociálních službách.

Kontrola úrovně poskytovaných sociálních služeb se podle zákona nazývá inspekce poskytování sociálních služeb. Je prováděna jednak krajskými úřady a jednak Ministerstvem práce a sociálních věcí. Předmětem inspekce může být kontrola plnění podmínek pro registraci, plnění povinností poskytovatelů či kvalita poskytovaných sociálních služeb.

A právě kvalita sociálních služeb je definována jako soubor standardů složených z měřitelných kritérií, která jsou uvedena ve vyhlášce MPSV č. 505/2006 Sb. v platném znění.

Standardy se zabývají kvalitativní povahou poskytovaných služeb, tím, jak jsou zabezpečeny podmínky ve službě, jaká je povaha vztahu mezi uživateli a pracovníky, jak jsou chráněna práva a důstojnost uživatelů, jak jsou naplňovány principy individuálního poskytování služby a směřování k sociálnímu začleňování osob.

Slovníček pojmů:

- uživatel - osoba, které je poskytována sociální služba
- poskytovatel - právnická či fyzická osoba, která má oprávnění sociální služby poskytovat; je vedená v Registru poskytovatelů sociálních služeb <http://iregistr.mpsv.cz>
- sociální služba - soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám v nepříznivé sociální situaci za účelem sociálního začleňování nebo prevence sociálního vyloučení
- druh sociální služby - popis činností, které konkrétní sociální služba zajišťuje pro určitou skupinu osob v určité formě (terénní, ambulantní, pobytové)
- veřejný závazek - soubor zveřejněných informací o službě, které se poskytovatel zavazuje plnit
- osobní cíle uživatelů - přání a potřeby lidí, které se dají dosáhnout pomocí sociální služby
- individuální plán - stanovený postup k dosažení osobních cílů uživatele
- cíle služby - vytyčené milníky poskytovatele, které si plánuje dosahovat za účelem zvyšování kvality poskytované služby
- vnitřní pravidla /metodiky služby - soubor dokumentů, které obsahují principy a postupy při poskytování služby; některé vyplývají přímo ze standardů kvality sociálních služeb, jiné si stanovuje poskytovatel

Definici nepříznivé sociální situace, sociálního začleňování a sociálního vyloučení obsahuje zákon o sociálních službách. Rovněž vymezuje nárok na poskytnutí příspěvku na péči, povinné náležitosti smlouvy o poskytované sociální službě aj.

Co řeší standardy kvality sociálních služeb?

- Oblast procesní – vztahy mezi uživatelem a poskytovatelem

Standard č.1 - Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Standard č.2.- Ochrana práv osob

Standard č.3 - Jednání se zájemcem o sociální službu

Standard č.4 - Smlouva o poskytování sociální služby

Standard č.5 - Individuální plánování průběhu sociální služby

Standard č.6 - Dokumentace o poskytování sociální služby

Standard č.7 - Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Standard č.8 - Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

- Oblast personální

Standard č.9 - Personální a organizační zajištění sociální služby

Standard č.10 - Profesní rozvoj zaměstnanců

- Oblast provozní

Standard č.11 - Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Standard č.12 - Informovanost o poskytované sociální službě

Standard č.13 - Prostředí a podmínky

Standard č.14 - Nouzové a havarijní situace

Standard č.15 - Zvyšování kvality sociální služby

Standard č. 1 - Cíle a způsoby poskytování sociální služby

Každý poskytovatel sociální služby je povinen nabízenou službu jasně popsat:

- CO poskytuje - jakou má nabídku služeb,
- KDY a KDE lze služby čerpat,
- PRO KOHO - jaké cílové skupině osob je určena,
- JAK - za jakých podmínek a pravidel je poskytována,
- a PROČ - s jakým cílem.

Své prohlášení „veřejný závazek“ písemně zveřejňuje a zavazuje se ho plnit.

Standard č.2 .- Ochrana práv osob

Tím, že někdo využívá konkrétní sociální služby, neztrácí lidská práva, svobodu ani právo rozhodovat o svém životě a řešení své situace. Naopak, právě poskytovatel má dodržování práv při poskytování sociální služby zajistit a podporovat klienty při jejich prosazování. Mimo jiné tak, že vymezí situace, kdy by k porušování práv klientů při poskytování sociální služby mohlo dojít, a rovněž způsoby, jak bude porušením předcházet, příp. jak tyto situace bude řešit.

Standard č.3 - Jednání se zájemcem o sociální službu

Zájemce se svobodně rozhoduje, kterou službu využije. Poskytovatel je povinen informace o své službě sdělit tak, aby jim žadatelé rozuměli, a také s nimi projedná požadavky, očekávání a osobní cíle, které by jim služba mohla pomoci naplnit. Odmítne-li poskytovatel

poskytnout službu, o kterou je žádáno, je povinen sdělit (na požádání napsat) důvody odmítnutí a také informovat o jiných sociálních službách, které by žadatel mohl využít.

Standard č.4 - Smlouva o poskytování sociální služby

Pokud se žadatel rozhodne využít konkrétní sociální službu, poskytovatel s ním uzavře smlouvu o poskytování sociální služby. Smlouva je dojednáním rozsahu a průběhu služby, včetně konkrétních podmínek poskytování služby (např. co, kde, kdy, jak a za jakou cenu bude poskytováno).

Obsah smlouvy má vycházet z toho, co si klient přeje a potřebuje. Celé jednání o smlouvě pak musí probíhat tak, aby vše, co je ve smlouvě, bylo srozumitelné. Smlouva je závazný akt dvou rovnoprávných stran, který je možné v průběhu služby měnit. Neplnění smlouvy řeší občanský soud.

Standard č.5 - Individuální plánování průběhu sociální služby

O tom, „co a jak“ bude na základě smlouvy poskytováno, nerozhoduje pouze poskytovatel. Průběh poskytované služby si naplňuje uživatel společně s pracovníky poskytovatele. Způsob provedení závisí jak na klientových schopnostech, možnostech či zdravotním stavu, tak na možnostech poskytovatele. Vše, co je naplánováno, bude průběžně hodnoceno. Pokud se klient rozhodne, může své naplánované cíle změnit. Tento postup, který je pro poskytovatele závazný, dává klientovi možnost samostatně se rozhodovat, uplatňovat svá práva a zároveň přijímat povinnosti, které z těchto práv vyplývají.

Standard č.6 - Dokumentace o poskytování sociální služby

Poskytovatel bude od zájemce vyžadovat konkrétní informace, které bude dále zpracovávat a evidovat. Měl by však žádat vždy jen ty informace, které jsou nezbytně nutné pro bezpečné, odborné a kvalitní poskytování sociální služby. Dokumentace, která bude ve službě vedena, musí být k dispozici a klient by měl mít možnost do ní kdykoli nahlédnout.

Standard č.7 - Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Tímto standardem je zaručena možnost podat stížnost na kvalitu či způsob, jakým je služba poskytována. Poskytovatel je povinen zaručit, aby podání stížnosti bylo pro klienta bezpečné a nijak jej nepoškodilo. Vždy by měla být možnost podat stížnost anonymně, příp. nadřízenému či nezávislému orgánu. O tom, jak si stěžovat, jak, komu, na co a jakým způsobem bude stížnost vyřízena, informuje poskytovatel sociální služby. Zároveň by se poskytovatel měl řídit zásadou, že každá stížnost je podnětem pro rozvoj služby a zvyšování její kvality.

Standard č.8 - Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Povinností poskytovatele je vytvářet příležitosti a podporovat uživatele v kontaktech a vztazích s rodinou, přáteli, sousedy či známými. V případě zájmu a potřeby dále spolupracovat s těmi, s kterými uživatel určí. Dále by měl poskytovatel zprostředkovat služby jiných organizací či osob. Nadále by klienti měli mít možnost využívat běžné služby (obchody, pošta, MHD, kadeřnictví, pedikúra, čistírna, restaurace, banky, kina, divadla, atd.).

Standard č.9 - Personální a organizační zajištění sociální služby

Uživatelé by měli být seznámeni s tím, kteří pracovníci, s jakými pravomocemi a povinnostmi, s jakou zkušeností, dovedností a vzděláváním budou uživateli k dispozici. Poskytovatel by měl také zaručit, že všichni jeho noví pracovníci i dobrovolníci budou

zaškoleni, a budou tedy znát „jak a co“ mohou a mají poskytnout. Počet pracovníků a jejich pracovní pozice by poskytovatel měl volit dle druhu jím poskytované služby, její kapacity, počtu a konkrétních potřeb uživatelů služeb.

Standard č.10 - Profesní rozvoj zaměstnanců

Jen „dobrá“ sociální služba se stará o odborný růst svých pracovníků, tedy lidí, kteří budou přímo poskytovat sociální službu. Jak? Pracovníci služby mají sestavený plán profesního růstu, mohou pravidelně konzultovat svou práci s nezávislým odborníkem a chtějí a mohou se vzdělávat tak, aby mohli zajistit stanovené osobní cíle uživatelů a také naplnit „veřejný závazek“ služby.

Standard č.11 - Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Poskytovatel určuje dobu a místo, kde může klient službu využít. To, kdy konkrétně a na jakém místě je služba k dispozici, má odpovídat jak druhu a cílům služby, tak potřebám uživatelů.

Standard č.12 - Informovanost o poskytované sociální službě

O své službě má poskytovatel dostatečně, přesně a jasně informovat a „srozumitelně“ informovat, zpracovává tzv. „soubor informací o poskytované službě“. Tyto informace, zveřejněné na internetu, v novinách, na nástěnkách apod., by měly říci vše podstatné o poskytované službě.

Standard č.13 - Prostředí a podmínky

Místo, kde je služba poskytována, její materiální, technické a hygienické podmínky, zajišťuje poskytovatel. Služba musí být poskytována v důstojném prostředí, které bude vyhovovat potřebám klientů.

Standard č.14 - Nouzové a havarijní situace

Sociální služba má být vždy poskytována odborně, kvalitně a bezpečně. A právě otázku bezpečnosti a spolehlivosti řeší poskytovatel mimo jiné definováním situací, ke kterým může ve službě náhle a nepředvídaně dojít (požár, náhlé zdravotní obtíže uživatele a celá řada dalších). Pro rychlé a správné řešení takovýchto situací poskytovatel stanoví postupy, jak se v těchto situacích zachovat. Uživatelé i pracovníci jsou s nimi seznámeni.

Standard č.15 - Zvyšování kvality sociální služby

Pro zlepšování sociální služby by měl poskytovatel od uživatelů zjišťovat, zda a jak služby poskytuje, není v rozporu s „veřejným závazkem“ a osobními cíli jednotlivých uživatelů služby. Poskytovatel by tedy měl zjišťovat, zda a jak jsou uživatelé se službou spokojeni a zapojovat do hodnocení a rozvoje služby také své pracovníky.

Značka kvality

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR vytváří a zavádí systém zaměřený na kvalitu – Značka kvality v sociálních službách.

Jedná se o vytvoření systému hodnocení kvality pobytových sociálních služeb (prvně vzniká systém hodnocení domovů pro seniory) z pohledu uživatelů této služby. Kvalitou je tedy to, co vnímá jako kvalitu uživatel sociální služby nebo zájemce o tuto službu. Zařazení domovů

pro seniory do systému Značka kvality v sociálních službách bude zvyšovat zájem o dané zařízení a tedy motivovat poskytovatele ke zvyšování kvality poskytovaných služeb.

Cíle projektu zavádění systému Značka kvality v sociálních službách:

- vytvořit systém posuzování kvality pobytových zařízení sociálních služeb pro seniory a udílení značky kvality;
- umožnit veřejnosti, resp. zájemcům o službu, snadnější orientaci v nabídce pobytových služeb pro seniory;
- zlepšit úroveň kvality poskytování sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb;
- podpořit procesy zavádění a většího využívání moderních informačních systémů při zvyšování kvality pobytových zařízení;
- naplňovat zásady Národní politiky kvality ČR;
- zlepšit informovanost o pobytových sociálních službách u veřejnosti;
- zkvalitnit a zefektivnit sociální služby prostřednictvím využití poradenství nezávislých odborníků.

Systém hodnocení Značka kvality v sociálních službách je zaměřen na zvyšování úrovně kvality pobytových zařízení sociální péče a zvýšení úrovně propagace pobytových zařízení na veřejnosti. Je charakterizován principy transparentnosti, dostupnosti, dobrovolnosti a hodnocení kvality z pohledu uživatelů.

V tomto systému se zjišťuje splnění daných perspektiv a subperspektiv, které je následně ohodnoceno určitým počtem bodů. Zásadním rozdílem mezi standardy kvality a Značkou kvality v sociálních službách jsou stanovená kritéria, která jsou předmětem hodnocení, resp. kontroly či inspekce. V případě standardů kvality jsou tato kritéria koncipována z pohledu zadavatele sociální služby, v případě Značky kvality v sociálních službách pak pouze z pohledu uživatele služby, a to jen v přímé influenci.

Při vytváření Značky kvality v sociálních službách – domovy pro seniory se vycházelo mimo jiné z podobných již realizovaných projektů a systémů hodnocení v jiných zemích. Většina zemí Evropské unie má model certifikace kvality sociálních služeb, který vykazuje rozdílnosti dané úrovní sociálních služeb v příslušné zemi. V rámci české Značky kvality byly analyzovány systémy zemí Velké Británie, Rakouska, Německa a Švýcarska. Informace o těchto systémech byly použity pouze jako inspirace, příp. doplnění některých perspektiv či subperspektiv, jelikož není možné adaptovat jednotlivé národní systémy. Pojetí a nastavení kvality je totiž odlišné nejen v závislosti na stávající úrovni kvality vybavenosti a dostupnosti sociálních služeb v dané zemi, nýbrž také na subjektivním vnímání kvality, resp. kvalitativních kritérií obyvatelstva dané země. Značka kvality v sociálních službách v domovech pro seniory byla vytvořena s ohledem na české reálie, kulturu a současnou situaci v sociálních službách, ale i s přihlédnutím na vnímání a hodnocení kvality služeb v ČR.

Součástí projektu je i vznik Národního registru nezávislých odborníků, který bude podporovat dlouhodobý rozvoj kvality sociálních služeb v ČR a přispívat k jejich zefektivňování. Databáze i hodnocení odborníků NRNO budou dostupné na webových stránkách APSS ČR. Poskytovatelé budou mít možnost získat podporu nezávislého odborníka, který bude garantován NRNO. Poskytovatelům se tak usnadní jejich hledání a výběr, budou mít možnost srovnání a změny odborníka.

Na tvorbě systému hodnocení kvality sociálních služeb Značka kvality se podílejí významní odborníci v oblasti sociálních služeb, problematiky seniorů a oblasti systémů hodnocení kvality v ČR. Pracovní skupina se pravidelně scházela a definovala kritéria a subkritéria hodnocení kvality z pohledu uživatele sociální služby domov pro seniory. Dále vypracovala příručku a sestavila systém bodového hodnocení, který byl ověřen dotazníkovým šetřením. To bylo provedeno v 15 domovech pro seniory a dále v terénu u seniorů žijících v domech s

pečovatelskou službou a u seniorů žijících ve svých bytech. V současné době vzniká metodika pro ověřování naplnění jednotlivých subperspektiv při hodnocení kvality sociální služby domov pro seniory a Národní registr nezávislých odborníků. Výstupy pracovní skupiny pravidelně hodnotila odborná komise a její připomínky a podněty byly zapracovávány do vznikajících materiálů. Materiály nyní procházejí recenzí pěti nezávislých odborníků v oblasti sociálních služeb a systémů hodnocení kvality. Následovat bude pilotní ověření Značky kvality v sociálních službách v devíti domovech pro seniory.

Pobytová zařízení, která úspěšně absolvují systém hodnocení Značka kvality, získají certifikát s počtem hvězd odpovídajícím výsledku hodnocení kvality daného zařízení. Předpokládá se zlepšení orientace zájemců o službu v oblasti kvality dostupných služeb. Cílem je i zlepšení mediálního obrazu a vnímání pobytových sociálních služeb veřejností.

E-Qalin®

E-Qalin je model měření a zvyšování kvality, který byl vyvinut pro domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením a ambulantní služby sociální péče. Je úspěšně realizován v několika státech Evropské unie (Německo, Rakousko, Lucembursko, Francie, Velká Británie, Itálie, Slovinsko, Belgie).

E-Qalin byl vyvinut v rámci evropského pilotního projektu Leonardo da Vinci v r. 2002. Jedná se o model, který je uživatelsky přátelský, je zaměřen na každodenní praxi a na potřeby uživatelů, jejich příbuzných a zaměstnanců. E-Qalin prozkoumává a kontroluje jednotlivé procesy v organizaci, jakož i výsledky s ohledem na spokojenost všech zúčastněných. Podporuje organizace pomocí sebehodnocení a učení se, a tím dává průchod inovativnímu potenciálu ke zlepšení, zvýšení kvality.

E-Qalin je tvořen dvěma oblastmi a umožňuje kritický pohled na organizaci z různých perspektiv:

1) Pod **strukturou a procesy** si lze představit postupy, instrumenty a zásady/principy organizace. Je nezbytné odpovědět na otázku KDO, KDE a JAK. Struktury a procesy jsou analyzovány PDCA cyklem (Plan, Do, Check, Act – tedy Plánuj, Dělej, Kontroluj, Jednej), který je v případě modelu E-Qalin doplněn o hodnocení účasti osob na procesech (tzv. „Involve“, tj. doplnění odpovědných osob na daném procesu). Samotná absence těchto osob na daných procesech znamená totiž snížení kvality nebo k ní alespoň vede. Neustále je kromě plánování, realizování, kontroly a zlepšení požadována a hodnocena také aktivní spoluúčast všech zúčastněných.

2) Naproti tomu stojí **výsledky** získané z těchto činností, které jsou pomocí čísel kvantifikovatelné.

E-Qalin je obsáhlý, inovativní a dynamický systém managementu kvality pro domovy pro seniory v evropských zemích. Měří jednotlivé procesy stejně jako výsledky z nich vyvozené, resp. vzniklé. Zakládá se na respektu a úctě ke klientovi, na fundamentálních principech lidských práv a hlásí se k „Evropské chartě práv a svobod osob v pobytových zařízeních sociální péče“ (EDE, Maastricht 1993). V toleranci k ideologickým a náboženským názorům je E-Qalin otevřen vůči individuálním filozofiím jednotlivých zařízení a jejich zřizovatelů. Etické principy a hodnoty jako úcta, čest, tolerance, empatie, připravenost k dialogu a k řešení problémů a konfliktů, svoboda, sebeurčení a osobní integrita jsou jeho jednotným základem a zároveň garantem pro důstojný život v pobytových zařízeních sociálních služeb. E-Qalin je orientován na trvalý vývoj v oblastech biokompatibility vlastního prostředí a kultury a umožňuje národní kulturní biokompatibilitu a diferenciaci.

Všeobecným cílem je, aby procesy, které vedou ke spokojenosti klientů, hodnotili sami jejich realizátoři na základě reflexe, sebezkušenosti a inovativního učení. Tyto pracovní procesy je nutné nejdříve popsat, identifikovat, analyzovat a nasměrovat je na stanovené cíle organizace a na potřeby klienta. Organizace se tak stává neustále se učícím a zlepšujícím se poskytovatelem.

E-Qalin je nezávislý na jiných modelech kvality, které může organizace již používat. E-Qalin stávající modely doplňuje a zahrnuje do jednotlivých fází všechny zaměstnance, kteří jsou součástí jednotlivých procesů.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb nakoupila výhradní licenci pro zavedení modelu E-Qalin pro Českou republiku. Do konce r. 2010 proběhne překlad a modifikace příruček a podkladů a proškolení 5 certifikovaných školitelů. V listopadu pak proběhne pilotní ověření implementačního procesu. V r. 2011 bude E-Qalin zaveden do 15 domovů pro seniory v České republice. Projekt bude ukončen odbornou konferencí a workshopy pro poskytovatele sociálních služeb. Následně bude E-Qalin nabízen všem domovům pro seniory v ČR. Ambicí Asociace pak je zakoupit i výhradní licenci modelu E-Qalin pro domovy pro osoby se zdravotním postižením.

Zdroj: www.e-qalin.net

4.10 Nesjednocení zdravotní a sociální péče

Podstatným problémem, na nějž jsme často v souvislosti s neefektivitou v péči o seniory naráželi, je podle odborníků nedostatečné propojení zdravotního a sociálního systému. Některé jeho projevy jsou následující:

Důsledkem neintegrování sociálně zdravotní péče např. je, „že ošetrovatelská zdravotní péče, poskytovaná pojištěncům zdravotního pojištění v ústavech sociální péče není hrazena zdravotními pojišťovnami, takže je z rozpočtů zařízení ústavní sociální péče.“ Tím vznikají zbytečně velké náklady takovým zařízením na poskytování tohoto druhu péče.

Díky tomu, že systémy domácí, sociální a zdravotní péče o seniory nejsou vzájemně propojené se často stává, že na nemocničním lůžku končí lidé, kteří ho nepotřebují – mohli by být v domácím ošetření nebo na ošetrovacím lůžku v domově důchodců (Týden, 2008). To, že mnozí pacienti "nahrazují" sociální péči pobytem v nemocnici, dokládají i údaje, které shromáždily odborníci z tzv. Kulatého stolu. Podle časopisu Týden mezinárodní srovnání dokazují, že senioři v Česku končí v nemocnici častěji než v ostatních evropských zemích.

Ve zprávě Ošetrovatelská péče o seniory v britské praxi se hovoří o potřebě komplexní zdravotně sociální péče o staré lidi, ale dle ní „pojetí komplexní péče však u nás zatím v uspokojivé podobě neexistuje vzhledem k přetrvávajícím rozděleným kompetencím příslušných resortů“.

4.11 Moderní trendy v péči o seniory a financování sociálních služeb

Jak už bylo zdůrazněno v předcházejících kapitolách, péče o staré lidi prošla jistým vývojem zjednodušeně popsáno od rodinné péče po její kombinaci s péčí státní. Péče o staré lidi prodělává vývoj i v posledních desetiletích zejména v souvislosti se stárnutím populace a větším důrazem na lidskou důstojnost. Objevuje se několik trendů, které jsou pro péči o seniory charakteristické, nejvíce zatím v zemích západní Evropy.

V mezinárodním akčním plánu pro problematiku stárnutí z r. 1982 se píše, že komplexní péče o seniory by měla být založena na principech:

- 1) demedicalizace s důrazem na kvalitu života, přirozenost prostředí a autonomii jedince;
- 2) deinstitucionalizace, kdy se stává prioritou péče v domácím prostředí a důraz je kladen na rozvoj terénních služeb;
- 3) desektorizace, tj. multidimenzionální přístup k potřebám seniorů, propojení zdravotních a sociálních služeb, rodinné a profesionální péče;
- 4) deprofesionalizace, tzn. umožnění participovat na péči o staré lidi i neprofesionálům.

Lišková (2007) ve své práci uvádí změny v systému sociálních služeb pro seniory v posledních dvaceti letech, které vyjadřují další současné evropské trendy v péči o staré lidi.

Jedná se o:

- 5) decentralizaci pravomocí,
- 6) vyvážení alternativních služeb ke klasické ústavní péči,
- 7) zavádění standardů kvalit a
- 8) změny v systému financování těchto služeb.

O trendech a cílech v organizaci péče o seniory v rámci samotné ČR se píše v již zmíněné zprávě česko-britského projektu „Mentor v ošetrovatelské péči o seniory ve Velké Británii a České republice“ realizovaného v letech 2006 - 2008, která uvádí: rozšiřování ambulantní péče, zkracování hospitalizace na nejkratší možnou optimální dobu a minimalizace dlouhodobé ústavní péče, princip komplexnosti a neoddelitelnosti zdravotní a sociální složky, přizpůsobení struktury zdravotnických zařízení, charakteru péče a spektra poskytovaných služeb starým lidem, rozvoj netradičních forem péče.

V dalším textu se pokusíme o to přiblížit vybrané trendy v péči o staré lidi a blíže se zaměříme na to, jak je v České republice oblast péče o seniory financována.

Decentralizací se myslí delegování pravomocí v oblasti sociálních služeb na nižší správní celky - tj. na kraje a obce, čímž se docílí větší efektivity při poskytování služby. S tím souvisí současný rozvoj komunitní péče. V tomto ohledu zdůrazňujeme nutnost propojení zdravotnického a sociálního systému, která odkazuje k trendu desektorizace. Obecně má decentralizace na zadavatele (obce, kraje), poskytovatele (NNO) i uživatele pozitivní vliv, ale může být doprovázena i řadou problémů. Např. Lišková (2007) uvádí problémy při decentralizaci týkající se postkomunistických zemí převzaté ze zprávy European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; jedná se o nedostatečné financování sociálních služeb na lokální úrovni, absence právní regulace nově vznikajících služeb, negativní postoje lokálních politických orgánů k poskytování sociálních služeb obecně, nedostatek sociálního kapitálu po 45 letech komunismu. Decentralizaci považujeme za pozitivní krok v poskytování služeb péče, ale domníváme se, že by měly vzniknout určité motivační prvky, které by posílily zájem obcí v plánování sociálně-zdravotní péče s důrazem na individuální přístup k seniorům.

Deinstitucionalizace je založena na humanizaci sociálních služeb a souvisí s rozvojem terénních služeb jako alternativní formy péče k té ústavní. Podstatou deinstitucionalizace je snaha o setrvání seniora co nejdéle v jeho přirozeném prostředí. Pokud se senior již nachází v péči sociálního či zdravotního zařízení, měla by být tu být snaha o individuální přístup ke starým lidem, respektování jejich soukromí a autonomie. Šelner (citován in Lišková, 2007) píše, že by se např. klasický velký domov důchodců měl opticky zmenšit např. vytvořením menších na sobě nezávislých oddělení. V práci Rodinná péče o staré lidi (Remr, 2005) se uvádí, že je decentralizovaná péče efektivnější než centralizovaná péče (např. domovy pro seniory) kromě případu již vybudované sítě zařízení; v opačném případě je spíše zájem

právě o terénní služby typu domácích ošetrovatelské péče. Tento ekonomický důvod spočívá v tom, že péče „v domácím prostředí je oproti ústavní péči levnější, nevyžaduje investiční a provozní prostředky na zajištění lůžkových kapacit vysokého standardu ...“

Rozvoj alternativních služeb, tj. hlavně terénních forem péče souvisí s oběma trendy decentralizace i deinstitucionalizace. V rámci ČR hlavní roli kromě MPSV, krajů a obcí zde hrají neziskové organizace, jejichž hlavním zdrojem financí jsou obvykle dotace ze státního rozpočtu nebo z rozpočtů obcí. Konkrétně se jedná o občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti, nadace a nadační fondy a též o církevní právnické osoby. Zvláště se vymezují dobrovolníci. Působení neziskových organizací má jednoznačně pozitivní vliv v poskytování služeb nejen v sociální oblasti, v současnosti se ale v ČR mnoho z nich ocitá ve vážné krizi způsobené nedostatkem finančních prostředků.

Standardizace kvality poskytované péče patří k dalším pozitivním krokům v oblasti sociálně zdravotní péče o lidi seniorského věku. V roce 2002 MPSV přišlo se Standardy kvality sociálních služeb, jež slouží jako metodická příručka pro jejich poskytovatele. K jejich uzákonění došlo až přijetím zákona o sociálních službách, který začal platit od 1.1.2007. Habart uvádí, že jsou tyto národní standardy ale formulovány velmi obecně, a proto vzniká potřeba jejich konkretizace v rámci jednotlivých regionů. Týká se to např. oblasti potřeb seniorů, jenž by bylo třeba lépe definovat a klasifikovat (Habart, 2006).

Změny ve financování sociálních služeb se v České republice objevují v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách v roce 2007. Za finanční zdroje sociálních služeb považujeme úhradu uživatelů z vlastních příjmů, příspěvky zřizovatelů sociálních služeb, dotace z veřejných rozpočtů a různé další zdroje jako např. dary, vedlejší hospodářskou činnost. Nejnovějším finančním zdrojem se stal od ledna 2007 příspěvek na péči, který nahradil příspěvek při péči o osobu blízkou. Je přiznán osobě, o kterou má být pečováno, a to na základě posouzení závislosti na péči jiné fyzické osoby. Zákon rozlišuje čtyři stupně závislosti podle počtu úkonů, které není schopen jedinec samostatně zvládnout a pro přiznání příspěvku je potřeba se podrobit sociálnímu vyšetření a vyšetření zdravotního stavu. Jeho výše odpovídá stupňům závislosti a to v částkách 2, 4, 8 a 12 tis. Kč (zákon 108/2006 Sb. O sociálních službách, v platném znění).

Při posuzování péče o vlastní osobu a soběstačnosti se hodnotí schopnost zvládat těchto 35 úkonů: příprava stravy, podávání, porcování stravy, přijímání stravy, dodržování pitného režimu, mytí těla, koupání nebo sprchování, péče o ústa, vlasy, nehty, holení, výkon fyziologické potřeby včetně hygieny, vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh, sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě, stání, schopnost vydržet stát, přemisťování předmětů denní potřeby, chůze po rovině, chůze po schodech nahoru a dolů, výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení, oblékání, svlékání, obouvání, zouvání, orientace v přirozeném prostředí, provedení si jednoduchého ošetření, dodržování léčebného režimu, komunikace slovní, písemná, neverbální, orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí, nakládání s penězi nebo jinými cennostmi, obstarávání osobních záležitostí, uspořádání času, plánování života, zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku, obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování), vaření, ohřívání jednoduchého jídla, mytí nádobí, běžný úklid v domácnosti, péče o prádlo, přepírání drobného prádla, péče o lůžko, obsluha běžných domácích spotřebičů, manipulace s kohouty a vypínači, manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří, udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady, další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti (§9 zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách).

Za užitečnou je považována možnost zvolit si, jak příjemce příspěvek využije. Má možnost si koupit potřebnou sociální službu nebo příspěvek věnovat svému pečovateli třeba v rámci rodiny. Je možné oba způsoby kombinovat. Prakticky ale není kontrola toho, jak je tento zdroj příjemci vynakládán, což považujeme za důležitý problém v této oblasti. Je známo, že

velká část objemu poskytnutých příspěvků na péči se nevrací zpět do systému sociálních služeb.

Tento fakt je dán ale i tím, že příspěvky jsou z části vynakládány rodinným příslušníkům jako pomoc v péči a nejsou proto zahrnuty ve statistikách. Podle zprávy Českého helsinského výboru „příspěvky na péči nekončí v těch správných rukou a často dochází k jejich zneužívání (Kunstová, Stojanová, 2007).“ K podezřívání seniorů ze zneužívání příspěvků na péči se vyjadřují někteří autoři. Haberlová na problém nahlíží jako na permanentní rodičovství. „Je přirozené, že rodiče poskytují dospělým dětem finanční a jinou pomoc“ (Haberlová citována in Sýkorová, 2008). Možný hovoří o demodernizaci české rodiny, kdy za komunismu pokles ekonomické soběstačnosti rodiny posílil mezigenerační solidaritu (Možný, 2006). Sýkorová to vidí jako snahu „legitimizovat finanční transfery náročností současných společenských podmínek pro mladší generace vzhledem k vysokým životním nákladům a nezaměstnanosti (Sýkorová, 2008).“

Pobírání dávek sociálního zabezpečení podle pohlaví a věku

	Dávky sociálního zabezpečení										podíl osob pobírajících dávku
	nepobírá	pobírá	v tom: charakter dávky *						není	celkem	
			invalidní důchod		jiný	příspěvek	dávky	jiné rodinné			
			částečný	plný	důchod	na péči	soc. péče	dávky	známo		
Pohlaví											
muži	59 998	398 068	49 093	148 709	161 269	81 723	25 058	16 935	32 386	490 452	86,90 %
ženy	51 975	446 025	45 057	104 176	255 355	111 894	29 904	18 277	27 096	525 096	89,56 %
Věková skupina											
0-14	16 124	23 230	24	109	41	10 948	5 627	12 009	6 854	46 208	59,03 %
15-29	12 746	41 417	5 642	21 765	2 216	13 106	5 594	6 523	6 458	60 621	76,47 %
30-44	23 454	72 269	19 395	45 121	1 310	11 320	4 544	4 197	5 608	101 331	75,50 %
45-59	40 230	194 736	57 932	116 935	13 148	24 525	8 369	2 617	10 777	245 743	82,88 %
60-74	14 005	253 949	10 885	56 254	176 451	43 536	11 314	3 576	15 320	283 274	94,77 %
75+	5 361	257 290	272	12 319	222 928	89 738	19 478	6 181	14 093	276 744	97,96 %
Celkem	111 973	844 093	94 150	252 885	416 624	193 617	54 964	35 212	59 482	1 015 548**	88,29 %
* Jedna osoba může pobírat i více dávek **V celku 1 015 548 je zahrnuto i 1627 osob, u kterých není uveden věk											

Pobírání dávek sociálního zabezpečení podle pohlaví a věku

Druh zařízení	Počet uživatelů (klientů) v zařízeních sociálních služeb			
	průměrný počet uživatelů ve sledovaném roce			
	celkem	v tom pobyty		
		celoroční	týdenní	denní
	absolutně			
Zařízení sociálních služeb celkem	75 908	66 927	977	8 005
v tom:				
centra denních služeb	2 096	-	-	2 096
denní stacionáře	4 101	-	-	4 101
týdenní stacionáře	817	-	817	-
domovy pro osoby se zdravotním postižením	14 691	14 691	-	-
domovy pro seniory	36 447	36 447	-	-
domovy se zvláštním režimem	7 142	7 142	-	-
chráněné bydlení	2 357	2 357	-	-
azylové domy	4 711	4 711	-	-
domy na půl cesty	263	263	-	-
zařízení pro krizovou pomoc	19	6	13	-
nízkoprahová denní centra	-	-	-	-
nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	-	-	-	-
noclehárny	879	429	55	396
terapeutické komunity	218	218	-	-
sociální poradny	-	-	-	-
sociálně terapeutické dílny	761	111	11	639
centra sociálně rehabilitačních služeb	1 366	512	81	773
pracoviště ranné péče	-	-	-	-
intervenční centra	-	-	-	-
služby následné péče	40	40	-	-
Zařízení sociální péče celkem 1995	61 380	-	-	-
Zařízení sociální péče celkem 2000	71 269	-	-	-
Zařízení sociální péče celkem 2005	74 943	-	-	-
	na 100 000 obyvatel			
Zařízení sociálních služeb celkem	727,8	641,7	9,4	76,8
Zařízení sociální péče celkem 1995	594,1	-	-	-
Zařízení sociální péče celkem 2000	693,8	-	-	-
Zařízení sociální péče celkem 2005	732,3	-	-	-

Tabulka Počet uživatelů (klientů) v zařízeních sociálních služeb /zdroj ČSU/

5 INSTITUCIONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY NA ISLANDU

5.1 Ministerstvo sociálních záležitostí a sociálního zabezpečení

Ministerstvo sociálních záležitostí a sociálního zabezpečení (MSZ) je nejvyšším orgánem v řešení záležitostí seniorů. Do roku 2008 mělo tyto záležitosti na starost ministerstvo zdravotnictví, ale v souladu s filozofií, že stáří není nemoc, přešla problematika života seniorů na Islandu na MSZ.

Ředitelkou oddělení sociálních politik je Vilborg Ingolfsdottir.

Oddělení sociálních politik se zabývá záležitostmi:

- dětí a rodiny
- seniorů
- osob se zdravotním postižením
- sociálními službami poskytovanými obcemi
- bydlení
- v oblastech
- politiky a plánování
- hodnocení potřeb
- regulace a hodnocení kvality

Cíle a záměry:

- pokyny a poradenství na ministerské úrovni v sociálních záležitostech, i v jiných oblastech, které jsou se sociální problematikou spjaty
- pokyny a poradenství na komunální úrovni, nevládním a jiným organizacím působícím v sociální oblasti
- zajištění kvality a odbornosti
- předávání informací a podkladů pro politické rozhodování, plánování a regulaci

Úkoly v oblasti péče o seniory:

- legislativa v péči o seniory
- národní služba v rámci péče o starší osoby
- tvorba standardů kvality péče o seniory
- stanovení kritérií způsobilosti pro poskytování služeb (registrace)
- akční plán na zvýšení počtu lůžek v pobytových zařízeních a snížení počtu vícelůžkových pokojů
- hodnocení potřeb pro podporované bydlení
- zakázky na služby pro poskytování služeb pro seniory
- spolupráce s Výborem péče o seniory
- spolupráce s Výborem pro transformaci péče ze státu na místní úroveň

- spolupráce s obcemi, poskytovateli, ministerstvem zdravotnictví a Zdravotním radou (Directorate of Health)
- práce na „Modré knize“
- poradenství pro veřejnost i poskytovatele služeb
- mezinárodní spolupráce

Úkoly péče o zdravotně postižené:

- legislativa v péči o zdravotně postižené
- spolupráce s Výborem pro zdravotně postižené
- spolupráce se Státním diagnostickým a poradenským centrem
- spolupráce s obcemi a Regionálními kanceláři pro záležitosti osob se zdravotním postižením
- spolupráce se zainteresovanými organizacemi
- spolupráce s Centrem pro nevidomé a slabozraké
- zakázky na služby pro poskytování služeb pro zdravotně postižené
- revize legislativy a „Modré knihy“
- mezinárodní spolupráce se Severským svazem zdravotně postižených
- poradenství

Úkoly v oblasti poskytování sociálních služeb obcemi:

- spolupráce s obcemi a Národní asociací ředitelů sociálních služeb
- metodické pokyny k výkladu právních a správních předpisů
- poradenství

Uplatnění osob s mentálním postižením na trhu práce:

- práce na projektu na zvýšení uplatnění osob se zdravotním postižením
- smluvní spolupráce s obcemi a regionálními kanceláři pro záležitosti osob se zdravotním postižením
- spolupráce s úřady práce na řešení otázek uplatnění osob se zdravotním postižením a s mentálním postižením na trhu práce

Ostatní sociální otázky:

- asistenční psi
- pomoc občanům Islandu, pokud se ocitnou v zahraničí v tíživé životní situaci
- chudoba a bezdomovectví

Politika Ministerstva sociálních věcí a sociálního zabezpečení v záležitostech seniorů a cíle v dlouhodobé péči:

- navrhuje, aby zvláštní zákon o záležitostech seniorů byl zrušen. Právo by mělo být stejné pro všechny bez závislosti na věku
- celková odpovědnost za služby pro seniory bude přesunuta ze státu na obce nejpozději do roku 2012.

Islandská politika dlouhodobé péče zdůrazňuje:

- každý musí mít přístup k odpovídající zdravotní a dlouhodobé péče tak, aby mohl zůstat doma co nejdéle
- dobrý přístup k informacím o právech a službách
- právo jednotlivce na finanční nezávislost a nezávislý způsob života
- různé formy bydlení
- nárůst počtu denní péče a krátkodobých pobytů
- vývoj standardů kvality
- účinný dohled nad poskytováním sociálních služeb
- nový důraz na výstavbu pečovatelských domů a změnu starších domovů pro seniory - malý domov - jako jednotky
- nárůst počtu umístění v domovech důchodců, zrušení vícelůžkových pokojů
- vysoce kvalifikovaný personál
- lepší využití zdrojů při hodnocení pro umístění do domova pro seniory

Plán politiky dlouhodobé péče:

- komplexní, pestré a integrované služby
- flexibilita a individuální volba
- nalezení nejvhodnější kombinace služeb pro zajištění kvality života

Změny v oblasti nabídky služeb pro seniory v Reykjavíku:

- zvýšení počtu uživatelů
- rozmanitější služby
- skupina seniorů se sníženou soběstačností, kteří mohou potřebovat praktickou pomoc a péči, bude narůstat

Rozhodující změny realizované v letech 2005 – 2007:

- preventivní návštěvy občanů v Reykjavíku ve věku 80 +
- terénní služby ve večerních hodinách a o víkendech
- podpora Hotline (telekontaktní péče)
- poradenství v oblasti prevence úrazů v domácnosti i na veřejnosti
- Skupiny sociálních služeb pro seniory (Skupina komunitního plánování)
- integrace pečovatelské a ošetřovatelské služby
- pomoc s úpravami v domě
- Pracovní centrum pro seniory – poradenství pro ty, kteří chtějí pracovat

5.2 Služby pro seniory v Reykjavíku - Středisko sociální péče města Reykjavíku

Zřizovatelem Střediska sociální péče je město Reykjavík a jeho ředitelkou je Berglind Magnúsdóttir. Středisko má na starosti ochranu dětí a terénní péči. Spolupracuje se sociálním výborem a Výborem na ochranu dětí.

6 středisek v městských okresech:

- Midborg and Hlíðar
- Vesturbaer - největší koncentrace dětí
- Laugardalur and Háaleiti - největší koncentrace seniorů
- Breidholt
- Árbaer and Grafarholt
- Grafarvogur and Kjalarnes

V roce 2008 Středisko zaměstnávalo 1,438 zaměstnanců na 983 pracovních místech, celkové náklady byly 8,6 miliard. Cílem bylo mít všechny služby na jednom místě a blíže k občanům.

Služby pro děti a mládež v Reykjavíku:

- Psychologické poradenství a doučování pro děti v školkách a základních školách
- Poradenství v oblasti sportu a volného času
- Sociální služby

Služby pro seniory:

Uživatelé v roce 2009:

- Sociální služba poskytnutá v domácím prostředí – 3 789 uživatelů
- z toho 2 870 bylo starší 67 let

Využití jednotlivých služeb:

- večerní a víkendové služby – 527 uživatelů
- uživatelé sociálních center – 1500 - 2000
- dovoz stravy – 1 066 uživatelů
- stravování v sociálních centrech - 811 uživatelů
- bytové služby - 357 uživatelů
- V roce 2008 cca 50 000 osob starších 60 let, v roce 2030 se očekává nárůst na 92 000

Názory občanů ve městě Reykjavíku, ve věku 80 nebo starší - studie 2007 - 2008

- Osloveno 1000 respondentů, odezva 59 % respondentů
- 63 % se cítí v dobrém zdravotním stavu
- 46 % alespoň 3 krát týdně cvičí
- 80 % nemá finanční starosti

- 71 % se necítí osaměle

Středisko sociální péče se v roce 2007 zaměřilo na záležitosti týkající se seniorů a jejich životních podmínek. Cílem je přinášet potřebné služby starším občanům, aby mohli zůstat co nejdéle ve vlastních domovech.

Preventivní návštěvy občanů v Reykjavíku ve věku 80 a více: Ke konci roku 2006 byl zahájen experimentální projekt, kdy byly provedeny preventivní návštěvy obyvatel ve věku 80 a více v jedné z městských částí. Projekt byl úspěšný a bylo rozhodnuto rozšířit jej i v roce 2007 a navštívit obyvatele ve více okrscích. Návštěvy vykonávají sociální pracovníci u občanů ve věku 80 a více, kteří nevyužívají sociální služby či ošetřování v domácnosti. Tyto návštěvy jsou míněny jako preventivní opatření pro seniory. Důraz je kladen na poskytování rad a informací o dostupných službách a na vznik spojení mezi seniory a odborníky v péči o seniory. Cílem těchto návštěv je zvýšení pocitu bezpečí a informovanosti občanů. Získané informace slouží i poskytovatelům při plánování nabídky služeb. Mnoho navštívených seniorů projevilo zájem o využívání denních center → úprava zaměření center.

Sociální služby v domácnosti poskytované ve večerních hodinách a o víkendech – nejčastěji využívané jako zdravotní (ošetřovatelská péče). U této služby došlo k největšímu nárůstu Podpora Hotline: šestiměsíční experimentální projekt byl realizován ve spolupráci s bezpečnostní firmou Öryggismiðstöð Islands, kdy byla provozována linka jako zdroj sociální podpory pro seniory. Linka je provozována mimo běžnou pracovní dobu, ve večerních a nočních hodinách a o víkendech.

Prevence nehod: Středisko sociální péče zahájilo jednání s Sjóvá Forvarnahús ve snaze snížit počet úrazů u starších osob, a to zejména v domácnostech a na veřejnosti. Dohoda navrhuje, mimo jiné, že všem obyvatelům okresů Laugardalur a Háaleiti ve věku 70 - 75, bude nabízeno poradenství v oblasti prevence úrazů doma i v dopravě. Kromě toho zaměstnanci Sjóvá Forvarnahús zhodnotí riziková místa ve městě (budovy, které senioři využívají) s přihlédnutím k riziku dopravní nehody.

Skupiny sociálních služeb pro seniory: ve skupinách jednotlivých okrsků jsou zastoupeni zástupci města, poboček Červeného kříže, Sdružení seniorů, zdravotních zařízení a církve. Výstupy z těchto skupin byly hodnoceny hlavní skupinou, jejímž úkolem bylo zmapovat služby, které jsou k dispozici v jednotlivých okrscích a která hodnotí, jak veřejné subjekty, obyvatelé a nevládní organizace mohou pracovat společně, aby se posílila sociální síť.

Integrace pečovatelské a ošetřovatelské služby: zdravotní a sociální péče není na Islandu oddělena, ale je zajišťována kontinuálně. Pokud klient potřebuje zároveň sociální i zdravotní péči (cca 20 % klientů), jezdí k němu společně zdravotní sestra i pečovatelka, je-li potřeba náročnější úkon (např. větší úklid) přijíždí pečovatelka zvlášť. Každý městský okrsek má svou pobočku Střediska sociálních služeb, aby služby byly klientovi co nejbližší. Pomoc s úpravami v domě: zajištění bytového servisu – opravy, úpravy.

Pracovní centrum pro seniory: byly zahájeny přípravy na založení centra pro zaměstnávání seniorů. Úkolem centra bude nabízet částečné úvazky, dočasné práce a jiné úkoly hodící se pro seniory, se záměrem využít jejich velké zkušenosti, moudrost a znalosti. Projekt byl zahájen na začátku října 2007.

Cíle Sociální komise v Reykjavíku

- Středisko sociálních služeb Reykjavíku je zodpovědné za prosazování cílů Sociální komise. Správa je v rukou šesti různých center komunitních služeb v jednotlivých okrscích města.
- integrace pečovatelské a zdravotní péče

- výstavba chráněného bydlení pro ty, kteří potřebují více pomoci a podpory, než může být poskytnuto doma, ale ještě nejsou připraveni jít do domovů pro seniory (nepotřebují takový rozsah péče)
- zvýšená nabídka denní péče o seniory a krátkodobých pobytů
- podpora domů s pečovatelskou službou a domovů pro seniory
- zapojení uživatelů

Zapojení uživatele

- uživatelské studie
- poradní skupiny
- setkání s občany
- spolupráce s nevládními organizacemi při vytváření služeb

Priority v roce 2009

- integrovaný systém poskytování pečovatelské a ošetřovatelské služby
- zapojení uživatele do sociálních center

Podpora pro uživatele žijící v domácím prostředí

- informace a poradenství
- preventivní návštěvy 80 +
- sociální služby poskytované doma
- sociální program ve společenských centrech
- rodina
- dopravní služby
- dovoz stravy
- fyzioterapie
- dobrovolníci
- podpůrné služby
- podpora rodiny
- nájemní bydlení
- ošetřovatelství v domácím prostředí
- zdravotní péče
- denní centra
- bezpečnostní tlačítko
- kostely
- služby nevládních organizací
- krátkodobé umístění do pobytového zařízení
- pomoc s úpravami v domě

V Reykjavíku je podporován trvalý rozvoj zdrojů a řešení, která podporují lidi bydlet ve vlastním domě tak dlouho, jak je to možné.

Žádost o poskytování terénní sociální služby je projednávána a důkladně posuzována komisí.

Dovoz stravy je poskytován jen v případech, kdy žadatel prokáže, že tuto službu opravdu potřebuje, například není schopen docházet do jídelny v denním centru.

Dopravní služby – senioři ve věku 67 a starší, kteří jsou nezávislí, ale zdravotní stav jim neumožňuje využívání veřejné dopravy, mají nárok na dopravní služby UPP až 30 jízd za měsíc.

Významnou podporou v péči o seniory je činnost církví a kostelních sborů, jejich členové navštěvují seniory, členy svého sboru, doma, provázejí je na bohoslužby atd.

Další podpora pro seniory

- volný vstup do bazénů
- dobudování chodníků
- vybudování cyklostezek, pěších stezek a preferenčních pruhů
- lavičky k odpočinku

Principy integrace pečovatelské a ošetřovatelské služby

- jediné kontaktní místo
- snadný přístup ke službám
- zjišťování individuálních potřeb
- individualizované poskytování služeb

Ošetřovatelská péče v domácnosti je využívána zejména večer a o víkendech:

Počet uživatelů v roce 2009: 1 884

Pečovatelská služba:

Počet uživatelů v roce 2009: 3 789

Cca 20 % uživatelů využívá oba druhy služeb.

V rámci experimentálního projektu město Reykjavík finančně přispívá na nájem osobních asistentů

Budoucí výzvy

- lidské zdroje
- zapojení uživatele
- individuální služby
- spolupráce města a státu

Představy města Reykjavík o budoucnosti poskytování sociálních služeb:

Občan nebude nucen měnit místo pobytu i když bude potřebovat větší objem péče. Bude-li si přát, péče mu v potřebném rozsahu bude poskytnuta v jeho stávajícím bydlišti.

6 INSTITUCIONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY V ČESKU

6.1 Ministerstvo práce a sociálních věcí

Sociální péči o seniory v Česku má ve své gesci **Ministerstvo práce a sociálních věcí** (dále MPSV). Meziřesortní komise vedená MPSV připravuje novou koncepci rozvoje zdravotních a sociálních služeb zaměřených na péči o seniory a zdravotně postižené v domácím prostředí.

Vzniknout by kvůli tomu měly i nové profese, jako jsou komunitní pracovníci, domácí asistenti či manažeři služeb. Oznámla to mluvčí MPSV Štěpánka Filipová.

Nový systém dlouhodobé péče by měl kromě lékařů, ústavů či lůžkových zařízení dlouhodobé péče zahrnovat i třeba fyzioterapii, ambulanci pro poruchy paměti, nutriční poradenství, paliativní péči, chráněné bydlení a další formy péče odpovídající individuálním potřebám seniorů. Nezastupitelnou roli v novém systému by měly mít obce, které by poskytování dlouhodobé péče koordinovaly.

Expertní sdružení v pracovní komisi MPSV vychází při své práci především z příkladů „dobré praxe“ v pilotních projektech zaměřených na terénní a lůžkovou zdravotně sociální péči. Zatím se shodli na tom, že je potřeba sjednotit zdravotní a sociální služby ústavní, ambulantní i poskytované v domácnostech. „Nutná je podle nich také transformace léčeben pro dlouhodobě nemocné a domovů pro seniory,“ sdělila Filipová.

Dlouhodobá péče by měla být součástí reformy sociálních služeb. Aby k tomu mohlo dojít, je podle odborníků potřeba, aby byl systém péče o seniory zakotven v české legislativě. Důležitá je také změna celkového přístupu k seniorům, vzdělání profesionálů pečujících o ně a reorganizace struktury služeb i odborných pracovníků. Vše by mělo fungovat na základě regionálního komunitního principu zajištění služeb. Nezbytné je rovněž vytvoření strategie geriatrické péče, komunitních gerontologických služeb a péče pro lidi s demencí.

6.2 Integrace zdravotní a sociální péče a komunitní plánování

V současnosti je stále více věnována pozornost propojení sociální a zdravotní péče, a to zejména v souvislosti se zvyšováním počtu osob ve starším věku, kteří často potřebují oba typy péče najednou. Státy pak musí řešit zajištění kvalitní, dostupné a ekonomicky únosné péče o tyto osoby [Čermáková 2008: 175]. Úspěšně integrovanou zdravotní a sociální péči považujeme za hlavní podstatu kvalitní péče o seniory a tedy v rámci možností kvalitně prožitého stáří.

V ČR je řešena problematika integrace v rámci Meziřesortní komise integrované péče (MKIP), která zajišťuje spolupráci Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí.

Pojem integrované sociálně zdravotní péče znamená podle Evropského centra pro sociální politiku a výzkum ve Vídni „koncept poskytování služeb péče jednou jednotkou jednající koordinovaně a usilující o finanční efektivitu, zvyšující se kvalitu a stoupající spokojenost uživatelů a poskytovatelů péče.“ Lze ho ztotožnit s pojmy komplexní či komunitní péče. Různé koncepty integrované péče v zemích EU popisuje Leichsenring v publikaci Integrated Care System.

V rámci integrované péče se setkáváme s komunitním přístupem či komunitním plánováním, v němž jsou brány v potaz individuální potřeby jedince a je poskytováno široké spektrum služeb a zohledňovány všechny dostupné zdroje.

„Komunitní přístup upřednostňuje rovný přístup k poskytování služeb příjemcům, respekt k lidské nezávislosti a právu člověka podstupovat rizika, ohled na lidské soukromí, porozumění pro lidskou potřebu důstojnosti a individuality, možnost individuální volby služeb a jejich poskytování v rámci dostupných zdrojů, poskytování služeb způsobem, který pomáhá lidem dosáhnout jejich vlastní cíle v každodenním životě.“ (Meredith in Kopecká – Roupcová, 2001). Tímto způsobem je pak možno dosáhnout všeobecně přijímaných standardů žít co nejdéle v přirozeném prostředí, deinstitucionalizace péče, integrace jedince do společnosti a zachování autonomie.

Čermáková (2008) uvádí, s jakými pojmy se v rámci soc. a zdrav. služeb a jejich integrace setkáváme (převzato z konference Evropské sociální sítě 2003 - 2005). V těchto pojmech pak lze spatřovat současné trendy v poskytování služeb péče o staré občany:

- komunitní péče
- péče v domácím prostředí
- posuzování potřeb
- individuální poskytování
- služba integrovaná jako služba kvalitní a dostupná, individuální, komplexní a koordinovaná
- liberalizace služeb
- lokální odpovědnost
- integrace zdravotně sociálních služeb
- zajištění dostupné sítě služeb
- garance kvality
- jedinec jako priorita v procesu poskytování péče

Podle Ministerstva práce a sociálních věcí je základem komunitního plánování sociálních služeb spolupráce zadavatelů (obcí, krajů) s uživateli (klienty) a poskytovateli (jednotlivými organizacemi) sociálních služeb při vytváření plánu, vyjednávání o budoucí podobě služeb a realizaci konkrétních kroků. Společným cílem je zajistit dostupnost kvalitních sociálních služeb. Při plánování sociálních služeb se vychází zejména z porovnání existující nabídky sociálních služeb se zjištěnými potřebami (potenciálních) uživatelů služeb. Výsledek provedeného srovnání slouží jako jeden z klíčových podkladů pro zformulování priorit v oblasti sociálních služeb.

6.3 Péče o seniory v politických dokumentech

Aby péče o seniory odpovídala ve všech směrech soudobým požadavkům, je třeba jí dát i normativní rámec. Kvalitní stáří jako v současnosti hojně diskutované téma se v souvislosti se sociodemografickými změnami objevuje v mnoha nejen politických dokumentech národní i mezinárodní povahy. Jedná se jak o dokumenty závazné (zákony, mezinárodní úmluvy), tak i dokumenty nezávazné, jenom doporučující. Přehled vybraných dokumentů, jež souvisejí s péčí o seniory, uvádíme v následujícím textu.

Za výchozí dokumenty považujeme ty, jenž se vztahují k lidským právům. V rámci ústavního pořádku České republiky k nim řadíme Listinu základních práv s svobodou přijatou 16. prosince 1992, která mimo jiné obsahuje právo na zdraví, právo na ochranu lidské důstojnosti apod. K mezinárodním dokumentům, jež předcházely naší Listině patří např. Všeobecná deklarace lidských práv, která byla přijata OSN 10.12.1948, označila všechny lidské bytosti za svobodné a rovnoprávné bez ohledu na pohlaví, rasu, národnost a náboženství. Deklarace není právně závazná, nicméně inspirovala rozvoj různých součástí ústav různých států. Na

půdě Rady Evropy byla 4.11.1950 přijata Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, jenž je považována za přední evropský dokument o lidských právech, jehož principy jsou soudně vymahatelné před Mezinárodním soudem pro lidská práva ve Štrasburku.

K dalším dokumentům řadíme dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky - Zdraví pro všechny v 21. století, který vychází z deklarace Světové zdravotnické organizace Health 21 přijaté v roce 1998. Česká obdoba tohoto mezinárodního dokumentu v sobě obsahuje 21 cílů, k nimž patří např. cíl 5: „zdravé stárnutí“, který počítá s tím, že „do roku 2020 by měli mít lidé nad 65 let možnost plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti.“ Cíl 16: „řízení v zájmu kvality péče“ vyjadřuje záměr „do roku 2010 zajistit, aby řízení resortu zdravotnictví od zdravotních programů až po individuální péči o pacienta na klinické úrovni bylo orientováno na výsledek (Ministerstvo zdravotnictví, 2002)“.

Minimální společné programové východisko pro tvůrce a realizátory sociální politiky českého státu v budoucím období představuje Sociální doktrína z r. 2001 sestavená odborníky z různých oblastí, která má sloužit k základní orientaci pro tvorbu sociální politiky. Blíže na webu: http://www.sds.cz/docs/prectete/e_kolekt/soc_dokt.htm.

V rámci Ministerstva práce a sociálních věcí (dále MPSV) vzniklo několik dokumentů, které se snaží reflektovat evropské trendy v sociálních službách. Dlouhodobým programovým dokumentem České republiky v oblasti sociálních služeb je Bílá kniha v sociálních službách, kterou zhotovilo pod vedením Zdeňka Škromacha MPSV v roce 2003 a definovalo v ní základní principy, které mají tvořit základ sociálních služeb a jsou podstatou komunitního plánování. Jedná se o nezávislost a autonomie pro uživatele služeb, začlenění a integrace, respektování individuálních potřeb, partnerství, kvalitu, rovnost bez diskriminace a standardy národní, rozhodování v místě (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2003). V souvislosti s komunitním plánováním existuje další dokument MPSV, který má charakter průvodce komunitním plánováním, s názvem Komunitní plánování - věc veřejná. Oba dokumenty jsou dostupné na webu.

V roce 2002 za Vladimíra Špidly vznikl metodický materiál pro poskytovatele sociálních služeb pod názvem Standardy kvality sociálních služeb, který obsahuje standardy procedurální, personální a provozní. Důležitým bodem v procesu zavádění těchto standardů je přijetí zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách, který vstoupil v platnost 1.1.2007. Václav Krása, předseda Národní rady zdravotně postižených ČR, o něm hovoří jako o průlomovém v tom smyslu, že „svěřuje kompetence občanům, aby rozhodovali sami za sebe a dává jim k tomu potřebné nástroje.“ (Hutař, Krása, 2006). Asi největší novinkou je zavedení příspěvku na péči, který je přiznáván podle míry závislosti jedince, dosahuje částky až 12 tis. Kč a umožňuje jeho příjemci svobodnou volbu v tom, zda si za něj koupí určitou sociální službu či zda ho poskytne jako úhradu za péči třeba rodinnému příslušníkovi. V tomto zákoně se objevuje nová kategorizace sociálních služeb: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Dále se zavedl právě systém registrace a inspekce poskytování sociálních služeb.

Na půdě MPSV vznikly také zatím dva Národní programy přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007 a na období let 2008 až 2012. Vychází z "Mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí" (Viedeň 1982), "Zásad OSN pro seniory" (1991) a jsou v souladu se závěry II. světového shromáždění OSN o stárnutí v Madridu (8.-12.4. 2002) a přijatého "Mezinárodního plánu stárnutí 2002". Cílem programů je „podpořit solidaritu a soudržnost mezi generacemi a zájem o situaci, těžkosti a preference starších lidí v České republice, zvýšit subjektivní a objektivní bezpečí a ochránit práva zranitelných skupin starých lidí.“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008).

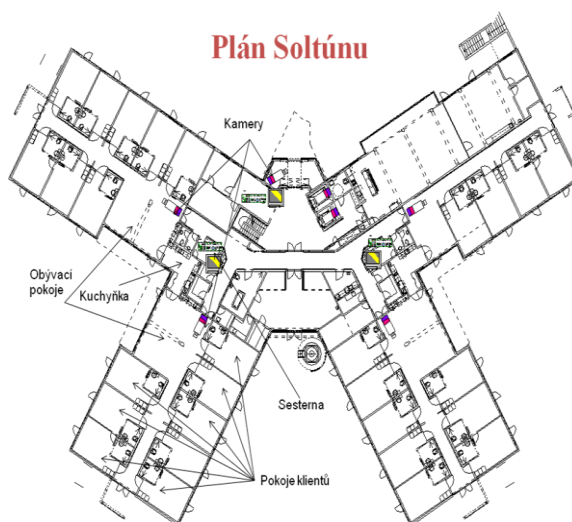
Co se týče péče poskytované seniorům, vztahuje se k ní i pomoc v rámci Evropské unie. K ústředním dokumentům, které se vztahují zejména k problematice sociálního začleňování patří Lisabonská strategie z r. 2000, Niceská smlouva z r. 2001. Na základě evropské politiky

v oblasti sociálního začleňování vznikl v rámci otevřené metody koordinace v ČR Národní akční plán sociálního začleňování. Podobně jako Evropská unie i pod hlavičkou Organizace spojených národů vznikají dokumenty související s péčí o staré lidi - jedná se např. o Leónskou ministerskou deklaraci z r. 2007.

Za užitečné v oblasti zdravotní péče o seniory považujeme zmínit projekt tzv. Kulatého stolu vyjadřujícího se k budoucnosti financování českého zdravotnictví. Jedná se o tým odborníků, z jejichž aktivity nedávno (květen 2008) vzešla Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR, jenž obsahuje současné problémy zdravotnického systému, zahrnující i problémy péče o seniory.

7 PŘEDSTAVENÍ VYBRANÝCH ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY NA ISLANDU

7.1 Domov pro seniory Soltún



Sdružení hf Öldungur bylo založeno z iniciativy společnosti Securitas, která se rozhodla využít pobídky státu k větší účasti soukromých subjektů v sociální sféře a zdravotnictví tak, jak je to běžné v sousedních zemích. Na začátku roku 2000, ve snaze vyvolat nová řešení na rostoucí poptávku po zdravotně sociálních službách, prostřednictvím veřejné a soukromé iniciativy, vyzvalo Ministerstvo zdravotnictví a sociálního zabezpečení k účasti ve výběrovém řízení i soukromé subjekty, které by vystavěly a 25 let provozovaly domov pro seniory. Securitas se spojil s největší islandskou stavební firmou IAV, jako společný podnik do soutěže vstoupili a posléze v ní uspěli. Úkolem společnosti bylo vystavět domov pro seniory na ulici Soltún v Reykjavíku a zajistit zde péči po dobu 25 let.

Poslání domova pro seniory SOLTUN

Od samého počátku bylo rozhodnuto, že Soltún nastaví nový standard v oblasti pobytových zařízení a poskytování péče. Domov je vybaven nejnovější technologií a moderním vybavením, včetně nejmodernějších lůžek, a novým nejúčinnější softwarem pro monitorování systému, ve prospěch zaměstnanců i uživatelů.

Domov Soltún je první svého druhu na Islandu, který nabízí pouze jednolůžkové pokoje. Každý obyvatel má k dispozici obytnou místnost o velikosti 30 m² s vlastním sociálním zařízením.

Základní ideologií Soltúnu je vykonávat péči o klienty s maximálním respektem k jejich nezávislosti. Klienti zde žijí v domácím prostředí, mají své soukromí a zároveň mají zajištěnu 24 hodinovou péči a bezpečí. Denní program je vytvářen s klienty, za účasti jejich příbuzných, podle individuálních schopností, požadavků a přání.

Cílem zařízení je poskytování ošetřovatelských a dalších služeb profesionálním a zodpovědným způsobem. Jsou tvořeny komplexní a ošetřovatelské plány jednotlivých klientů, které se pravidelně přehodnocují, za účelem udržení a zvýšení co největší soběstačnosti. Velký důraz kladen na jejich sebeurčení a sebeúctu a to i přes zhoršující se zdravotní stav a schopnosti. Péče je založena na nejlepších dostupných ošetřovatelské

znalostech, získaných zkušenostech a rámcově stanovených vnitřních a vnějších předpisech.

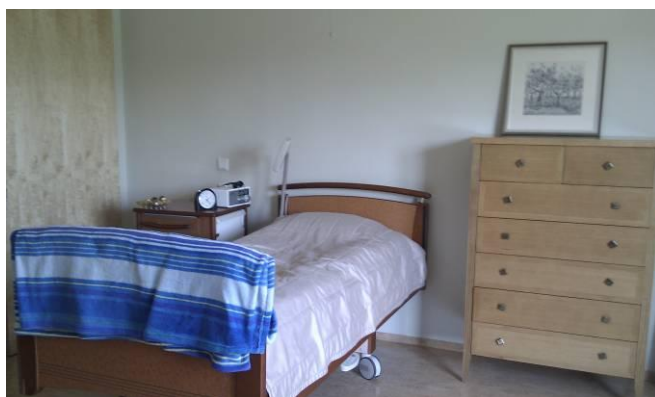
Soltún se neustále snaží být v přední linii mezi pobytovými zařízeními tím, že poskytuje nejlepší dostupné služby v každém daném okamžiku a stává se tak atraktivní pracovní příležitostí pro kvalifikované pracovníky.

Důležité je zmínit ředitelku domova, kterou je paní Anna Birna Jensdóttir (od ledna 2001 výkonná ředitelka hf Öldungur a výkonná ředitelka domova Soltun). Byla klíčovou postavou v poradní skupině hf Öldungur, v procesu tvorby nabídky pro výběrové řízení. Pod jejím vedením byl v lednu 2002 zahájen provoz domova.

Domov pro seniory Soltún má 92 apartmánů rozdělených do 12 traktů ve 3 podlažích. S cílem splnit individuální potřeby seniorů, kteří potřebují dlouhodobou péči a lékařské služby, jsou ošetrovatelská zařízení rozdělena do jedenácti skupin (domácností), vždy pro skupinu 8 klientů žijících v jednolůžkových apartmánech. V jedné z domácností jsou 4 byty pro manželské páry, které mají k dispozici dva samostatné, ale propojené apartmány. Do jednotlivých domácností jsou soustřeďováni jedinci s podobnými požadavky na péči.

V přízemí je 28 apartmánů soustřeďených do třech domácností, z nichž jedna čítá 8 apartmánů pro jednotlivce a 4 manželské apartmány. V tomto podlaží se rovněž nachází kanceláře vedení domova a jídelna pro zaměstnance. V 1. patře je 32 pokojů ve čtyřech domácnostech určených pro osoby s demencí. Ve 2. patře, je 32 pokojů ve čtyřech domácnostech.

Každý apartmán má vlastní sociální zařízení s WC, umyvadlem a sprchovým koutem. Koupelny jsou dostatečně velké a uzpůsobené tak, aby ji klient mohl využívat i za případné asistence dvou pracovníků. 12 bytů je vybaveno transportním zařízením umožňujícím transport klienta z postele na WC, k umyvadlu či sprchovému koutu. Každá koupelna je vybavena výškově nastavitelným umyvadlem. Každý apartmán je vybaven zamykatelnou skříňkou na léky, boxem pro lékařské záznamy, trezorem pro klientovy cennosti a bezpečnostním tlačítkem. Před každým apartmánem je schránka na dopisy.



Centrum každé domácnosti

Každá jednotka má "domácí centrum" s obývacím pokojem, jídelnou a kuchyňskou linkou, kde se obyvatelé mohou aktivně zapojit do přípravy stravy. V obývacím pokoji je počítač, který využívají jak klienti, tak zaměstnanci k provádění záznamů péče nebo kontrolu. Každé patro je osazeno systémem kamer a obraz z nich je přenášen do sítě. Kontrolu tak lze provádět nejen na sesterně, ale z jakéhokoli počítače v centrální síti.

Dvě domácnosti mají společné zázemí, sloužící personálu pro servírování a výdej stravy.

Ošetřovatelská stanice (sesterna) je pro každé dvě jednotky. Nachází ve spojnici dvou domácností s výhledem do obou.



Na každém patře je koupelna s výškově nastavitelnou vanou s masážním systémem. Pračka a sušička jsou rovněž na každém patře.

V zahradě, přístupné z přízemí, je vířivka s horkou vodou a altán. Každý obývací pokoj má přístup na balkon. Do budoucna se počítá s částečným zakrytím zahrady, aby mohla být využívána po delší dobu v roce. Budou vybudovány záhonky pro pěstování květin, ovoce a zeleniny, na jejich obdělávání se budou moci účastnit i klienti.

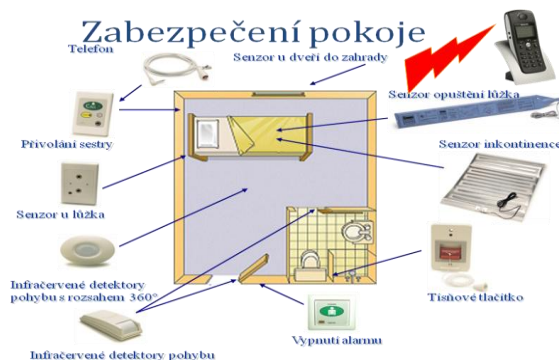
Prostory pro fyzioterapii

V přízemí se nachází plně vybavené fitness centrum a kabiny pro individuální léčbu, šatnou a koupelnu. Přes fitness centrum lze projít do zahrady poskytující bezpečné místo pro procházky nebo lze relaxovat v horké vířivce, která může být použita také pro aqua tělocvik.

Společenské prostory

Klienti mají k dispozici společenskou místnost, v níž se konají různé společenské události – hudební, taneční i divadelní představení, výstavy, setkání, semináře, hraje se zde Bingo. Je v plánu tuto místnost vybavit oltářem, aby mohla sloužit pro konání bohoslužeb.

Místnost pro ergoterapii se nachází v přízemí za společenskou místností. V rámci terapií jsou vyráběny různé bytové doplňky, pracuje se s kůží, maluje se atd.



Ordinace

Ordinace, která se nachází v 1. patře. Lékař běžně klienty navštěvuje v jejich pokojích a místnost slouží pro specializované vyšetření např. gynekologické, nebo pokud klient dává přednost vyšetření v ordinaci. K dispozici je rovněž malá zubní ordinace.

Kadeřnické, kosmetické a pedikérské služby

V 1. patře je klientům k dispozici kadeřnický a kosmetický salon a pedikúra.

Prostor pro kuřáky

Kuřárna pro klienty se nachází ve 2. patře.

Nocleh pro příbuzné

Rodinní příslušníci mají v zařízení možnost krátkodobého ubytování. Tato služba je určena zejména pro návštěvy např. z venkova nebo ze zahraničí a také pro ty, kteří chtějí být u svého blízkého v terminálním stádiu života.

Zařízení má snahu, aby jejich klienti dožili v klidném prostředí domova, nikoli v nemocnici a proto poskytují i hospicovou péči. Mají zpracovaný manuál pro tento druh péče a zintenzivňuje se komunikace s rodinou. Spolupracují s místní diakonií. Nabízejí ubytování příbuzným i pomoc při vyřizování formalit, Nabízejí možnost podpory, pokud si umírajícího vezme rodina domů, může se i na konečnou fázi, vrátit. 95 % klientů umírá v Soltunu.

Ošetrovatelská péče

Za poskytování ošetrovatelské péče v zařízení zodpovídá hlavní manažer péče, jednotlivá patra mají na starost manažerky péče. Každý klient dostane přidělenou svoji zdravotní sestru a ošetrovatelku (obdoba klíčového pracovníka). Ty mají za úkol komunikovat s klientem, jeho rodinou a lékařem. Velký důraz je kladen na proces adaptace nového klienta. Sestra ve spolupráci s klientem a jeho rodinou zpracovává ošetrovatelský program a je zodpovědná za jeho plnění. Vždy je kladen důraz na individuální požadavky klienta s přihlédnutím k jeho schopnostem. Péče je přizpůsobována tak, aby se způsob a režim života po příchodu do domova co nejvíce přibližoval dosavadnímu způsobu života.

Jména a fotografie svých klíčových pracovníků má klient i jeho rodinní příslušníci k dispozici na pokoji.

Sociální péče

Jednotlivé stanice (nazývané domácnosti) spočívají ze čtyř až osmi pokojů se společnou denní místností – kuchyňka, jídelna, obývací pokoj. Tato místnost slouží nejen k setkávání s návštěvami, ale i pro různé aktivity, které mohou klienti, podle svých schopností a zájmů využít. Často se na pořádání těchto aktivit podílejí i rodinní příslušníci klientů. Aktivizační činnosti jsou:

- příprava stravy a stolování, pečení a jiné každodenní činnosti, které jsou běžně v domácnostech prováděny
- čtení a předčítání denního tisku, sledování televize, poslouchání rozhlasu
- paměťová reminiscence – povolání, cestování, významné události
- oslavy narozenin
- péče o zeleň, sušení květin, tvorba dekorací
- výroba dekorativních předmětů a různé řemeslné činnosti
- relaxační cvičení
- fyzioterapie a relaxační cvičení

Na těchto činnostech se podílejí nejen ergoterapeuti a fyzioterapeuti, ale i ošetrovatelský personál. Každý klient má svůj osobní plán na jeden týden.

Péče o osoby s demencí

Klientům s demencí je plán péče doslova ušit na míru. Vychází z jeho individuálních potřeb a schopností. Je kladen důraz, aby v každé domácnosti bylo osobní, přátelské a bezpečné prostředí, které podporuje uvědomění si klientů (kde se nacházejí, jaký je den a hodina atd.), ale zároveň nesnižuje jejich lidskou důstojnost.

Zásadně nejsou používána restriktivní opatření. Zařízení je vybaveno monitorovacím systémem, který zajišťuje bezpečí klientů, aniž by byli nějak omezováni v pohybu atd. Dveře do jednotlivých domácností se otevírají pomocí zadaného kódu, nebo přiložením identifikační vizitky zaměstnance. Systém snímačů a čidel v pokojích klientů umožňují monitorovat nejen pohyb klientů, ale i jejich pohodlí a bezpečí. Klienti mají k dispozici telefon s velkými tlačítky a signalizační zařízení u lůžka i v koupelně. Čidla hlásí otevření dveří do zahrady i na chodbu i do koupelny. Opuštění lůžka signalizuje nejen senzor umístěný v lůžku, ale rovněž senzor reagující na zvýšenou hladinu zvuku, takže lze zjistit, že klient spadl z postele. Lůžka jsou rovněž opatřena senzory zvýšené inkontinence.

Důraz je kladen na přístup zaměstnanců k osobám s demencí – aby si uvědomovali klientovu minulost, kdy žil plnohodnotným životem a chovali se k němu s náležitou úctou. Právo na sebeurčení je nástrojem k sebeúctě, která je důležitým faktorem v péči o obyvatele i přes jeho postižení.

Plány péče jsou zpracovávány s přihlédnutím k jeho silným stránkám a s ohledem na zvýšené potřeby tak, aby byly maximálně podporovány zachované dovednosti a soběstačnost. Klient má možnost účastnit se každodenních činností, rekreačních a rehabilitačních.

Pro specifické potřeby péče o klienty s demencí a obdobnými poruchami chování je vyčleněno celé první patro se speciálně proškoleným personálem. Specializovaná péče umožňuje minimalizovat negativní důsledky chování těchto klientů.

Péče o osoby s omezenou pohyblivostí a poruchou komunikace

Prioritou péče o tyto klienty je vytvořit bezpečné prostředí, vybavené tak, aby byla co nejvíce podporována jejich soběstačnost. Všechny denní aktivity jsou uzpůsobeny tak, aby je mohly vykonávat i osoby upoutané na invalidní vozík. Právo na projev vlastní vůle je klíčovým faktorem v sebeúctě a péče je proto zaměřena na udržení schopnosti rozhodovat o svém vlastním osudu navzdory narušené komunikační schopnosti. Pracovníci jsou speciálně vzděláváni v péči o tyto osoby.

Pro klienty s omezenou pohyblivostí je určeno 12 apartmánů vybavených zařízeními, které usnadňují život osob s omezenou hybností, jako je transportní zařízení na pokojích, výškově nastavitelné stoly, elektronické postele a jiné pomůcky pro zlepšení kvality života a usnadnění péče.

Lékařská péče

Vedoucí lékař je odpovědný za odbornou lékařskou péči v souladu s právními předpisy. Geriatr klienty pravidelně navštěvuje a je 24 hodin v pohotovosti pro konzultace a řešení akutních případů.

Fyzioterapie

Cílem rehabilitační péče je udržovat a zlepšovat fyzické schopnosti obyvatel. Tato péče spočívá jak v individuální rehabilitaci, tak ve skupinovém tělesném cvičení, které probíhá každý týden v domácích centrech, stejně jako vnitřní i venkovní procházky. Příležitostně jsou

organizovány návštěvy nedalekého bazénu. Fyzioterapeut zajišťuje invalidní vozíky, chodítka atd.

Fyzioterapie je určena i pro zaměstnance. Fyzioterapeut rovněž učí pracovníky zásady manipulace s klienty. Fyzioterapie zaměstnanci zajišťuje pro zadávání veřejných zakázek zaměstnanců zařízení, jako jsou invalidní vozíky a příslušenství, chůze příznivců.

Ergoterapie

Cílem ergoterapie je udržovat a zlepšovat fyzické, sociální a intelektuální schopnosti klienta. Důraz je kladen na zvyšování jejich soběstačnosti formou nácviku manipulace s předměty denní potřeby. Ergoterapie je nabízena individuálně, ve skupinách probíhá pracovní terapie formou řemeslné činnosti, malování, hraní karetních her atd. Skupiny pracují buď v místnosti pro ergoterapii, nebo v domácích centrech.

Duchovní péče a podpůrný tým

Jáhen zajišťuje klientům individuální duchovní péči. Jeho podpora je určena nejen obyvatelům, ale i jejich příbuzným a zaměstnancům. Spolu se zdravotní sestrou a geriatrem je členem podpůrného týmu, který se specializuje na podporu obyvatel a zaměstnanců v citové a duchovní oblasti. Je v plánu upravit společenskou místnost pro sloužení bohoslužeb.

Kuchyň a stravovací služby

Soltun má stravování zajištěno kombinací vlastní kuchyně a smluvním dodavatelem. Ve vlastní kuchyni jsou připravovány snídaně, svačiny a večeře a obědy jsou dováženy od externího dodavatele. Vlastní kuchyně nabízí jídla pro zaměstnance a také pro různé mimořádné akce.

Ekonomika a personalistika

Průměrný věk klientů je 85 let a průměrná doba poskytovaných služeb 2,6 roku.

Náklady na klienta:

Náklady celkem činí 29.420 ISK za den poskytování pobytové služby. Z toho 4.043 ISK činí náklady na bydlení, 16.667 ISK za práci zdravotních sester, 5.177 ISK za práci ostatního personálu, 3.533 ISK za materiál pro poskytování péče.

Pracovníci a personalistika:

V Soltunu pracuje cca 200 zaměstnanců, v přepočtu se jedná o 114 plných pracovních úvazků. Pro výkon práce v sociálních službách není v legislativě pevně definována kvalifikace. Nový pracovník nastupuje na pozice, které nejsou přímou péčí o klienty, např. uklízečka, vrátný, pomocný personál do kuchyně. V případě, že má pracovník zájem o práci v přímé péči, provede se hodnocení jeho předpokladů pro výkon této práce. Následně pracuje pod odborným dohledem zdravotní sestry, která hodnotí a rozhoduje, zda pracovník i do budoucna zvládne tuto práci či ne. Podmínkou pro výkon práce v sociálních službách je znalost islandštiny. Při výběru zaměstnanců dostává vždy přednost osoba s vyšším vzděláním.

Další vývoj

Společnost Öldungur vlastní sousední pozemek a získala územní povolení na stavbu budovy Soltún 4. Na 9.200 m² bude vybudován pětipatrový objekt, spojovací objekt mezi Soltúnem 2 a 4, suterén a garáže. V tomto objektu bude domov pro seniory, dům s pečovatelskou službou a denní centrum. Do budoucna se počítá s vybudováním objektu Soltún 6, kde bude zdravotní a sociální centrum.

7.2 Domov pro seniory Droplaugarstadir



Stavba byla zahájena v roce 1979 a v roce 1982 bylo zařízení otevřeno, jako kombinace domu s pečovatelskou službou (80 lůžek) a domova pro seniory (30 lůžek). Investiční náklady byly uhrazeny hl.m. Reykjavíkem. Provoz domova finančně zajišťuje stát, pouze část nákladů na opravy a údržbu budovy spolufinancuje zřizovatel.

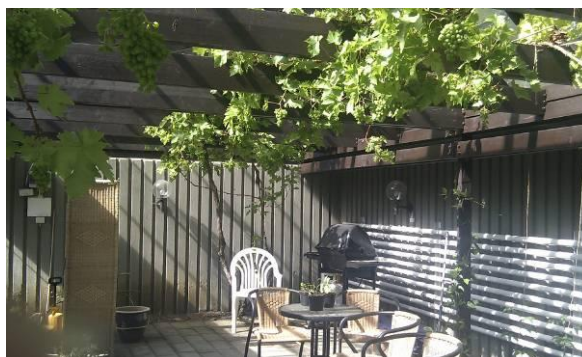
V roce 1996 byl objekt transformován pouze na domov pro seniory a v roce 2001 bylo přistavěno patro, kde jsou pouze jednolůžkové pokoje s vlastním sociálním

zařízením. S domovem Soltún jsou tak jedinými domovy pro seniory, které nabízí jednolůžkové pokoje. Před třemi lety byly zrušeny 6-ti lůžkové pokoje. Běžnou praxí na Islandu jsou 3 - 4 lůžkové pokoje.

Domov zavedl od roku 2006 systém „unit-care“, kde 8-10 pokojů je soustředěno do jakéhosi centra, tj. obyvatelé těchto pokojů mají k dispozici obývací pokoj, jídelnu, ale i samotné společné prostory domov připomínají – všude jsou dekorativní předměty, vázičky s květy, knihovničky plné knih (využívají je návštěvníci, kteří předčítají – a to nejen těm „svým“ seniorům, ale klidně celé skupince).



Místnost pro volnočasové aktivity



Posezení v zahradě domova

Poslední, nově přistavěné patro má pokoje vybavené transportním zařízením pro manipulaci s klienty. V jiných pokojích tento systém použít nelze, protože je zde nízká nosnost stropů. Proto jsou do nejvyššího patra umísťováni klienti upoutaní na lůžko, nebo se zdravotním postižením.



Vstupní hala domova



Vybavení pokoje

V současné době má domov kapacitu 82 klientů, o které se stará 76 pracovníků (přepočtené úvazky), což je 120 – 130 fyzických osob. Zařízení hodně využívá práci na zkrácený úvazek, nebo dělené směny, kdy nejvíce pracovníků je přítomno v nejvíce exponované denní době (např. obědy).

V domově je i oddělení pro osoby se zdravotním postižením. Aby mohly být lépe naplňovány odlišné potřeby mladších a starších klientů, bude toto oddělení rozděleno. Klienti se mohou aktivně zapojit do různých rukodělných činností, velmi oblíbenou je tkaní koberečků na tyčkách, někdy nazývané brčkování. Tuto práci zvládnou nejen osoby se sníženou jemnou motorikou, ale mohou ji provádět i osoby nevidomé. Takto utkané koberečky zdobí i stěny v zařízení. Atrium objektu nabízí obyvatelům nejen možnost posezení, případně grilování, ale mohou se i zapojit do pěstování vinné révy ve skleníku.

Do roku 2005 byli do domova přijímáni pouze klienti s trvalým bydlištěm minimálně 5 let v Reykjavíku. Nový sociální zákon však toto omezení neumožňuje. Čekací doba na umístění je nyní cca 2 roky, až bude v říjnu otevřen nový domov, zkrátí se tato doba na 8 měsíců. Záměrem vlády je, aby čekací doba nepřekročila 3 měsíce. Doba pobytu je 2 - 2,5 roku, fluktuace je cca 40 % ročně. Demencí trpí v současné době 18 klientů. V současné době jsou zde také 2 lůžka určená pro odlehčovací službu. Kontrolu kvality sociálních služeb zajišťuje národní zdravotní rada, který současně kontroluje i zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních.

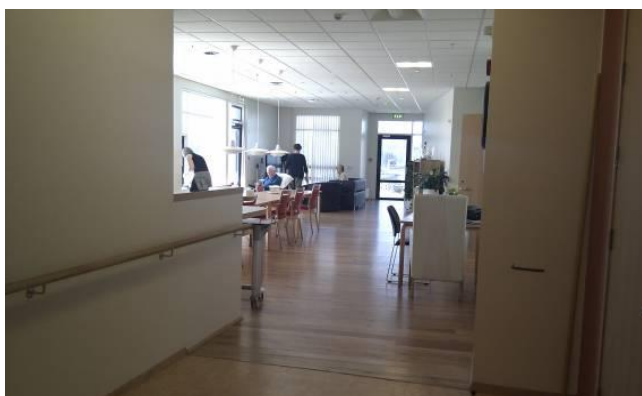


Koupelna a technické zázemí s myčkou močových lahví a podložních mís je na každém patře

7.3 Domov Hrafnista Kópavogi

Profesní sdružení námořníků staví velký rezidenční komplex pro seniory. Celkově se počítá s 5 domy. Tento komplex bude největší na Islandu. Jeden z domů bude provozován formou domova pro seniory – částečně byl otevřen v březnu 2010, ostatní budou provozovány jako domy s pečovatelskou službou a nájemní byty pro seniory, kteří budou moci využívat služby jak sociální, tak zdravotní apod.

Cílová kapacita: 587 lůžek - domov seniorů, 56 lůžek denní stacionář, 318 bytů.
Cílový počet zaměstnanců: 960



Již postavená budova sestává ze dvou částí – domova pro seniory (bílá) a denního stacionáře a terapeuticko – rehabilitační služby (hnědá)

Společenské centrum komunity slouží nejen jako jídelna a „obývací“ pokoj, ale probíhají zde i různé terapeutické aktivity

Způsob poskytování péče v domově pro seniory

Přebírají novou strategii z Dánska, jejíž hlavní myšlenkou je žít jako doma. Budou vytvořeny malé komunity po 11 lidech. V současné době je na Islandu praxe až 40 klientů na oddělení. Jednotlivé komunity budou fungovat systémem unit-care, kdy klientům není organizován čas a oni participují na denních činnostech. Aktivity nejsou koncentrovány do jedné doby, ale probíhají průběžně po celý den, dle zájmu klientů. Počet zaměstnanců je stálý ve všední dny i víkendy, aby byly tyto aktivity zajištěny.

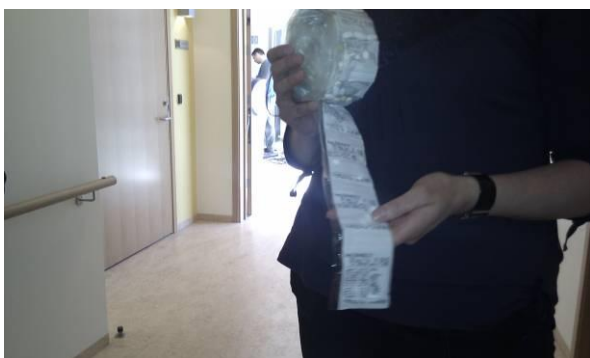
Principy poskytované péče:

- participace
- kooperace
- flexibilita

Aby byl zachován princip domácího prostředí, chodí personál v civilním oblečení, klienti používají své věci, které si přinesli z domova – např. nádobí, ručníky atd., což na Islandu není běžné. Každá komunita funguje na principu domácnosti a to včetně mytí nádobí nebo praní prádla, proto mohou klienti svoje osobní věci využívat. Aktivity se rozkládají do celého dne. Velikost pokoje vč. sociálního zařízení je 35m². Domov ze zásady exkurzím pokoje klientů neukazuje. Ctí zásadu, že je to výhradně klientův životní prostor. V době naší návštěvy probíhaly ještě stavební práce, bylo pouze zprovozněno jedno oddělení pro osoby s Alzheimerovou chorobou.



Pračka a sušička pro praní běžného a každodenního prádla klientů a prádla „služebního“, i myčka podložních mís a močových lahví jsou součástí provozního zázemí každé komunity.

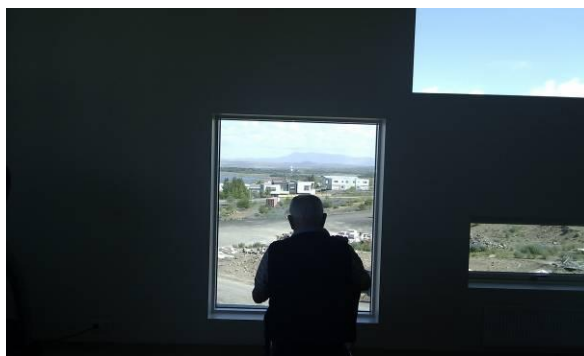
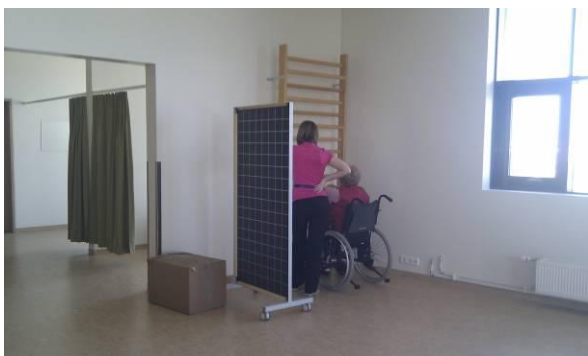


Tato věc nás naprosto nadchla – lékárna nachystá pytlíčky s léky přesně podle předpisu lékaře, takže léky může podávat i personál bez zdravotního vzdělání a oprávnění. Dávkování je chystáno podle potřeby, zpravidla na jeden týden. Na každé dávce je uvedeno jméno klienta, datum a hodina podání a obsah balíčku. Tento systém je šetrný nejen v oblasti personální, ale i v oblasti spotřeby léků, neboť lékárna může využívat velkokapacitní balení léků a nejsou vyhazovány nevyužívané dávky léků, pokud je změněna medikace.



Klienti domova pro seniory i ostatní senioři z rezidenční čtvrti budou moci využívat bazén. Transportní zařízení umožní koupání i pro klienty upoutané na vozík.

Malý bazének je určený pro rehabilitaci a cvičení ve vodě. Přimo u bazénu budou mít klienti k dispozici odpočinkovou terasu. Stupně budou osázeny zelení.



Tělocvična nabízí různé možnosti pro tělesnou aktivizaci. Zařízení důsledně dbá na zachování soukromí klientů, proto jsou i zde využívány zástěny a paravány.

Tak jako je tomu na celém Islandu, tak i domov dbá na propojení běžného života s přírodou. Tento klient má během rehabilitace výhled na mořskou zátoku, nad níž je celý komplex vystaven. I když zatím část tohoto výhledu tvoří staveniště, jednou zde bude zelená plocha.



V prvním patře aktivizační části komplexu je budován denní stacionář.
Kuchyňka denního stacionáře.

8 PŘEDSTAVENÍ VYBRANÝCH ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY V ČESKU

V této kapitole představujeme 3 česká zařízení sociální péče o seniory.

8.1 Domov pro seniory Chýnov

Ředitelka Adriena Krákorová

Adresa: Zámecká 1, Chýnov

Právní forma: příspěvková organizace

Zřizovatel: Jihočeský kraj, se sídlem v Českých Budějovicích..

www.dschnov.cz



Nádvoří domova s historickou kašnou



Pohled od nádvoří ke kostelu Nejsvětější Trojice

Město Chýnov leží v severní části Jihočeského kraje. První zmínky o něm jsou z roku 981 a Chýnov je tak jedním z nejdéle trvale obydlených sídel v Čechách. Dominantami města jsou barokní kostel a barokní zámek. V něm je umístěn domov pro seniory. Poslední majitelé, Schwarzenbergové, opustili sídlo v roce 1945. Od 1. 10. 1950 zde bylo umístěno rybářské učiliště, jediné tohoto druhu v Čechách. Učni z celé republiky zde setrvali až do roku 1958.

Ústav sociální péče začal pro potřeby seniorů sloužit 19. září 1958. Procházel mnoha úpravami a rekonstrukcemi, při kterých bylo pro klienty domova vytvářeno stále lepší a příjemnější prostředí pro jejich pobyt. Byla provedena celková rekonstrukce kuchyně dle norem Evropské unie, byly rekonstruovány WC a koupelny, objekt dostal v roce 2006 novou fasádu.

Na přelomu roku 2007-2008 byla zahájena dosud nejrozsáhlejší akce, která výrazným způsobem poznamená chod a možnosti domova, výstavba nového, třetího křídla ubytovacího pavilonu, který významně plní atributy požadavků na ústavní sociální péči. Zároveň byla zahájena také rozsáhlá rekonstrukce části původního objektu, kde vznikly jedno a dvoulůžkové pokoje s vlastním sociálním zařízením, které nahradily stávající vícelůžkové pokoje. Jedno z křídel však na přestavbu teprve čeká. Zde jsou pokoje vícelůžkové se společným sociálním zařízením.

V roce 1963 byl objekt zapsán do Ústředního seznamu kulturních památek ČR.

V současné době má domov 23 jednolůžkových pokojů a 19 dvoulůžkových pokojů.

Domov poskytuje dvě sociální služby Domov pro seniory (DS) a Domov se zvláštním režimem (DZR). Kapacita zařízení je 77 lůžek.

Počet zaměstnanců k 31.12.2009 - fyzické osoby 52

Přepočtený počet zaměstnanců 50,41

Průměrný plat 18.189,- Kč



V nově přistavené části jsou odkryté části původního středověkého zdiva Vstupní hala nového pavilonu

Domov pro seniory

Domov pro seniory je určen pro osoby, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby v souladu s jejich právy a svobodami.

Kapacita je 41 klientů, jejichž průměrný věk byl v roce 2009 87,3 roku

Počet přepočtených úvazků v přímé péči

- Vrchní sestra 0,5325
- Staniční sestra 0,5325
- Všeobecná zdravotní sestra 4,26
- Všeobecná zdravotní sestra – aktivizační činnosti 0,852
- Sanitáři 5,325
- Sociální pracovnice 0,5325
- Instruktorka sociální péče 0,5325
- Pracovnice přímo obslužné péče 1,9969

Domov se zvláštním režimem

Hlavním účelem je poskytování pobytových sociálních služeb osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Část Domova se zvláštním režimem má statut oddělení Vážka, které je charakterizováno specializovanou péčí určenou zejména pro osoby postižené Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence. Péče je poskytována nepřetržitě. Od běžných pobytových zařízení se liší respektováním zvláštních potřeb lidí s demencí s důrazem na zachování jejich bezpečnosti, důstojnosti, udržení soběstačnosti a všech zachovaných schopností co nejdéle.

Posláním tohoto oddělení je udržení či zlepšení kvality života lidí s demencí, při výrazně snížené soběstačnosti v instrumentálních i bazálních aktivitách denního života i orientaci. Tedy v době, kdy se domácí péče stane obtížně zajištělnou (z hlediska zachování kvality života nemocného člověka i pečujících rodinných příslušníků) anebo neúměrně náročnou z ekonomického hlediska.

Kapacita je 36 klientů, jejichž průměrný věk byl v roce 2009 83,6 let

- Vrchní sestra 0,4675
- Staniční sestra 0,4675
- Všeobecná zdravotní sestra 3,74
- Všeobecná zdravotní sestra – aktivizační činnosti 0,748
- Sanitáři 4,675
- Sociální pracovnice 0,4675
- Instruktorka sociální péče 0,4675
- Pracovnice přímo obslužné péče 1,7531

Informační a poradenské centrum

Při Domově se zvláštním režimem je zřízeno informační a poradenské centrum garantované Českou alzheimerovskou společností Praha. Hlavním cílem je poskytovat rady a informace, jak pečovat o nemocné s demencemi a tím zlepšovat kvalitu života lidí postižených demencí a jejich rodinných příslušníků a upozorňovat veřejnost na tento aktuální problém.

Rehabilitace

Rehabilitační místnost je vybavena magnetoterapií, soluxem, biolampou, parafínem, inhalací, ručními masážními strojkami. Vodoléčba obsahuje: perličkové koupele, vířivé koupele HK i DK. Provádí se zde masáže: klasické, reflexní, vazivové, měkkých tkání, míčkování.

Léčebná tělesná výchova se provádí individuálně a dle zdravotního stavu cvičením obyvatel na pokojích. Dále se provádí nácvik chůze, polohování, cvičení pasivní, cvičení aktivní, hry s míčkem a kuželkami, relaxační cvičení, izometrické a izotomické cviky, rotační pomůcky pro horní končetiny, přístroje pro zvyšování fyzické kondice. Veškerá rehabilitace je využívána dle ordinace lékaře a dle zdravotního stavu klientů.



Místnost pro ergoterapii s ukázkami výrobků klientů



Rehabilitace

Terapeutická a aktivizační činnost

Klienti zhotovují výrobky v průběhu roku pro různé příležitosti. Vyrábějí také dárkové předměty, které slouží jako forma odměny pro účinkující při kulturních akcích pro klienty, dále předměty pro výzdobu DS Chýnov.



Společné prostory



Část zámeckého parku

8.2 PALATA - domov pro zrakově postižené

Ředitel ing. Jiří Procházka

Adresa: Na Hřebenkách 5/737, Praha 5 – Smíchov

Právní forma: příspěvková organizace

Zřizovatel: Hlavní město Praha

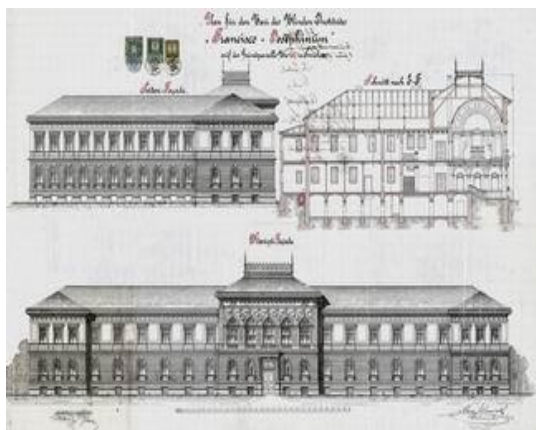
www.palata.cz

Historie pražského Domova pro zrakově postižené Palata začíná 25. listopadu 1888. Toho dne bylo na mimořádné valné hromadě Spolku České spořitelny – Böhmische Sparkasse rozhodnuto zřídit ke čtyřicátému výročí vlády císaře Františka Josefa I. zaopatřovací ústav pro slepce neschopné výdělků a vzdělání, kteří jsou chudí a příslušejí do Čech.

Direktorium největšího pražského finančního domu, národnostně německé Spořitelny české, koupilo na jižním svahu ke Smíchovu dvanáctihektarový pozemek se statkem a na místech někdejší vinice vyrostla do zimy 1892-93 novorenesanční palácová budova Francisco Josephinum.

Vysokou odbornou úroveň přípravných prací zajišťoval ve funkci místopředsedy Rudolf Maria Klar, vzdělaný a zkušený organizátor péče o nevidomé evropského formátu. Pro Klara znamenalo Francisco Josephinum dovršení mnohaletých osobních a rodinných snah o specializovanou péči o nevidomé od předškolního věku až do stáří.

Po biskupském vysvěcení a pěti měsících zkušebního provozu byl ústav s dvacetičlenným personálem a pro prvních 27 žen a 15 mužů oficiálně otevřen 25. listopadu 1893. Život na Palatě odehrával bezmála idylicky – v krásném prostředí, uprostřed nádherného parku s dobře udržovanými pěšinkami a korzem pro nevidomé.



S vyhlášením Československé republiky nejdřív zmizela z názvu slova Francisco Josephinum. Ředitelství Ústavu pro zaopatřování slepců na Smíchově Palata vzápětí nato vyměňuje dosavadní německý způsob úřední komunikace za česko-německý, Období všestranného zlepšení péče a relativní prosperity nastalo na Palatě po roce 1929 s příchodem sester dominikánek z kongregace v Olomouci – Řepčíně.

Bohužel ne nedlouho. Po událostech roku 1938 a po okupaci se rychle schylovalo k vyhnání nevidomých z Palaty. Bezmála sedmdesát nevidomých žen a mužů se v březnu 1941 stěhuje na druhý konec Prahy. Dlouho očekávaný návrat domů na Palatu se uskutečnil už začátkem léta 1945. Po komunistickém převratu byl v roce 1950 soukromý Ústav pro zaopatřování slepců Palata zestátněn a v roce 1957 jsou donuceny odejít i řádové sestry.

Ke konsolidaci vnitřních poměrů došlo až v průběhu let sedmdesátých. Paradoxně právě tehdy, v období tzv. normalizace, se nové ředitelce podařilo doplnit personální stav o „kolektiv“ řeholic z Kongregace šedých sester. 58 pracovníků, z toho 8 - 12 řádových sester se v té době stará o 170 nevidomých starých žen a mužů. Šedé sestry obývají podkrovní pokojíky s improvizovanou kaplí a obětavě se věnují především obyvatelům trvale ležícím, jejichž postižení vyžaduje přítomnost personálu ve dne i v noci.

Na počátku zásadních společenských změn po roce 1989 - po zrušení centrálního řízení sociálních ústavů Správou sociálních služeb hlavního města Prahy, se Ústav sociální péče o nevidomé Palata, později Domov pro zrakově postižené Palata, stává příspěvkovou organizací Magistrátu Hlavního města Prahy.

Na počátku devadesátých let vznikl rozsáhlý projekt nezbytné rekonstrukce a modernizace historické budovy Palaty a jejího okolí, který byl za plného provozu postupně zrealizován. Byly vybudovány tzv. komunikační věže s novými výtahy, pokročila modernizace hygienických zařízení, přibývaly bezbariérové vstupy a zahrada se proměňovala v obytný prostor. Od roku 2008, kdy byly práce dokončeny se Palata stala jedním z nejmoderněji vybavených humanitárních zařízení v Čechách.

Kromě několika řad jednolůžkových pokojů s bezbariérovým přístupem a speciálním hygienickým zařízením přibyl rozsáhlý komplex rehabilitační – vybavený tělocvičnou pro kondiční cvičení, elektroléčbou, masážním a vodoléčebným úsekem s polohovacími vanami, aby je mohli využívat i obyvatelé s těžkým pohybovým omezením.

Pro lidi kombinovaně postižené vznikly místnosti pro denní individuální péči, navíc otevřené do pohodlného atria. To všechno přístupné speciálně upravenými výtahy ze všech podlaží. A pokud jde o úsek přípravy jídel a stolování, pak ten je srovnatelný se stravovacími zařízení nejvyšší kategorie.

Každodenní program obyvatel Palaty je především ve znamení individuální služby sociální i zdravotní. Ta pro pracovníky představuje službu ve dne i v noci.

Vedle pravidelně se opakujících sociálních a zdravotních úkonů je ostatní program od pondělí do neděle velmi pestrý a rozmanitý. Kondiční cvičení organizují rehabilitační sestry tak, aby odpovídala fyzickému stavu a mohli se jich aktivně zúčastnit i obyvatelé pohybující se třeba jen na vozíku. Cvičení paměti obvykle střídají sociální pracovníce se vzpomínkovou terapií spojenou s přátelským posezením při kávě. Protože v domově pro zrakově postižené patří k hlavním předpokladům soběstačnosti jemná motorika rukou a schopnost orientace v prostoru hmatem, věnuje se dennodenně velká pozornost ergoterapii a arteterapii. Jejich obsahem jsou nejrůznější drobné činnosti jako je například příprava jednoduchých jídel v cvičné kuchyňce, ale také vytváření dvojrozměrných nebo trojrozměrných objektů – figurálních nebo abstraktních maleb, keramiky, krajek, předmětů pletených z proutí. Některé z nich některé mívají podobu výtvarných artefaktů.



Obsahem oblíbené muzikoterapie je především zpěv, který zaznívá na Palatě skoro všude. Nejen v budově, ale za příznivého i venku na lavičkách nebo při táboráku, a také na adaptačních skupinách, kde se setkávají lidé, kteří žijí na Palatě zatím jen krátce a změněnému způsobu života si teprve přivykají. Kupodivu nejoblíbenější terapií je v domově s průměrným věkem přes osmdesát terapie taneční. Terapeut umí totiž při ní podnítit k účasti skoro každého – i obyvatele se slabší fyzickou kondicí a pohybově hendikepované, kteří by jinak na tanec ani nepomysleli. Taneční parket nezůstává prázdný ani při pravidelných „kavárnách“ – příjemných společenských posezeních s hudbou, s barovým pultem i roznáškou zákusků a nápojů, pro zdravotně indisponované a ležící až na pokoj k lůžku.



Dnešní Palata - Domov pro zrakově postižené poskytuje nesrovnatelně větší komfort než kdykoli předtím. Služba je určena osobám s těžkým zrakovým postižením. Typickým klientem domova je senior, který kromě zrakového postižení má další zdravotní problémy.

Sto čtyřiceti třem klientům se v současnosti věnuje přes 110 odborně připravených pracovníků různých profesí.

Sociální služby zajišťuje na 4 úsecích celkem 42 pracovníků v přímé obslužné péči a 8 pracovníků pro terapeutické činnosti. Dále jsou klientům k dispozici 2 psychologové, logoped, 2 sociální pracovníce, nutriční terapeut, 8 pracovníků zajišťujících celodenní stravování.

Zdravotní služby zajišťuje 13 zdravotních sester a 3 fyzioterapeuti.

O provoz areálu se stará celkem 15 pracovníků pracujících na recepci, v údržbě, úklidu, prádelně.

Vedení domova tvoří ředitel, 7 vedoucích úseků, manažer kvality a personalista.

Byl vytvořen soubor úkonů poskytovaných klientům (cca 140). Na základě časových snímků byl stanoven průměrný čas v minutách jednotlivého úkonu a vypočítány náklady na minutu práce pracovní pozice, která úkon provádí. Souhrn poskytnutých úkonů u jednotlivých klientů za měsíc s použitím těchto údajů ukazuje skutečné náklady na poskytnutou sociální službu. Tento údaj se porovnává s výší příspěvku na péči.

Ubytování je poskytováno převážně na jedno a dvoulůžkových pokojích. Všechny pokoje jsou vybaveny elektrickými polohovatelnými lůžky. Celý areál je vybaven prvky prostorové orientace pro snazší pohyb klientů.

8.3 G-centrum Tábor

Ředitelka PhDr. Jaroslava Kotalíková

Adresa: Kpt. Jaroše 2958, Tábor

Právní forma: Příspěvková organizace

Zřizovatel: Město Tábor

www.gcentrum.cz



G-centrum – pohled zvenku



Atrium

1.9.1998 byl zahájen provoz domova pro seniory. Budova postavená nákladem 140 milionů Kč nabídla komfortní ubytování pro seniory a osoby se zdravotním postižením.

V roce 2001 proběhla transformace sociálních služeb, kdy pod G – centrum přešly další sociální služby, které byly do té doby provozovány přímo městem Tábor. Jednalo se o pečovatelskou službu s domy s pečovatelskou službou a hygienickým střediskem, středisko sociálních služeb, ubytovnu pro muže a azylový dům pro ženy. Příspěvková organizace, jejímž zřizovatelem je město Tábor, má ve svém znaku srdce a list. Tyto symboly značí lásku a péči.

Nabídka služeb je průběžně rozšiřována:

- 2004 - otevřen dům s pečovatelskou službou v Čekanicích a denní stacionář (63 mil)
- otevřena vývařovna pro seniory
- 2005 - poradna pro osoby trpící Alzheimerovou chorobou
- 2006 - navýšení počtu lůžek odlehčovacích služeb (10) a rozšířen rozvoz obědů na 6 dní v týdnu
- 2007 – zavedení odlehčovací služby a nepřetržité péče v DPS Čekanice
- Od roku 2007, kdy vstoupil v platnost nový zákon o sociálních službách má G – centrum oficiálně registrováno 7 služeb

1. Domov pro seniory
2. Pečovatelská služba
3. Středisko sociálních služeb
4. Odlehčovací služby
5. Denní stacionář
6. Azylový dům pro ženy a matky s dětmi
7. Noclehárna pro muže

Domov pro seniory

Zařízení má kapacitu 143 klientů, kteří jsou ubytováni v 39 jednolůžkových a 54 dvoulůžkových pokojích s vlastním sociálním zařízením.

Vybavení pokojů je rozmanité, některé jsou apartmánového typu, 39 pokojů má kuchyňskou linku, 60 pokojů má balkón, 6 zimní zahradu.

Domov má vlastní kuchyň a prádelnu.

Rehabilitační péči zajišťují dva registrovaní fyzioterapeuti, kteří na základě ordinací lékařů provádějí:

- Masáže
- Aktivní i pasivní cvičení na lůžku
- Individuální nácvik chůze
- Elektroterapii
- Ultrazvukovou terapii
- Parafínové zábaly
- Léčbu biotronovou lampou
- Perličkové koupele
- Skupinová cvičení

- Ergoterapii zaměřenou na nácvik úkonů k udržení či znovuobnovení sebeobslužnosti

Klientům jsou dále k dispozici

- Tři společenské místnosti
- Hobby dílna
- Tělocvična s ortopedy
- Knihovna
- Kaple s pravidelnými bohoslužbami
- Atrium
- Zahrada s dvěma altány, fontánou a jezírkem
- Služby pedikúry, kadeřníka a cukrárny v objektu domova
- Počítače s připojením na internet
- Možnost zavedení telefonní linky a připojení k internetu na pokojích

Kromě základních služeb, které jsou dané zákonem, nabízí domov široké spektrum aktivizačních a zájmových činností

- zájmové aktivity (poslech hudby, společné zpívání, hraní společenských her, promítání filmů, čtení ve skupině i individuální čtení na pokojích, ..)
- pohybovou aktivizaci (vycházky, sportovní odpoledne, ruské kuželky,..)
- kulturní a zábavné programy (vystoupení žáků MŠ, ZŠ, oslavy narozenin, Masopust, Velikonoce, Vánoce, návštěvy divadel, ...)
- vzdělávací programy (přednášky, výuka práce na PC,...)

S velkým zájmem se u klientů setkává aktivita Senioři na cestách, která odstartovala v září 2006. Klienti šlapou na rotopedech a počty ujetých kilometrů se sčítají. Vždy, když dojedou do stanoveného cíle, je přichystaná beseda o cílovém městě, často spojená s ochutnávkou krajevých specialit. V atriu je vyvěšena mapa, kde lze sledovat, kam se již docestovalo. Do října 2010 ušlapalo cca 13 klientů již přes 3.500 km. Letošní trasa míří na jih, 2. června dojeli účastníci do Sarajeva.



Recepce



Jídelna s kuchyní

Zdravotní a ošetrovatelská péče je poskytována týmem pracovníků ve složení: vrchní sestra, 2x staniční sestra, 13x všeobecná sestra, 27 pracovníků přímé obslužné péče a 2 pracovníci zajišťující rehabilitační péči, od 1.5.2009 zřízeno pracovní místo všeobecná sestra –

ambulantní. Lékařská péče je zajišťována smluvním, praktickým lékařem 3 dny v týdnu v určených ordinačních hodinách. Odborný lékař – psychiatr ordinuje 1x v měsíci v určených ordinačních hodinách, na ostatní odborná vyšetření či ošetření je klientům zajišťován odvoz.



Pokoje klientů



Hydroterapie



Kaple

Odlehčovací služby

Domov pro seniory nabízí 5 lůžek odlehčovacího pobytu pro krátkodobý pobyt osob, které žijí ve své domácnosti a péči jim poskytují rodinní příslušníci. Služba těmto pečujícím poskytuje podporu, možnost odpočinku a regenerace sil. Dalších 5 lůžek je k dispozici v domě s pečovatelskou službou v Čekanicích.



Pečovatelská služba

Do domácností klientů dochází pečovatelky, které vypomáhají s jejich osobními potřebami i s chodem jejich domácnosti. Provedené úkony si klient plně hradí. Maximální výše úhrady úkonů je dána vyhláškou. Služby jsou poskytovány v pracovní dny od 7.00 do 15.30 hod.

Domy s pečovatelskou službou (DPS)

DPS jsou určeny pro klienty doposud využívající pečovatelskou službu ve svém bydlišti, kdy četnost a rozsah úkonů je již, vzhledem ke ztrátě soběstačnosti, nedostačující.

DPS Lidická 61 bytových jednotek, DPS Kvapilova 23 bytů. Služby pouze v pracovní dny 7.00 – 15.30 hod.

DPS Čekanice

Objekt byl uveden do provozu v roce 2004 s kapacitou 49 bytových jednotek z toho 6 bezbariérových. 10 bytů má balkon, 18 bytů je s terasou. Obyvatelé mají možnost využívat společné stravování, centrální koupelnu s vanou určenou pro osoby na invalidním vozíku, knihovnu a několik společných prostor. Od roku 2007, kdy zde byla zřízena lůžka odlehčovací služby, je zde poskytována nepřetržitá péče.

Středisko osobní hygieny Vídeňská

Na tomto středisku je klientům nabízena možnost celkové koupele, nebo sprchy, provedení pedikúry a praní a žehlení prádla. Prostory jsou bezbariérové. K těm, kteří na Hygienické středisko nedojdou, přijde pedikérka domů.

Vývařovna a jídelna pro seniory

Vývařovna slouží pro přípravu obědů pro klienty pečovatelské služby. Strava je rozvážena pěti automobily v pracovní dny.

Od roku 2008 je při vývařovně otevřena jídelna, kterou mohou využívat senioři a zdravotně postižení, jejichž ztráta soběstačnosti není natolik velká, že potřebují stravu dovážet. Jídlo lze sníst na místě, nebo si jej odnést ve vlastních nádobách.



DPS Čekanice



Společné prostory

Denní stacionář

Stacionář slouží seniorům a lidem se zdravotním postižením pro denní pobyt v době, kdy jsou jejich rodinní příslušníci v zaměstnání a oni nechtějí nebo nemohou zůstat doma sami. Stacionář je v Domě s pečovatelskou službou v Čekanovicích. Klienti využívají různé aktivity – předčítání, poslech hudby, hraní společenských her, bystření paměti, pohybovou aktivitu a další. Služba je zajišťována ve všední dny od 6.30 do 18.30 hodin.

Pro uživatele je nabízen pestrý program - předčítání, sledování televize, videa, poslech hudby, hraní her a kvízů, ruční práce, terapeutické činnosti, relaxační cvičení, vycházky atd.

Klienti mají možnost odpočinku na lůžku. Dopravu si zajišťuje buď klient sám, nebo jej doveze pečovatelská služba.



9 KOMPARECE SLUŽEB SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY ČESKÉHO A ISLANDSKÉHO SYSTÉMU

Kapitola č. 9 představuje komparaci služeb sociální péče o seniory českého a islandského systému, rozdělenou po jednotlivých aspektech.

9.1 Personální záležitosti**9.1.1 Islandské platy**

Na Islandu jsou velmi silné odbory, jejichž členem je každý zaměstnanec. Odbory mají platovou dohodu - v každém zařízení jsou stejné platové podmínky: minimálně 160 tis. ISK, nad 30 let 200 tis. bez příplatků. Dohoda se vztahuje i na příplatky a odměny. Zaměstnanci mají bezplatné stravování, příspěvek 16 tis. na sport. Zaměstnanci si přispívají na dovolenou – zaměstnavatel jim strhává peníze. Platy jsou dány tabulkami, nikdo by neměl mít za stejnou práci rozdílné peníze (sestra u lékaře má stejný plat jako sestra v DD). Průměrná mzda na Islandu 300 – 350 tisíc ISK. Pracovníci s vysokoškolským vzděláním mají vyšší plat než průměrná mzda, ostatní mají příplatky, takže také bývají na průměru. V roce 2008 byly zvýšeny platy žen pracujících v sociálních službách o cca 18 – 20 %. Zaměstnavatel pořádá pro zaměstnance různé aktivity, kterých se zúčastňují i rodinní příslušníci (team building).

S odbory je i řešeno, pokud pracovník odvádí nekvalitní práci. Zaměstnavatel musí prokázat, že pracovník neplní své povinnosti. Protože propustit takového pracovníka je velmi složité, chtějí tomu předcházet a vyžadují doporučení od minulých zaměstnavatelů, Zkušební lhůta je 3 měsíce, pracovní poměr je uzavírán na dobu určitou 2 roky. Pokud PP končí dohodou ihned, je vypláceno odstupné.

Nemoc je hrazena 100 % po dobu 18 měsíců. První rok platí zaměstnavatel, pak přechází na stát. Nemají kontroly nemocných - nepotřebují je. Dlouhodobě marodí jen osoby se závažným onemocněním.

Paragraf při ošetřování dítěte - 11 dní plně hrazených, pak si musí vzít dovolenou

Minimální mzda na Islandu činí 160 tis. ISK. U osob nad 30 let činí 200 tis. ISK. Průměrná mzda činí 350 tis. ISK. Všichni občané s vysokoškolským vzděláním mají vyšší mzdu než je průměrná.

Zdravotní sestra s VŠ a s manažerskou funkcí má mzdu cca 700 tis. ISK.

Na Islandu jsou odbory velmi silným partnerem a většina platových i pracovních pravidel se sjednává na centrální úrovni s vládou.

Zaměstnavatel má velmi malý prostor pro osobní příplatky nebo odměny.

Za práci ve svátek činí příplatek 90 %, za práci v SO+NE 55 %, za práci v noci 35 %.

Základní limit dovolené činí 5 týdnů. U pracovníků pracujících v nepřetržitém provozu se zvyšuje limit o 1 týden a tato úprava platí tak pro pracovníky starší 30 let.

Pracovníci dále mají nárok na bezplatné stravování, organizace dále hradí kadeřnické služby, přispívá na sport a rehabilitaci.

9.1.2 České platy

Hlavním zájmem pracovníků služeb pro seniory je zajímavá a dobře ohodnocená práce. Moc mohou prokazovat svou pracovní činností a zejména sdružováním do různých skupinami a

odborů. Jejich postojem je zcela nepochybně zlepšit finanční ohodnocení za vykonávanou práci.

Průměrná mzda v sociálních službách se navzdory náročnosti práce a celkovému přínosu pro společnost pohybuje na velmi nízké úrovni, pokud ho srovnáme s celkovou průměrnou mzdou, zjistíme, že zdaleka nedosahuje její výše. Průměrný plat v sociálních službách je 14 000 Kč, což je téměř o třetinu méně než obecný průměrný plat (Balážová, 2008). Tento fakt představuje problém především v souvislosti s hledáním dostatečně kvalitních a kvalifikovaných pracovních sil, protože přispívá k menšímu zájmu o uplatnění v této sféře.

9.1.3 Islandské vzdělávání

Zaměstnavatel podporuje vzdělávání snížením úvazku, lze požádat o finanční příspěvek. Zvýšení profesionality se projevuje finančně i morálně. Soltún si sám pracovníky vzdělává a účast na vzdělávání se promítá do výše platu. Zaměstnanci jsou vysíláni i na stáže do zahraničí (příspěvek z odborového fondu), pracovník po návratu školí. Probíhají výměnné stáže mezi zařízeními.

Existují dvě profesní asociace – ve zdravotnictví + managementu v sociálních službách.

Kvalifikační předpoklady u pracovníků v přímé péči - není dáno žádným předpisem, nastupují na úklid, pak pracují pod supervizí zdravotní sestry. Jedinou podmínkou je umět islandsky.

9.1.4 České vzdělávání

Profesní rozvoj pracovníků a pracovních týmů obecně upravuje Zákoník práce a zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách.

Profesní rozvoj zaměstnanců je zaměřený na odborný rozvoj zaměstnanců dle požadavků vyplývajících:

- z popisu práce
- z hodnocení způsobilostí
- z požadavků vyplývajících ze zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách

Další vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách řeší zákon o sociálních službách. Povinné další vzdělávání je stanoveno ve výši nejméně 24 hodin za kalendářní rok.

Pokud zaměstnanec vykonává činnost na zkrácený pracovní úvazek, povinnost dalšího vzdělávání se nekrátí.

Je-li zaměstnanec zařazen jako sociální pracovník a současně jako pracovník v sociálních službách, musí splnit další vzdělávání pro každou pozici zvlášť, tedy 2 x 24 hodin.

Formy dalšího vzdělávání jsou:

- a) specializační vzdělávání zajišťované VŠ a VOŠ navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu sociální práce
- b) účast v akreditovaných kurzech (akreditace MPSV)
- c) odborné stáže u registrovaných poskytovatelů sociálních služeb
- d) účast na školicích akcích.

Základem systému celoživotního vzdělávání v organizaci je určení individuálních vzdělávacích potřeb zaměstnanců, které jsou rozdílné nejen na jednotlivých funkčních

úrovních, ale liší se zejména v dovednosti jednotlivců definovat svoje vzdělávací potřeby. Se zaměstnanci jsou pravidelně zpracovávány individuální vzdělávací plány, které vycházejí:

- z analýzy potřeb osob, kterým je služba poskytována
- z informací o nových metodách práce a nových poznatcích v oboru
- z analýzy potřeb sociální služby
- z kompetencí určité pracovní pozice
- z analýzy potřeb zaměstnanců
- z nabídky na vzdělávacím trhu

9.2 Islandští versus čeští poskytovatelé sociálních služeb

Na Islandu není nikdo vyloučen z poskytování sociálních služeb. Poskytovatel musí mít kontrakt s obcí, nebo státem a licenci ministerstva zdravotnictví, které provádí kontroly. Licence je udělována bez časového omezení, avšak poskytovatel musí projít systémem inspekcí, které si musí zaplatit. Inspekční potvrzení je vystaveno nejprve na rok, pak na dva a pak na 12 let. Do systému inspekcí spadá nejen kontrola poskytovaných služeb, ale i hygieny, hasičů, plynařů atd. Soltún spolupracuje s ministerstvem a je zapojen do pilotního programu stanovování kritérií registrace.

Jsou i pečovatelé, kteří poskytují sociální služby soukromě (převážně terénní), které si platí klient hotově.

V Česku jsou za zřizovatele sociálních služeb jsou považovány úřady státní správy a samosprávy (kraje a obce, MPSV, a jím zřízené organizační složky státu), neziskové organizace včetně církví a jiné subjekty, které služby financují, případně i jmenují jejich vedoucí a kontrolují jejich činnost. Služby mohou poskytovat podle zákona „územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby a fyzické osoby.

Sociální služby lze poskytovat pouze na základě registrace poskytovatele sociálních služeb. Registrací se rozumí vydání oprávnění poskytovat konkrétní druhy služeb. Oprávnění vydávají krajské úřady ve správním řízení na základě posouzení toho, zda poskytovatel je schopen splnit všechny zákonem stanovené podmínky. Dodržování zákonem stanovených podmínek, mezi něž patří také standardy kvality sociálních služeb, je kontrolováno formou inspekce sociálních služeb. Pokud poskytovatel neplní tyto podmínky, může dojít až k odejmutí oprávnění poskytovat sociální služby. Základním měřítkem kvality sociálních služeb je dodržování lidských práv při poskytování sociálních služeb.

Sociální služby mohou poskytovat jakékoliv právnické či fyzické osoby, které splní zákonné podmínky.

V České republice je poskytováno téměř 5 000 sociálních služeb 2 500 poskytovateli služeb. Poskytovatelé sociálních služeb jsou uvedeni v registru sociálních služeb, který je veřejně přístupnou databází umožňující vyhledání služby podle řady kritérií. (Sociální služby a příspěvek na péči, 2009, s. 12)

9.3 Řešení stížností na sociální službu na Islandu

Při stížnosti na zdravotní část služby je doporučeným postupem nejprve vznést stížnost u klíčového pracovníka, pak u vrchní sestry, ředitelky a následně u Národního zdravotního rady. Stížnosti se řeší ihned. Stížnosti lze podávat i přes webové stránky.

Stížnosti na sociální část řeší pouze uvnitř zařízení. Pokud vyvstane problém v této oblasti, spolupracují s rodinou – pozvou si rodinu nebo si rodina schůzku sama objedná. Již od

příchodu nového klienta do zařízení vyzývají rodinu ke spolupráci a požadují zpětnou vazbu. Filozofie – obě strany máme stejný cíl – spokojenost klienta.

Zaměstnanci si mohou stěžovat u odborů.

9.4 Řešení stížností na sociální službu v Česku

Jak má vypadat kvalitní sociální služba popisují Standardy kvality v sociálních službách. Standard č. 7 stanovuje poskytovateli povinnost vytvořit pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby. Jednotlivá kritéria konkretizují jasná pravidla pro systém podávání stížností, pro informování uživatelů o způsobech podávání stížností, způsobu, jak poskytovatel postupuje při jejich vyřizování a kam se obrátit, pokud stížnost není vyřízena ke spokojenosti stěžovatele. Jednou z povinností poskytovatele je umožnit anonymní podávání stížností.

9.5 Komparace financování sociálních služeb péče o seniory

9.5.1 Financování sociálních služeb na Islandu

Na Islandu je v současné době občanovi, který nastoupí do pobytového zařízení, zastavena výplata důchodu. Do budoucna se uvažuje o tom, že důchod odebírán nebude, ale bude příjemcům vyplácen a ti si z něj budou platit služby. Obavy jsou pouze u osob s demencí.

Financování pobytových služeb na Islandu zajišťuje stát, financování ostatních typů sociálních služeb mají na starosti obce. Připravuje se změna, kdy i pobytové služby budou hrazeny obcemi.

Pobytové služby jsou hrazeny z 85 % z daní a úhrad od zdravotní pojišťovny, z 15 % od klientů z jiných příjmů, např. pronájem nemovitostí, příjmy ze soukromých fondů, z prodeje majetku apod.

Při nástupu občana do pobytového zařízení se zastavuje výplata starobního důchodu a celý důchod přechází do zvláštního státního fondu, z něhož stát platí pobytové služby. Klientovi zůstává kapesné ve výši 15 – 16 tisíc Islandských korun. V případě, že má další příjmy, zůstává klientovi kapesné až do výše 60 tisíc ISK. Platba z ostatních příjmů je maximálně do výše 280 tis. ISK.

Finanční úřad sděluje, zda má další příjmy a majetek, předává tyto informace poskytovateli a ten zajistí výběr úhrady od klienta.

Průměrný státní důchod činí 120 tisíc ISK. Dále se platba skládá z příjmů od zdravotních pojišťoven a to na základě detailního vyúčtování. Platby přichází do 30 dní od vyúčtování.

Přijímání klientů do zařízení poskytující pobytové služby:

Island má 33 tisíc obyvatel starších 67 let. Cca 3 000 obyvatel využívá sociálních služeb v pobytových zařízeních.

9.5.2 Financování sociálních služeb v Česku

Změny ve financování sociálních služeb se v Česku objevují v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách v roce 2007. Za finanční zdroje sociálních služeb považujeme úhradu uživatelů z vlastních příjmů, příspěvky zřizovatelů sociálních služeb, dotace z veřejných rozpočtů a různé další zdroje jako např. dary, vedlejší hospodářskou činnost. Nejnovějším finančním zdrojem se stal od ledna 2007 příspěvek na péči, který nahradil příspěvek při péči o osobu blízkou.

Za užitečnou je považována možnost zvolit si, jak příjemce příspěvek využije. Má možnost si koupit potřebnou sociální službu nebo příspěvek věnovat svému pečovateli třeba v rámci rodiny. Je možné oba způsoby kombinovat. Prakticky ale není kontrola toho, jak je tento zdroj příjemci vynakládán, což považujeme za důležitý problém v této oblasti. Je známo, že velká část objemu poskytnutých příspěvků na péči se nevrací zpět do systému sociálních služeb.

Tento fakt je dán ale i tím, že příspěvky jsou z části vynakládány rodinným příslušníkům jako pomoc v péči a nejsou proto zahrnuty ve statistikách. Podle zprávy Českého helsinského výboru „příspěvky na péči nekončí v těch správných rukou a často dochází k jejich zneužívání (Kunstová, Stojanová, 2007).“ K podezřívání seniorů ze zneužívání příspěvků na péči se vyjadřují někteří autoři. Haberlová na problém nahlíží jako na permanentní rodičovství. „Je přirozené, že rodiče poskytují dospělým dětem finanční a jinou pomoc“ (Haberlová citována in Sýkorová, 2008). Možný hovoří o demodernizace české rodiny, kdy za komunismu pokles ekonomické soběstačnosti rodiny posílil mezigenerační solidaritu (Možný, 2006). Sýkorová to vidí jako snahu „legitimizovat finanční transfery náročností současných společenských podmínek pro mladší generace vzhledem k vysokým životním nákladům a nezaměstnanosti (Sýkorová, 2008).“

Použito z Burešová, A., Řezáčová, L., Stehlíková, Z. (2009): Sociálně zdravotní péče o seniory.

9.6 Posuzování zájemců a uživatelů sociální služby na Islandu

O přijetí do systému rozhoduje odborná komise kraje, která je jmenována ministerstvem sociálních věcí. Před rozhodnutím je žadatel testován. Žadatel prokazuje poskytování péče rodinou a dále využívání ambulantních nebo terénních služeb.

Péče je poskytována individuálně na základě odborného posouzení.

Od roku 1996 používají americký systém hodnocení RAI.

Systém je velmi sofistikovaný a posuzuje 400 hodnot.

Min. 3x ročně, případně častěji pokud se mění zásadně zdravotní stav, se provádí aktualizace posouzení celkového stavu klienta.

Do systému vstupují samostatně zdravotní sestra, praktický lékař, aktivizační pracovník a terapeut. Každý z těchto pracovníků hodnotí oblast podle svého profesního zaměření.

Hodnotí se 6 oblastí: BMI, kognitivní funkce, deprese, míra bolesti, míra mobility krátkodobá a dlouhodobá.

Z těchto údajů se vypočítává celkový stav klienta a upravuje se poskytování služby.

www.interrai.org

9.7 Posuzování zájemců a uživatelů sociální služby v Česku

Příspěvek na péči je přiznán osobě, o kterou má být pečováno, a to na základě posouzení závislosti na péči jiné fyzické osoby. Zákon rozlišuje čtyři stupně závislosti podle počtu úkonů, které není schopen jedinec samostatně zvládnout a pro přiznání příspěvku je potřeba se podrobit sociálnímu vyšetření a vyšetření zdravotního stavu. Jeho výše odpovídá stupňům závislosti a to v částkách 2, 4, 8 a 12 tis. Kč (zákon 108/2006 Sb. O sociálních službách).

Při posuzování péče o vlastní osobu a soběstačnosti se hodnotí schopnost zvládat těchto 35 úkonů: příprava stravy, podávání, porcování stravy, přijímání stravy, dodržování pitného režimu, mytí těla, koupání nebo sprchování, péče o ústa, vlasy, nehty, holení, výkon fyziologické potřeby včetně hygieny, vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh, sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě, stání, schopnost vydržet stát, přemisťování předmětů denní potřeby, chůze po rovině, chůze po schodech nahoru a dolů, výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení, oblékání, svlékání, obouvání, zouvání, orientace v přirozeném prostředí, provedení si jednoduchého ošetření, dodržování léčebného režimu, komunikace slovní, písemná, neverbální, orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí, nakládání s penězi nebo jinými cennostmi, obstarávání osobních záležitostí, uspořádání času, plánování života, zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku, obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování), vaření, ohřívání jednoduchého jídla, mytí nádobí, běžný úklid v domácnosti, péče o prádlo, přepírání drobného prádla, péče o lůžko, obsluha běžných domácích spotřebičů, manipulace s kohouty a vypínači, manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří, udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady, další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti (§9 zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách).

Příspěvek na péči je určen k posílení kompetencí osob závislých na pomoci jiné osoby a pečujícího prostředí tak, aby každý individuálně mohl zvolit pro něj nejúčelnější způsob zajištění potřeb.

Příspěvek na péči je odstupňován podle míry závislosti, přičemž jeho hodnota je primárně odvozena od obvyklých nákladů spojených s péčí. Jedná se o příspěvek na péči a nikoliv o plnou saturaci nákladů péče, a to jak prostřednictvím poskytovatelů sociálních služeb nebo formou péče zajišťované osobami blízkými.

Příspěvek na péči umožňuje zabezpečovat péči v přirozeném prostředí, tj. napomáhá krýt náklady pečujícímu prostředí. Optimálním modelem je sdílení péče mezi neformálním pečujícím prostředím (rodina nebo jiné pečující osoby) a registrovanými poskytovateli sociálních služeb.

Příspěvek na péči náleží těm lidem, kteří jsou především z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. Péčí o vlastní osobu se rozumí především takové denní úkony, které se týkají zajištění či přijímání stravy, osobní hygieny, oblékání a pohybu. Soběstačností se rozumí úkony, které umožňují účastnit se sociálního života, tj. např. schopnost komunikovat, nakládat s penězi či předměty osobní potřeby, obstarat si osobní záležitosti, uvařit si, vyprat a uklidit.

Příspěvek náleží osobě, o kterou má být pečováno, nikoliv osobě, která péči zajišťuje. Příspěvek na péči nemůže být přiznán dítěti, které je mladší než jeden rok.

Schopnost zvládnout péči o vlastní osobu a být soběstačný je u každého člověka různá, proto zákon rozeznává čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby, a to od mírné závislosti až po závislost úplnou.

O příspěvek je možné požádat na obecním úřadu obce s rozšířenou působností, v jejímž spádovém území má žadatel trvalý nebo hlášený pobyt.

Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc

- a) 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 5 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc

- a) 2 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Člověk – žadatel o příspěvek – musí dodržet stanovené povinnosti, respektive podrobit se některým procedurám.

V první řadě musí správně podat žádost o příspěvek na péči a uvést všechny požadované povinné informace, tj. kromě osobních údajů také údaje o tom, jakým způsobem má být příspěvek vyplácen, a údaje o tom, kdo bude potřebnou péči zajišťovat.

Následuje proces posouzení stupně závislosti na pomoci jiné osoby, který zahajuje sociální pracovník. Sociální pracovník provede sociální šetření v prostředí, kde žadatel žije.

Po provedení sociálního šetření se žádostí o příspěvek zabývá posudkový lékař úřadu práce, který hodnotí funkční dopady zdravotního stavu na schopnost žadatele pečovat o sebe a být soběstačným a vychází přitom z výsledku sociálního šetření.

Pokud se žadatel odmítne podrobit některé z výše uvedených procedur, například neumožní provedení sociálního či zdravotního posouzení, pak ztrácí možnost získat příspěvek na péči.

O tom, zda bude příspěvek přiznán či nikoliv, rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností. Rozhodnutí o příspěvku na péči je doručeno žadateli a v případě, že je kladné, je žadatel (nyní již příjemce příspěvku) povinen obecnímu úřadu písemně ohlásit, jakým způsobem a kým mu bude péče zajištěna, pokud tak již neučinil při podání žádosti. Pokud tak neučiní ani po zopakované výzvě, je výplata příspěvku zastavena.

Zákon umožňuje obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností vyplácet příspěvek v hotovosti (tj. i poštovní poukázkou) nebo na účet, který příjemce určí. Nárok na výplatu příspěvku vzniká podáním žádosti o přiznání příspěvku. První výplata příspěvku zahrnuje výplatu příspěvku i za období, ve kterém probíhalo správní řízení.

Příspěvek lze použít pouze na výdaje související se zabezpečením pomoci a podpory osobě, která je závislá na péči jiné osoby. Může být tedy „spotřebován“ jako úhrada za péči, kterou zajišťuje poskytovatel sociální služby, a samozřejmě také na výdaje, jež vzniknou pečující osobě, tj. rodinnému příslušníkovi či jiné osobě, která není poskytovatelem sociální služby. Dá se také předpokládat, že oba výše uvedené způsoby bude příjemce kombinovat dle vlastní potřeby.

Způsob využití příspěvku kontrolují pracovníci obecních úřadů obcí s rozšířenou působností. Pokud je zjištěno, že příspěvek není používán správně, může obecní úřad určit tzv. zvláštního příjemce, který zajistí správné použití příspěvku, a v případech zneužívání příspěvku nárok na výplatu příspěvku odejmout.

Příspěvek na péči se nezapočítává jako příjem pro účely jiných dávkových systémů ani pro účely daní.

Základní kvantitativní údaje:

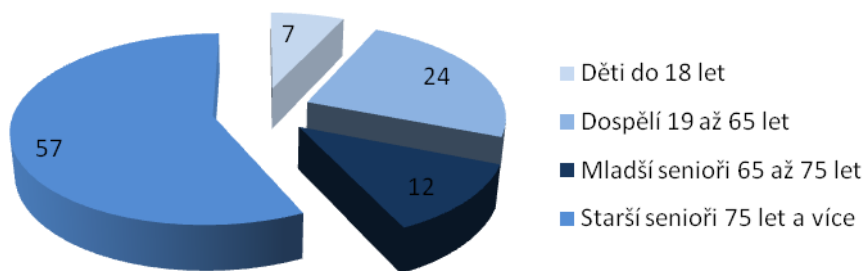
Celkové měsíční výdaje na výplatu příspěvku na péči vykazují stabilní objem v intervalu 50 až 55 mil. eur, což v predikci celkového ročního čerpání znamená až 650 mil. eur, tj. 0,5 % HDP.

Celkový počet uznaných nároků na dávku se pohybuje mezi 240 až 250 tisíci osob měsíčně.

Největší počet dávek podle rozvrstvení do stupňů vykazuje I. stupeň, tj. cca 103 000 dávek, což představuje 42 % z celkového počtu dávek. II. stupeň 81 500 (33 %), III. stupeň 39 000 (16 %), IV. stupeň 22 000 (9 %).

Největší objem měsíční výplaty dávek podle rozvrstvení do stupňů vykazuje II. stupeň, tj. cca 13,5 mil. eur, což představuje 33% z celkového objemu čerpání. I. stupeň 7,5 mil. eur (18 %), III. stupeň 11 mil. eur (27 %), IV. stupeň 8,6 mil. eur (20 %).

Z hlediska základní věkové struktury podílí se:



Příspěvek na péči dle způsobu použití je sledován podle tří, respektive čtyř kritérií:

- Jako pečující je uvedena fyzická osoba
- Jako pečující je uveden registrovaný poskytovatel sociálních služeb
- Jako pečující je uveden neregistrovaný poskytovatel, nebo údaj není znám

Z hlediska způsobu použití je zcela zjevné, že příspěvek na péči je využíván především při zajištění péče fyzickou osobou, tj. nejčastěji členem rodiny, přičemž se stupněm závislosti tento podíl mírně klesá a naopak se zvyšuje podíl péče ze strany registrovaných poskytovatelů sociálních služeb.

V procentech	Podíl v I. stupni	Podíl v II. stupni	Podíl ve III. stupni	Podíl v IV. stupni
Fyzická osoba	77	77	72	59
Registrovaní poskytovatelé	17,5	19,5	23	35
Neregistrovaní poskytovatelé, nebo údaj neuveden	5,5	4,5	5	6

Při zajištění péče fyzickou osobou jsou nejčastějšími pečujícími osobami – dítě člověka vyžadující péči (nikoliv nezletilé), manžel či manželka a rodič. V jednotlivých stupních příspěvku na péči je pak tato struktura následující:

V procentech	Podíl v I. Stupni	Podíl v II. stupni	Podíl ve III. stupni	Podíl v IV. stupni
Dítě	42	36	29	26
Manžel	13	16	14	11
Rodič	7	11	22	20

Další významnější skupinou pečující jsou pak zeť/snacha, vnuk/vnučka a jiné osoby. Jejich podíl však nepřekračuje 5 %.

Pokud je péče zajištěna registrovaným poskytovatelem sociálních služeb, potom je struktura poskytovatelů dle stupně příspěvku na péči a formy služby následující:

V procentech	Podíl v I. stupni	Podíl v II. stupni	Podíl ve III. stupni	Podíl v IV. stupni
Pobytové	10	14	19	32
Ambulantní	4	3	3	3
Terénní	8	6	5	4
Žádný poskytovatel	78	77	73	61

9.8 Paliativní a hospicová péče na Islandu

V nemocnicích jsou hospicové jednotky pro lidi do 65 let.

DD pomáhají s provázením v umírání, spolupracují s diakonií, nabízejí i pomoc při vyřizování formalit. Nabízejí možnost podpory, pokud si umírajícího vezme rodina domů, může se i na konečnou fázi vrátit. Minimum klientů umírá ve zdravotnickém zařízení.

9.9 Paliativní a hospicová péče v Česku

Hospic je v českých podmínkách speciálním zařízením paliativní péče a péče o umírající – není tedy nějak omezeno věkem. Umožňuje prožít důstojný konec života pro nevléčitelně nemocné – léčba (snaha o odstranění) bolesti a úzkosti doprovázející umírání až do posledních okamžiků. Nezaměřuje se pouze na fyzickou stránku člověka, ale také na sociální, duchovní a spirituální. Nesoustřeďuje se pouze na pacienta, ale spolupracuje s celou rodinou, kdy probíhá i podpora rodin pro vyrovnání se s chorobou a zármutkem. Existuje několik forem hospiců: kamenný hospic, domácí hospicová (ambulantní) péče, denní stacionář, oddělení paliativní péče v LDN, dětský hospic. V ČR paliativní péče a hospicové hnutí pomalu nachází své místo - existuje několik kamenných hospiců (ne ve všech krajích) a domácí ambulantní péče.

9.10 Inspekční činnost na Islandu

Národní zdravotní rada provádí inspekce v oblasti zdravotní i sociální péče

Zdravotní pojišťovny – kontrola vykazování

Ekonomika - ekonomické výstupy jsou publikovány na internetu, kontrola může průběžně sledovat, zda to, co uvádějí je opravdu plněno.

Zdroje dat:

www.statice.is

9.11 Inspekční činnost v Česku

Zákon o sociálních službách dává právní rámec inspekcím poskytování sociálních služeb. Inspekce jsou důležitým nástrojem k zajištění kvality služeb a také ke kontrole práv uživatelů služby. Inspekci provádí příslušný krajský úřad, u služeb zřizovaných krajem MPSV.

Předmětem inspekce je

- plnění povinností poskytovatele stanovených zákonem
- kvalita poskytovaných služeb

Kvalita sociální služby se hodnotí podle standardů kvality sociálních služeb, respektive jejich jednotlivých kritérií.

9.12 Dobrovolnictví na Islandu

Spolupracují s denním centrem na dobrovolnické bázi, dobrovolníci z řad seniorů docházejí do Soltúnu. Poté, co poznají život v zařízení, zapojují se do veřejné diskuze, publikují – předávají své poznatky dál.

Dobrovolnictví je organizováno Červeným křížem, není taková potřeba, protože dochází rodina. Chodí k osamělým, nebo při nárazových akcích. Spolupracují se školami a školkami.

Opatrovnictví obdobné, jako u nás, ale moc to nevyužívají, snaží se co nejdéle zachovat klientovu autonomii. Dochází ke zneužívání ve finančních záležitostech, ale neřeší to. Někdy rodina zanedbává péči, a ponechává si peníze. Ale jsou to spíš výjimky.

Soltún si servisně nechává spravovat pouze PC a lékaře. První rok měli i úklid, ale zřídili vlastní.

Terénní služby

Před zavedením prochází schvalovacím řízením, zda žadatel službu potřebuje a v jakém rozsahu. Může být pak průběžně přehodnocováno, podle aktuální situace. Neplatí pro komunitní centra. Dovoz obědů a dopravu nabízejí na neziskové bázi mimo částku 530,- ISK (obměna fakultativních úkonů)

9.13 Dobrovolnictví v Česku

V české legislativě je dobrovolnictví upraveno zákonem o dobrovolnictví č. 198/2002 Sb. a v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

Hovoříme-li o dobrovolnictví v pobytových službách, pak nejčastěji o domovech pro seniory a domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Předtím, než se vedení domova rozhodne vynaložit úsilí a energii pro získání dobrovolníků a nastartování dobrovolnických aktivit ve svém zařízení, je zpravidla konfrontováno s důvody pro a proti tomuto kroku, stejně tak i s některými předsudky, které o dobrovolnictví kolují. Mezi základní či nejrozšířenější z těchto předsudků patří špatné chápání osoby dobrovolníka jako např. levné pracovní síly, která ulehčí personálu, obava z tzv. amatérismu dobrovolníků či domnívání se, že dobrovolnictví je zcela zadarmo (ve smyslu nejen přímých, ale i nepřímých nákladů).

Dobrovolnictví vede ke zvyšování kvality poskytovaných služeb, dobrovolnictví vede k naplnění některých standardů, dobrovolnictví posiluje prestiž organizace a způsobuje efektivní reklamu, dobrovolnictví přináší organizaci zpětnou vazbu, cenné podněty, nápady apod.

Dobrovolníky lze získat několika způsoby. Je možno se obrátit na místní dobrovolnické centrum například přes Národní dobrovolnické centrum (www.hest.cz). Ne ve všech regionech se ale nachází dostupné dobrovolnické centrum. Pak přichází v úvahu druhá možnost – získat dobrovolníky vlastní činností.

Dobrovolníci v Čechách jsou převážně mladí lidé, kteří mají spoustu aktivit, a dobrovolnictví bývá jednou z nich.

Je mnoho možností kde a jak oslovit dobrovolníky:

- Střední, vyšší odborné, jazykové a vysoké školy (kde jsou studenti otevřeni novým výzvám a mají relativně čas)
- Místní církve, křesťanská sdružení (kde je pomoc bližnímu samozřejmostí)
- Zájmová sdružení a spolky (jejichž členská základna je vlastně tvořena dobrovolníky)
- „Mladí senioři“ (lidé, kteří odcházejí do důchodu s pocitem, že ještě mohou a chtějí být prospěšní)

Současná legislativa – tedy především zákon o dobrovolnické službě – upravuje pouze jeden vybraný druh dobrovolnictví, a to manažersky a soustavně vedené dobrovolnictví ve prospěch potřebných lidí nebo činností. Pro tyto účely je legislativa vyhovující, pouze je nyní v oběhu novela upravující některé nepřesnosti. Také zákon o sociálních službách bere v potaz dobrovolníky, a to ve dvou režimech: buď v akreditovaném programu podle zákona o dobrovolnické službě, nebo podle personálního standardu kvality č. 9d), kde se praví: „Poskytovatel, pro kterého vykonávají činnost fyzické osoby, které nejsou s poskytovatelem v pracovně právním vztahu, má písemně zpracována vnitřní pravidla pro působení těchto osob při poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.“

V praxi potom mezi oběma formami dobrovolnictví v sociálních službách nemusí být patrný rozdíl. Dobrovolníci se dobře uplatní zejména v sociálně aktivizačních službách terénních, ale i jako součást řady pobytových služeb, v sociálním poradenství, v nízkoprahových klubech i jinde.

I ve zdravotnictví jsou již stanovena od roku 2009 pravidla pro působení dobrovolníků ve zdravotnických zařízeních. V současné době v rámci běžícího projektu „Klíče pro život“ se připravují podobné systémové úpravy v oblasti zájmového a neformálního vzdělávání dětí a mládeže. Dobrovolníci nemohou nahradit profesionální úkony pečovatelek, sociálních pracovníků, rehabilitačních specialistů a dalších odborníků. Mohou ale vykonávat řadu běžných laických či občanských činností, kterých se právě uživatelům sociálních služeb, pacientům ve zdravotnických zařízeních i dětem v dětských domovech výrazně nedostává. Tím mohou docela výrazně ulehčit práci profesionálům. Jinak řečeno: půlhodinka rozhovoru nebo čtení knížky dobrovolníkem či pohazení a nabídnutí sušenky jeho psovi se odrazí na pohodě člověka upoutaného na lůžko tak, že u něj prokazatelně klesá spotřeba léků na spaní i množství nočního zvonění na službu konajícího pracovníka. (PhDr. Jiří Tošner, časopis Sociální služby 6 - 7, 2010).

V roce 2001 v rámci Mezinárodního roku dobrovolníků vznikla myšlenka na ocenění práce dobrovolníků. Od roku 2002 je tak nejaktivnějším dobrovolníkům udělována cena Křesadlo.

Cena Křesadlo vznikla bezmála před 10 lety jako reakce na potřebu oceňovat lidi, kteří se nezištně zapojují do práce prospěšné pro ostatní. Je každoročně udělována v mnoha městech České republiky. Název ceny nebyl vybrán náhodou – křesadlo je symbolem vykřesané jiskřičky lidství a smyslem jeho udělování je nejen ocenit dobrovolníky, ale zároveň šířit myšlenku dobrovolnictví do hlubšího povědomí veřejnosti. Myšlenka udělování ceny Křesadlo je duševním vlastnictvím Národního dobrovolnického centra Hestia, o. s.

První Křesadlo byla udělena v prosinci roku 2001 v rámci Mezinárodního roku dobrovolníků (tento rok vyhlásila OSN) v Praze. Od roku 2003 se cena Křesadlo vyrábí podle starých vzorů (křesadlo používali už staří Slované a Keltové) coby opravdový a funkční předmět a je autorským originálem z dílny Jaroslava Zívála, kováře z hradu Křivoklát. Je to vykováný kus železa stočený konci k sobě, kterým se křeše o pazourek. Udělování ceny Křesadlo se během let rozšířilo z Prahy i do mnoha dalších měst v celé České republice (například Ústí nad Labem, Kroměříž, Karlovy Vary a další). Cena Křesadlo je udělována vždy v první polovině roku (zpravidla v rozmezí leden – duben), a to za rok předchozí (to znamená, že letos byla udělena cena za rok 2009).

Každý ročník začíná nominací dobrovolníků, a to buď organizací, ve které dobrovolník svoji činnost vykonává, nebo kteroukoli osobou. Podmínkou je, že nominovaný musí s nominací souhlasit. Všechny nominované pak vyhodnocuje pětičlenná komise složená ze zástupců neziskových organizací (kteří nenominovali dobrovolníky v tom daném roce), veřejné správy a veřejnosti.

10 ZÁVĚRY STUDIE

Mezi závěry studie jsou uvedeny možnosti a doporučení přenosu příkladů dobré praxe z Islandu do České republiky a naopak, podklady pro nové legislativní a organizační úpravy a modely nabídky sociálních služeb.

10.1 Možnosti a doporučení přenosu příkladů dobré praxe z Islandu do ČR

Na základě uskutečněných návštěv a výměny poznatků je možné identifikovat možnosti a uvést doporučení příkladů dobré praxe z oblasti sociální péče o seniory z Islandu do České republiky.

Čeští poskytovatelé sociálních služeb a provozovatelé zařízení pobytových sociálních služeb pro seniory se mohou inspirovat praxí domova **Soltún**, který od svého založení nastavil nový standard v oblasti pobytových zařízení a poskytování péče na Islandu. Domov je vybaven nejnovější technologií a moderním vybavením, včetně nejmodernějších lůžek, a novým nejúčinnější softwarem pro monitorování systému, ve prospěch zaměstnanců i uživatelů.

Domov Soltún je první svého druhu na Islandu, který nabízí pouze **jednolůžkové pokoje**. Každý obyvatel má k dispozici obytnou místnost o velikosti 30 čtverečních metrů s vlastním sociálním zařízením.

Základní ideologií Soltúnu je vykonávat péči o klienty s **maximálním respektem k jejich nezávislosti**. Klienti zde žijí v domácím prostředí, mají své soukromí a zároveň mají zajištěnu 24 hodinovou péči a bezpečí. Denní program je vytvářen s klienty, za účasti jejich příbuzných, podle individuálních schopností, požadavků a přání.

Cílem zařízení je poskytování ošetřovatelských a dalších služeb profesionálním a zodpovědným způsobem. Cílem zařízení je poskytování ošetřovatelských a dalších služeb profesionálním a zodpovědným způsobem. Jsou tvořeny komplexní a ošetřovatelské plány jednotlivých klientů, které se pravidelně přehodnocují, za účelem udržení a zvýšení co největší soběstačnosti. Velký důraz je kladen na jejich sebeurčení a sebeúctu, a to i přes zhoršující se zdravotní stav a schopnosti. Péče je založena na nejlepších dostupných ošetřovatelské znalostech, získaných zkušenostech a rámcově stanovených vnitřních a vnějších předpisech.

Inspiraci je možné hledat rovněž v **členění domova**, které je velmi praktické a přináší klientům i zaměstnancům maximální komfort. S cílem splnit individuální potřeby seniorů, kteří potřebují dlouhodobou péči a lékařské služby, jsou ošetřovatelská zařízení rozdělena do jedenácti skupin (domácností), vždy pro skupinu 8 klientů žijících v jednolůžkových apartmánech. V jedné z domácností jsou 4 byty pro manželské páry, které mají k dispozici dva samostatné, ale propojené apartmány. Do jednotlivých domácností jsou soustřeďováni jedinci s podobnými požadavky na péči. Tento systém bývá nazýván pojmem unit – care.

Domov Soltún má snahu, aby jejich klienti dožili v klidném prostředí domova, nikoli v nemocnici a proto **poskytují i hospicovou péči**. Mají zpracovaný manuál pro tento druh péče a zintenzivňuje se komunikace s rodinou. Spolupracují s místní diakonií. Nabízejí ubytování příbuzným i pomoc při vyřizování formalit. Nabízejí možnost podpory, pokud si umírajícího vezme rodina domů, může se i na konečnou fázi, vrátit. Rodinní příslušníci mají v zařízení možnost krátkodobého ubytování. Tato služba je určena zejména pro návštěvy např. z venkova nebo ze zahraničí a také pro ty, kteří chtějí být u svého blízkého v terminálním stádiu života. 95 % klientů umírá v Soltunu.

Zajímavý je **přístup k zaměstnávání nových pracovníků** vzhledem k jejich zkušenostem. Pro výkon práce v sociálních službách není v legislativě pevně definována kvalifikace. Nový pracovník nastupuje na pozice, které nejsou přímou péčí o klienty, např. uklízečka, vrátný, pomocný personál do kuchyně. V případě, že má pracovník zájem o práci v přímé péči, provede se hodnocení jeho předpokladů pro výkon této práce. Následně pracuje pod odborným dohledem zdravotní sestry, která hodnotí a rozhoduje, zda pracovník i do budoucna zvládne tuto práci či ne. Podmínkou pro výkon práce v sociálních službách je znalost islandštiny. Při výběru zaměstnanců dostává vždy přednost osoba s vyšším vzděláním.

Díky **sofistikovanému systému rozdělování medikamentů** může podávat léky i personál bez zdravotního vzdělání a oprávnění. Lékárna nachystá pytlíčky s léky přesně podle předpisu lékaře, dávkování je chystáno podle potřeby, zpravidla na jeden týden. Na každé dávce je uvedeno jméno klienta, datum a hodina podání a obsah balíčku. Tento systém je šetrný nejen v oblasti personální, ale i v oblasti spotřeby léků, neboť lékárna může využívat velkokapacitní balení léků a nejsou vyhazovány nevyužívané dávky léků, pokud je změněna medikace.

Každý **žadatel o sociální službu je posuzován** komisí, která zjišťuje potřebnost sociální služby. Osoba, která žádá o umístění do domova pro seniory a doposud nevyužívala terénní sociální služby ve své domácnosti, je automaticky vyřazena. Jedinou výjimkou je případ, kdy je žádost podána během hospitalizace při náhlém zhoršení zdravotního stavu.

Dále se nabízí možnost inspirovat se změnami v systému sociálních služeb pro seniory realizovanými na Islandu v letech 2005 – 2007:

- **Preventivní návštěvy občanů v Reykjavíku ve věku 80+**

Ke konci roku 2006 byl zahájen experimentální projekt, kdy byly provedeny preventivní návštěvy obyvatel ve věku 80 a více v jedné z městských částí. Projekt byl úspěšný a bylo rozhodnuto rozšířit jej i v roce 2007 a navštívit obyvatele ve více okresech. Návštěvy vykonávají sociální pracovníci u občanů ve věku 80 a více, kteří nevyužívají sociální služby či ošetřování v domácnosti. Tyto návštěvy jsou míněny jako **preventivní opatření** pro seniory. Důraz je kladen na **poskytování rad a informací o dostupných službách** a na **vznik spojení mezi seniory a odborníky v péči o seniory**. Cílem těchto návštěv je zvýšení pocitu bezpečí a informovanosti občanů. Získané informace slouží i poskytovatelům při plánování nabídky služeb. Mnoho navštívených seniorů projevilo zájem o využívání denních center a na jeho základě vznikla úprava zaměření center.

- **Terénní služby ve večerních hodinách a o víkendech**

U sociálních služeb v domácnosti poskytovaných ve večerních hodinách a o víkendech došlo k největšímu nárůstu – nejčastěji využívané jako zdravotní (ošetřovatelská péče).

- **Podpora Hotline (telekontaktní péče)**

Šestiměsíční experimentální projekt byl realizován ve spolupráci s bezpečnostní firmou Öryggismiðstöð Islands, kdy byla provozována linka jako zdroj sociální podpory pro seniory. Linka je provozována mimo běžnou pracovní dobu, ve večerních a nočních hodinách a o víkendech.



- **Poradenství v oblasti prevence úrazů v domácnosti i na veřejnosti**

Středisko sociální péče zahájilo jednání s Sjóvá Forvarnahús ve snaze snížit počet úrazů u starších osob, a to zejména v domácnostech a na veřejnosti. Dohoda navrhuje, mimo jiné, že všem obyvatelům okresů Laugardalur a Háaleiti ve věku 70 - 75, bude nabízeno poradenství v oblasti prevence úrazů doma i v dopravě. Kromě toho zaměstnanci Sjóvá Forvarnahús zhodnotí riziková místa ve městě (budovy, které senioři využívají) s přihlédnutím k riziku dopravní nehody.

- **Úhrada za sociální služby podle majetkových poměrů**

Při nástupu občana do pobytového zařízení se zastavuje výplata starobního důchodu a celý důchod přechází do zvláštního státního fondu, z něhož stát platí pobytové služby. Klientovi zůstává kapesné ve výši 15 -16000 Islandských korun. V případě, že má další příjmy zůstává klientovi kapesné až do výše 60 tisíc IK. Platba z ostatních příjmů je maximálně do výše 280 tis.IK.

Finanční úřad sděluje zda má další příjmy a majetek, předává tyto informace poskytovateli a ten zajistí výběr úhrady od klienta.

- **Skupiny sociálních služeb pro seniory (Skupina komunitního plánování):**

Ve skupinách jednotlivých okrsků jsou zastoupeni zástupci města, poboček Červeného kříže, Sdružení seniorů, zdravotních zařízení a církve. Výstupy z těchto skupin byly hodnoceny hlavní skupinou, jejímž úkolem bylo zmapovat služby, které jsou k dispozici v jednotlivých okrscích a která hodnotí, jak veřejné subjekty, obyvatelé a nevládní organizace mohou pracovat společně, aby se posílila sociální síť.

- **Integrace pečovatelské a ošetřovatelské služby:**

Zdravotní a sociální péče není na Islandu oddělena, ale je zajišťována kontinuálně. Pokud klient potřebuje zároveň sociální i zdravotní péči (cca 20 % klientů), jezdí k němu společně zdravotní sestra i pečovatelka, je-li potřeba náročnější úkon (např. větší úklid) přijíždí pečovatelka zvlášť. Každý městský okrsek má svou pobočku Střediska sociálních služeb, aby služby byly klientovi co nejbliže.

- **Pomoc s úpravami v domě:**

Zajištění bytového servisu – opravy, úpravy.

- **Pracovní centrum pro seniory:**

Byly zahájeny přípravy na založení centra pro zaměstnávání seniorů. Úkolem centra bude nabízet částečné úvazky, dočasné práce a jiné úkoly hodící se pro seniory, se záměrem využít jejich velké zkušenosti, moudrost a znalosti. Projekt byl zahájen na začátku října 2007.

10.2 Možnosti a doporučení přenosu příkladů dobré praxe z ČR do Islandu

I v českém systému poskytování sociálních služeb seniorům nalezneme mnohá pozitiva, kterými se mohou inspirovat naši zahraniční partneři. V rámci integrované péče se



setkáváme stále více s komunitním přístupem či komunitním plánováním, v němž jsou brány v potaz individuální potřeby jedince a je poskytováno široké spektrum služeb a zohledňovány všechny dostupné zdroje.

Komunitní přístup upřednostňuje rovný přístup k poskytování služeb příjemcům, respekt k lidské nezávislosti a právu člověka podstupovat rizika, ohled na lidské soukromí, porozumění pro lidskou potřebu důstojnosti a individuality, možnost individuální volby služeb a jejich poskytování v rámci dostupných zdrojů, poskytování služeb způsobem, který pomáhá lidem dosáhnout jejich vlastní cíle v každodenním životě. Tímto způsobem je pak možno dosáhnout všeobecně přijímaných standardů žít co nejdéle v přirozeném prostředí, deinstitucionalizace péče, integrace jedince do společnosti a zachování autonomie.

Současné trendy v poskytování služeb péče o staré občany:

- komunitní péče
- péče v domácím prostředí
- posuzování potřeb
- individuální poskytování
- služba integrovaná jako služba kvalitní a dostupná, individuální, komplexní a koordinovaná
- liberalizace služeb
- lokální odpovědnost
- integrace zdravotně sociálních služeb
- zajištění dostupné sítě služeb
- garance kvality
- jedinec jako priorita v procesu poskytování péče

V České republice je v oblasti sociálních služeb jiný přístup ke vzdělávání pracovníků sociálních služeb. S novým zákonem přišla i **povinnost celoživotního vzdělávání**, které stanoveno ve výši nejméně 24 hodin za kalendářní rok. Pokud zaměstnanec vykonává činnost na zkrácený pracovní úvazek, povinnost dalšího vzdělávání se nekrátí. Je-li zaměstnanec zařazen jako sociální pracovník a současně jako pracovník v sociálních službách, musí splnit další vzdělávání pro každou pozici zvlášť, tedy 2 x 24 hodin.

Formy dalšího vzdělávání jsou:

- a) specializační vzdělávání zajišťované VŠ a VOŠ navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu sociální práce
- b) účast v akreditovaných kurzech (akreditace MPSV)
- c) odborné stáže u registrovaných poskytovatelů sociálních služeb
- d) účast na školících akcích.

Základem systému celoživotního vzdělávání v organizaci je určení individuálních vzdělávacích potřeb zaměstnanců, které jsou rozdílné nejen na jednotlivých funkčních úrovních, ale liší se zejména v dovednosti jednotlivců definovat svoje vzdělávací potřeby.

Konkrétním příkladem dobré praxe se můžou islandští partneři inspirovat v **Domově pro zrakově postižené Palata**. Kupodivu nejoblíbenější terapií je v domově s průměrným věkem přes osmdesát terapie taneční. Terapeut umí totiž při ní podnítit k účasti skoro každého – i obyvatele se slabší fyzickou kondicí a pohybově hendikepované, kteří by jinak na tanec ani nepomysleli. Taneční parket nezůstává prázdný ani při pravidelných „kavárnách“ – příjemných společenských posezeních s hudbou, s barovým



pultem i roznáškou zákusků a nápojů, pro zdravotně indisponované a ležící až na pokoj k lůžku. Rovněž posuzování náročnosti péče o klienta ve vztahu k příspěvku na péči systémem **měření časových nákladů a nákladové analýzy každého pracovního úkolu** jsou zajímavým nástrojem.

Rovněž tábořské **G-centrum** nabízí kromě základních služeb, které jsou dané zákonem, široké spektrum aktivizačních a zájmových činností, od zájmových aktivit (poslech hudby, společné zpívání, hraní společenských her, promítání filmů, čtení ve skupině i individuální čtení na pokojích atd.), přes pohybovou aktivizaci (vycházky, sportovní odpoledne, ruské kuželky), kulturní a zábavné programy (vystoupení žáků MŠ, ZŠ, oslavy narozenin, Masopust, Velikonoce, Vánoce, návštěvy divadel, ...) až po vzdělávací programy (přednášky, výuka práce na PC,...).

S velkým zájmem se u klientů setkává aktivita Senioři na cestách, která odstartovala v září 2006. Klienti šlapou na rotopedech a počty ujetých kilometrů se počítají. Vždy, když dojedou do stanoveného cíle, je přichystaná beseda o cílovém městě, často spojená s ochutnávkou krajových specialit. V atriu je vyvěšena mapa, kde lze sledovat, kam se již docestovalo. Do října 2010 ušlapalo cca 13 klientů již přes 3.500 km. Letošní trasa míří na jih, 2. června dojeli účastníci do Sarajeva.

Zákon o sociálních službách v České republice se jeví jako více věcný než islandský, který je obecné povahy a nepomáhá pracovníkům zapojeným do služby seniorům k tomu, aby byli dobře informováni, jak se vypořádat s různými záležitostmi. Legislativa také neposkytuje praktické poučení seniorům či jejich příbuzným ohledně jejich práv, jestliže mají pocit, že jsou porušována, např. pokud jde o rozhodnutí ohledně pobytu nebo nezávislosti v zařízeních sociální péče. V Čechách rezidenti dostávají svou penzi, ale platí za ubytování a se svým pobytem spojené záležitosti Islandským seniorům je s nástupem do domova pro seniory penze odebrána.

Měření časových nákladů a nákladové analýzy každého pracovního úkolu jsou zajímavým nástrojem, stejně jako projekt Značka kvality v sociálních službách.

Priority českého systému sociálních služeb, kterými se mohou na Islandu inspirovat:

- vytvoření a zavedení standardů kvality služeb pro seniory
- zvýšit četnost a kvalitu kontroly poskytovaných služeb
- zavedení příspěvků na péči, aby si senioři mohli zachovat svou finanční nezávislost a přímo se podílet na úhradě péče o vlastní osobu
- zajištění kvalitního a motivovaného personálu v sociálních službách

10.3 Podklady pro nové legislativní a organizační úpravy

Na Islandu je přísnější a přesnější systém přidělování pobytu v určitých zařízeních, který eliminuje zbytečné umisťování klientů tam, kam nepatří a blokování míst těm, kteří je více potřebují. O přijetí do systému rozhoduje odborná komise kraje, která je jmenována ministerstvem sociálních věcí. Před rozhodnutím je žadatel testován. Žadatel prokazuje poskytování péče rodinou a dále využívání ambulantních nebo terénních služeb.

Péče je poskytována individuálně na základě odborného posouzení. Od roku 1996 používají americký systém hodnocení RAI. Systém je velmi sofistikovaný a posuzuje **400 hodnot**.

Min. **3x ročně**, případně častěji pokud se mění zásadně zdravotní stav, se provádí **aktualizace** posouzení celkového stavu klienta.



Do systému vstupují samostatně zdravotní sestra, praktický lékař, aktivizační pracovník a terapeut. Každý z těchto pracovníků hodnotí oblast podle svého profesního zaměření.

Hodnotí se 6 oblastí: BMI, kognitivní funkce, deprese, míra bolesti, míra mobility krátkodobá a dlouhodobá. Z těchto údajů se vypočítává celkový stav klienta a upravuje se poskytování služby.

Běžnou praxí islandských domovů pro seniory jsou **výměnné stáže zaměstnanců** mezi zařízeními, které napomáhají zefektivnění managementu těchto zařízení.

Islandské **platy v sociálních službách nejsou podhodnoceny**, jako je tomu u nás. Spokojenost pracovníků v sociálních službách se viditelně projevuje v péči o klienty a nedochází v takové míře jako u nás k projevům ageismu.

Na Islandu je **vysoká míra zaměstnanosti seniorů**. Na starobní důchod mají nárok osoby 67 let a starší, které měly bydliště na Islandu po dobu nejméně tří kalendářních let, ve věku mezi 16 a 67 let. Výplatu důchodu lze odložit až do 72 let a získat tak vyšší částku.

Všichni příjemci mzdy jsou povinni účastnit se na pojištění během svého aktivního pracovního života do penzijních fondů.

Obecným principem islandského systému zdravotní péče je, že každý, kdo žije na Islandu, je pojištěn na základě zákona o sociálním zabezpečení a má stejné právo na zdravotní péči, bez ohledu na finanční situaci, věk nebo postavení.

V posledních letech byl kladen větší **důraz na podporu ochrany zdraví**, vytváření povědomí o zdravém životním stylu a náhledu na různé aspekty zdraví, na podporu zdravého stárnutí, na rozvoj integrovaného holistického přístupu a vytvoření udržitelného partnerství v oblasti zdraví v pozdějším věku.

Priority islandského systému poskytování sociálních služeb, jimiž se můžeme inspirovat:

- senioři budou dostávat odpovídající a individuálně orientovanou podporu prostřednictvím služeb, aby mohli zůstat ve vlastním domově tak dlouho, jak to možné
- senioři a jejich příbuzní budou mít snadný přístup k informacím o právech a nabídce služeb
- systém sociálního zabezpečení bude zjednodušen a práva seniorů budou přesněji definována
- právo seniorů, na život ve vlastních domech, stejně jako právo respektování jejich autonomie
- senioři budou mít možnost výběru formy bydlení
- navýšení počtu denních stacionářů a pobytových odlehčovacích služeb pro krátkodobý pobyt
- budou adaptovány nové priority pro výstavbu domovů pro seniory a zlepšení bydlení pro seniory
- zvýšit počet ošetrovatelských zařízení podle skutečné potřeby
- zrušit většinu dvou a vícelůžkových pokojů v domovech pro seniory



- celková odpovědnost za služby pro seniory bude převedena na obce nejpozději v průběhu roku 2012

10.4 Modely nabídky sociálních služeb

Island

1. Zaměření na vybudování vhodného bydlení pro seniory
 - Úpravou stávajících bytů
 - Výstavbou seniorského rezidenčního bydlení
 - Výstavbou domovů pro seniory
 - Jednolůžkové pokoje
 - Systém unit – care (soužití v komunitě)
 - Do domovů jsou přijímáni jen ti, kteří to skutečně potřebují – zájemce posuzuje komise, musí být dokladováno, že již nestačí péče za pomoci terénních služeb
 - Platba klienta se odvíjí od výše jeho příjmů
 - Posuzování klientů pomocí systému hodnocení RAI
 - Sociální a zdravotní složka péče není legislativně ani finančně oddělována
 - Spolupráce s lékárnou při chystání léků
2. Podpora péče v domácnosti klienta
 - Nabídka provázaných sociálních, zdravotních a komerčních služeb
 - Denní centra – denní stacionáře, aktivizace seniorů
 - Servis bydlení – ostraha, péče domácnost, údržba bytového fondu
 - Centra služeb – stravování, sport, rekreace
 - Depistáž u klientů starších 80 let

Česká republika

1. Legislativa zaměřená na sociální služby
 - Příspěvek na péči – svobodné rozhodování, jakým způsobem s financemi naloží
2. Měření a kontrola kvality sociálních služeb
 - Standardy kvality v sociálních službách
 - Značka kvality
 - E-qualin

10.5 Závěrečné shrnutí

Na zpracování komparační studie se podíleli čeští i islandští experti. Studie byla zpracována na základě studijních cest českých a islandských odborníků na sociální služby, které se uskutečnily v červnu a září roku 2010. Na základě odborných stáží došlo k předání všeobecných i specifických informací o praktickém fungování systému sociální péče o



seniory v obou zemích, přičemž zvláštní pozornost byla věnována rolím státu, regionálních a místních orgánů samosprávy i soukromého sektoru a strategiím dalšího rozvoje péče o seniory. Součástí studijních cest byly také návštěvy zařízení poskytujících pobytovou, ambulantní či terénní péči.

Cílem komparační studie bylo porovnat současnost a budoucnost, kvalitu a dostupnost, financování a disproporce sociálních služeb péče o seniory. Studie obsahuje nejdůležitější a nejpodstatnější výňatky z obou národních systémů (islandského a českého), jejich disparit, rizik a společných prvků jako nezbytný předpoklad k navázání efektivních kontaktů a spolupráci mezi jednotlivými subjekty v obou zemích.

Mezi závěry studie jsou uvedeny možnosti a doporučení přenosu příkladů dobré praxe z Islandu do České republiky a naopak, podklady pro nové legislativní a organizační úpravy a modely nabídky sociálních služeb.

Studie bude zdarma distribuována poskytovatelům sociálních služeb ve spádových oblastech, dále zadavatelům sociálních služeb (veřejná správa) a zainteresovaným subjektům (vysoké školy, státní správa, apod.).



11 ZDROJE INFORMACÍ A LITERATURY

Burešová, A., Řezáčová, L., Stehlíková, Z. (2009): Sociálně zdravotní péče o seniory. Závěrečná zpráva ke kurzu Problémy české společnosti a veřejná politika. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd.

Sociální služby a příspěvek na péči (Informativní podklad). Ministerská konference o sociálních službách. Sociální služby – Nástroj mobilizace pracovních sil a posilování sociální soudržnosti. Praha, 22.-23. dubna 2009

Balážová, Jarmila. 2008. Služby pro zdravotně postižené v Evropě. [online]. [cit. 4. 1. 2009]. Dostupné z: < http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/_zprava/527300>.

Bartoňová, Jitka. 2005. „Modely rodinné péče o starého člověka“. Pp. 28-41 in Hynek

Jeřábek et al. Rodinná péče o staré lidi. Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie.

Barvíková, Jana. 2005. „Rodinná péče a profesionální péče.“ Pp. 58-70 in Hynek Jeřábek et al. Rodinná péče o staré lidi. Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie.

Český statistický úřad. 2007a. „Evidenční počet neuspokojených žadatelů o sociální služby v roce 2007 v ČR.“ [online]. [cit. 3.1.2009]. Dostupné z: <[http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/t/B80038E239/\\$File/32010901.pdf](http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/t/B80038E239/$File/32010901.pdf)>.

Český statistický úřad. 2007b. „Kapacita a ekonomické ukazatele v zařízeních sociálních služeb v roce 2007.“ [online]. [cit. 3. 1. 2009]. Dostupné z: <[http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/t/B7003B75CA/\\$File/32010201.pdf](http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/t/B7003B75CA/$File/32010201.pdf)>.

Ericsson, E. H. 1999. Životní cyklus rozšířený a dokončený. Praha: Lidové noviny

Giddens, A. 1999. Sociologie. Praha: Argo

Habart, Pavel. 2007. Týrání a zanedbávání seniorů v zařízeních ústavní péče v České republice. [online]. [cit. 2. 1. 2009]. Dostupné z:

<<http://www.cspv.cz/dokumenty/kongres2006/HP%2013/Pavel%20Habart.pdf>>

Habart, Pavel. 2006. Vybrané problémy a otázky institucionální péče o seniory v České republice. Praha: Karlova univerzita, Fakulta sociálních věd.

Hajná, M. 2008 : Za dveřmi ústavních zařízení – soubor sociálních reportáží. Brno: Masarykova Univerzita.

Horehled, Petr. 2008. Analýza komplexní péče o seniory. Brno: Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta.

Hutař, Jan, Václav Krása. 2006. Co přináší zákon o sociálních službách pro uživatele, poskytovatele, orgány státní správy a samosprávy. [online]. Praha: Národní rada zdravotně postižených ČR. [cit. 2. 1. 2009]. Dostupné z: <<http://www.nrzp.cz/userfiles/file/soc-zak-brozura.pdf>>.

Jandourek, J. 2007. Sociologický slovník. Praha: Portál.

Jeřábek, Hynek. 2005a. „Péče o staré lidi v rodině (výchozí, klasifikace, kritické momenty.“ Pp. 9-19 in Hynek Jeřábek et al. Rodinná péče o staré lidi. Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie.



Jeřábek, Hynek. 2005b. „Úvodem k mezním sociální soudržnosti.“ Pp. 7-8 in Hynek Jeřábek et al. Rodinná péče o staré lidi. Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie.

Karlova Univerzita Praha, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie. 2008a. „Sociální a kulturní soudržnost v diferencované společnosti. Hlavní výsledky analytických a empirických prací.“ Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie.

Karlova Univerzita Praha, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie. 2008b. „Sociální a kulturní soudržnost v diferencované společnosti. Zadání, teoretická východiska, širší souvislosti.“ Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie.

Kunstová, Helena, Jarmila Stojanová. 2007. „Práva seniorů.“ Český helsinský výbor. [online]. [citováno 3. 1. 2009]. Dostupné z:

<<http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2008030407>>

Liberecký kraj. 2004. O seniory by se měly starat obce. číslo 10. [online]. [cit. 28. 12. 2008]. Dostupné z: <<http://www.mesicniklibereckykraj.cz/view.php?cisloclanku=2004100424>>.

Liberecký kraj. 2005. Jak pečují o seniory? To ukáže průzkum. číslo 6. [online]. [cit. 28.12.2008].

Dostupné z: <<http://www.mesicniklibereckykraj.cz/view.php?cisloclanku=2005060628>>

Lišková, Irena. 2007. Transformace sociálních služeb pro seniory a její inspirace z Evropské unie. Praha: Karlova univerzita, Fakulta sociálních věd.

Matoušek, O. 1999 : Ústavní péče. Praha: SLON.

Ministerstvo zdravotnictví. 2002. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky - Zdraví 21. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví. [cit. 2.1.2009]. Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/Verejne/Pages/19-zdravi-pro-vsechny-v-21-stoleti.html>>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2003. Bílá kniha v sociálních službách. [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit. 2. 1. 2009]. Dostupné z: <http://www.cekas.cz/php/pdf/Bila_kniha_unor_2003.pdf>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2005. „Základní informace o komunitním plánování sociálních služeb.“ [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit. 2.1.2009]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/858>>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2006. „Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století.“ [online]. [cit. 27. 12. 2008]. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/2871>>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2008. „Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012.“ [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit. 3.1.2009]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/stamuti_cs_web.pdf>.

Možný, Ivo. 2006. Rodina a společnost. Praha : Sociologické nakladatelství.

Remr, Jiří. 2005. „Institucionální péče o seniory.“ Pp. 71-77 in Hynek Jeřábek et al. Rodinná péče o staré lidi. Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie.

Sýkorová, Dana. 2007. Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie. Praha: Sociologické nakladatelství.



Týden. 2008. Odložení senioři pouštějí zdravotnictví žilou. [online]. [cit. 2. 1. 2009].

Dostupné z: <http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/odlozeni-seniori-pousteji-zdravotnictvizilou_67141.html>.

zákon 108/2006 Sb. O sociálních službách

Zdroj obrázku z titulní strany:

Dostupné na: www.bartyhouse.co.uk. 21.10.2010

