

Péče o seniory žijící v domácím prostředí a funkce sociálních služeb

Tereza Chytilová

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Tereza CHYTILOVÁ
Osobní číslo: H118662
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Péče o seniory žijící v domácím prostředí a funkce sociálních služeb

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na vymezení pojmu péče o seniory v domácím prostředí,
- na popis zátěže rodiny a funkce sociálních služeb,
- na vzájemné možnosti podpory rodiny a institucí při péči o seniory.

Součástí práce bude kvalitativní výzkum formou rozhovorů se seniory využívajícími sociálních služeb v domácím prostředí.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

Zákon č.108/2006 Sb., O sociálních službách v platném znění.

HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. 2. přeprac. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010.

MATOUŠEK, O. Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005.

MATOUŠEK, O. a kol. Sociální služby. 1. vyd. Praha: Portál, 2007.

PACOVSKÝ, V. O stárnutí a stáří. 1. Vydání. Praha: Zdravotnické nakladatelství, 1990.

PICHAUD, C.THAREAUOVÁ, I. Soužití se staršími lidmi. 1. Vydání. Praha: Portál, 1998.

VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie dospělost a stáří. Praha: Karolinum, 2007.

Další literatura bude obsažena v Projektu diplomové práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce:

Ing. Zuzana Němcová, Ph.D.

Skupina managementu a ekonomiky

Datum zadání bakalářské práce:

11. listopadu 2013


Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2014

V Brně dne 11. listopadu 2013


doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použítou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

TEREZA CHYTILOVÁ

Jméno, příjmení studenta

V Brně

14.2.2014

Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být už nejméně pět pracovních dní před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídnou k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tématem této bakalářské práce je péče o seniory v domácím prostředí a funkce sociálních služeb. Práce se dělí na dvě části. Teoretická část definuje základní koncepty a věnuje se také historii domácí péče a popisu stávajících sociálních služeb. Praktická část obsahuje výzkum uskutečněný v městské části Brno-sever. Výzkum má formu polostrukturovaného rozhovoru s klienty a poskytovateli péče. Cílem práce je zjistit faktory ovlivňující rozhodnutí o čerpání sociálních služeb.

Klíčová slova:

domácí péče, senior, pečující, sociální služby,

ABSTRACT

Topic of this bachelor thesis is the home care for the elderly people and function of the social services. The thesis is divided into two parts. The theoretical part defines basic concepts and it is also devoted to the history of home care and the description of the current social services. The empirical part includes research carried out in the city district Brno-sever. It is in the form of semistructured interviews with both clients and providers of home care. The aim of this work was to describe the factors influencing the decisions of drawing social services.

Keywords:

home care, elderly person, caring person, social services

Děkuji paní Ing. Zuzaně Němcové Ph.D. za odbornou pomoc a cenné rady při vedení mé bakalářské práce.

Také chci poděkovat mému manželovi Tomášovi, který mě po celou dobu bakalářského studia podporoval.

Motto

Způsob, jakým pečujeme o své děti v době svítání jejich života, a způsob, jakým pečujeme o staré v období soumraku jejich života, je měřítkem kvality společnosti.

(Hubert Humphrey)

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 DOMÁCÍ PÉČE	10
1.1 FORMY DOMÁCÍ PÉČE	10
1.2 CÍLE DOMÁCÍ PÉČE	11
1.3 SPECIFIKA DOMÁCÍ PÉČE O SENIORA.....	11
2 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE	13
2.1 VÝVOJ DOMÁCÍ PÉČE V ČR PO ROCE 1989	13
2.2 SOUČASNÝ SYSTÉM PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE.....	14
2.3 DOMÁCÍ PÉČE V ZAHRANIČÍ	15
3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ DOMÁCÍ PÉČI	18
3.1 DOSTUPNOST DOMÁCÍ PÉČE.....	18
3.2 FINANCOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE	19
3.3 KOMPLEXNOST DOMÁCÍ PÉČE.....	19
4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	21
4.1 STRUKTURA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	24
4.2 KVALITA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	27
4.3 POSKYTOVATELÉ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB BRNO-SEVER	30
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	35
5 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	36
5.1 METODIKA VÝZKUMU A METODA POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU.....	36
5.2 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
6 VLASTNÍ VÝZKUM	39
6.1 VÝZKUMNÝ VZOREK	39
6.2 PRŮBĚH ŠETŘENÍ A ANALÝZA DAT.....	42
6.3 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	51
6.4 NÁVRHY A DOPORUČENÍ	52
ZÁVĚR	54
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	55
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	58
SEZNAM PŘÍLOH.....	59

ÚVOD

Jednou z největších výzev, kterým dnes čelí celá Evropa a s ní i Česká republika jsou demografické a s nimi spojené socioekonomické změny v populaci. Populace v Evropské unii včetně České republiky stárne. Stáří je nedílnou součástí života, je přirozenou etapou každé lidské bytosti. Období stáří a stárnutí je provázáno řadou změn, v různých oblastech života, proto je nutné přijmout opatření v řadě oblastí. Přístup ke kvalitě života seniora vyžaduje ucelený pohled na spolupráci vědních a sociálních oborů. I naše společnost se musí vypořádat s pokračujícím procesem stárnutí svého obyvatelstva. Ten sebou bude nutně přinášet rostoucí nároky na ekonomiku státu, stejně jako stupňující se nároky na jednotlivé občany.

Domácí péče je dnes vnímána jako jeden z nejméně dynamicky se rozvíjejících konceptů péče o seniory. Ve světě zažívá tento koncept boom již od 80. let minulého století. U nás se tento způsob péče začíná akcentovat teprve po roce 1989.

Cílem výzkumu je nabídnout vhled do funkce sociálních služeb poskytovaných v městské části Brno-sever při domácí péči o seniory z perspektivy příjemců i poskytovatelů a zjistit, které faktory jsou rozhodující při čerpání služeb domácí péče.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce je rozdělena do čtyř kapitol, kde jsou definovány základní koncepty, domácí péče a sociální služby. Jejím obsahem je nabídka sociálních služeb v městské části Brno-sever. Praktická část práce je zaměřena na vlastní výzkum, soustředí se na respondenty z řad klientů i poskytovatelů sociálních služeb. Výstupem z práce jsou doporučení adresovaná poskytovatelům služeb v domácí péči a jejich potenciálním klientům.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DOMÁCÍ PÉČE

Poskytování domácí péče je upraveno řadou platných právních norem, které uvádí pro koho je tato forma péče určena a za jakých podmínek může být poskytována. Platné právní normy jsou vydávány příslušnými resorty, kterých se poskytování domácí péče týká. Setkáváme se s různými definicemi pojmu domácí péče i jejího obsahu.

Domácí péče je definována Světovou zdravotnickou organizací jako jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech“. (Jarošová, 2007, s. 60)

„Domácí péče ve vyspělých zemích představuje jeden z nejrychleji se rozvíjejících sektorů ve zdravotnictví. Pokrok v oblasti medicínských oborů a ošetrovatelství umožňuje poskytovat pacientům kvalitní péči také v jeho přirozeném domácím prostředí, které společně s jinými faktory mimo jiné přispívá k psychické pohodě člověka“.

(Tošnerová in Jarošová, 2006, s. 54).

Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti. Dlouhodobá péče o seniora v domácím prostředí je jednou z nejčastějších forem domácí péče. Od roku 1990 je domácí péče součástí moderního systému zdravotní i sociální péče v České republice. (Jarošová 2007). Domácí péče je živý, stále se vyvíjející organismus. Posláním péče je zajistit primární péči ve vlastním prostředí klienta. Domácí péče je propojenou formou zdravotní (Home care) a sociální péči (Home help), včetně péče laické. Domácí péče respektuje v plném rozsahu integritu klienta s jeho vlastním prostředím i individuálním vnímáním kvality života. Řada zdravotních a sociálních problémů klienta je řešena dle platných norem odděleně. Proto se můžeme setkat s různými definicemi domácí péče.

1.1 Formy domácí péče

„Domácí péče je v České republice poskytována v pěti základních formách.

- 1. Akutní domácí péče je indikována u klientů s akutním krátkodobým onemocněním, které nevyžaduje hospitalizace nebo je alternativou hospitalizace.*
- 2. Dlouhodobá domácí péče je nejrozšířenější formou domácí péče v České republice, je určena chronickým klientům, jejichž zdravotní a duševní stav vyžaduje dlouhodobou domácí péči kvalifikovaného personálu (např.: klienti po mozkových*

příhodách, s roztroušenou sklerózou, komplikovanou cukrovkou). Jedná se komplexní domácí péči, která je poskytována v rozsahu měsíců až několika let

3. *Preventivní domácí péče je určena klientům, kteří potřebují v pravidelných intervalech preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu.*
4. *Domácí hospicová péče je obvykle poskytována klientům, u nichž lékař předpokládá ukončení jejich terminálního stavu přibližně do následujících šesti měsíců. Pracovníci domácí péče zajišťují odbornou péči, která zahrnuje management bolesti (řízení ošetrovatelské procesu) a emocionální podporu a tak mírní utrpení klienta i jeho blízkých v procesu umírání*
5. *Jednorázová domácí péče (domácí péče ad hoc) je alternativní využití domácí péče, jedná se o provedení jednorázových výkonů prováděné sestrou z ordinace praktického lékaře“.* (Jarošová, 2006, s. 62–63)

1.2 Cíle domácí péče

Domácí péče je formou zdravotní a sociální péče, která je poskytována individuálně klientům ve vlastním sociálním prostředí. V rámci domácí péče je poskytována péče léčebná, ošetrovatelská, psychoterapeutická, léčebně preventivní, rehabilitační, včetně sociální péče a pomoci. Cílem domácí péče je optimalizace zdravotního a sociálního stavu klienta. Systém domácí péče vytváří vhodné sociální prostředí pro klienta, které přispívá k jeho uzdravování, zlepšení kvality života klienta i jeho rodiny. Základní principem domácí péče je princip sub-sidiarity. Klient a rodina jsou členy týmu, který plní individuální a průběžně aktualizovaný plán péče a pomoci.

(<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/definice-a-cil-domaci-pece-143021>)

1.3 Specifika domácí péče o seniora

Stárnutí a stáří je celospolečenským i zcela individuálním tématem. Statistická data vypovídají o tom, že populace v Evropské unii, včetně ČR stárne. „*Období stáří a stárnutí je provázáno řadou regresivních změn v různých oblastech života jedince, a proto je tato životní etapa mnohdy chápána jako období nemoci, nemohoucnosti a samoty. Je nezbytné přijmout opatření v řadě oblastí a změnit tak negativní přístup společnosti ke stárnutí*

populace a starším lidem, který je často spojen se stereotypním pohledem. Přístup ke kvalitě života seniora ve stáří vyžaduje komplexní pohled a spolupráci napříč celým spektrem vědních a sociálních oborů. Je nutné usilovat o lepší pochopení potřeb seniorů“.

(Dvořáčková, 2012, s. 7)

V seniorském věku se do popředí hodnotového systému obecně dostává zdraví, vnímání společenské a osobní pohody. Je zřejmé, že pohled na kvalitu života seniorů se může měnit s věkem, zdravotním stavem, sociálním postavením a mnoho dalšími okolnostmi.

(Dvořáčková, 2012)

Proces stárnutí člověka sebou přináší určité zvláštnosti, které musí tento člověk i lidé o něj pečující, respektovat. Pro takového člověka jsou osobně pocíťovanými prioritami často jiné, byť zdánlivě nepodstatné a malicherné, věci a prožitky než pro jeho okolí. Často takový člověk lpí na rituálech a předmětech, které v sobě nesou hodnotu čistě subjektivní a mnohdy mohou být ostatními členy rodiny vnímány jako zátěž. Je však nutné dbát na individuální povahu každého klienta a nevnímat jej skrze jeho věk, ale optikou jeho specifických potřeb. Individuální přístup k osobnosti každého klienta je celistvou filosofií, která postupně prostupuje sociálními službami, včetně všech forem péče o seniory.

2 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE

Zmínky o domácí péči jako přirozeném způsobu péče o člověka existují od nejstarších dob. První formy domácí péče se objevují od počátku 12. století, kdy byly služby poskytovány řeholními řády. Masivněji se ošetrovatelství rozvíjelo v domácnostech na konci 13. století, kdy byla členkám církevních řádů zakázána služba ve špitálech. Řeholnice vykonávaly opatrovnictví v domech nemocných. Dohled nad jejich prací měl místní farář. V 15. století na našem území působily Diakonky, které provozovaly návštěvní opatrovnictví. Docházely denně k nemocným, pečovaly o potřebné, poskytovaly jim očistu nebo praly prádlo. V roce 1545 církve zakázala činnost opatrovnictví. Ve městech začaly vznikat v soukromých domech lazarety. Po několik dalších století byli nemocní ošetřováni v institucích – lazaretech, špitálech a později v nemocnicích. V devatenáctém století dochází k masivnímu rozvoji ošetrovatelství za spolupráce dobrovolných podpůrných a ochranných spolků. V roce 1919 vznikl Československý kříž, který realizoval pokusy v oblasti domácí zdravotní péče ve spolupráci s městem Prahou a Ústřední sociální pojišťovnou. V této době jsou systematicky prováděny ošetrovatelské a zdravotní služby v rodinách. (Jarošová, 2006) V meziválečném období vznikl Spolek absolventek školy ošetrovatelské, který byl přejmenován na Spolek diplomovaných sester. Spolek se stal šířitelem odborné ošetrovatelské a zdravotní osvěty. Po druhé světové válce dochází k masivnímu rozvoji ošetrovatelských škol. (Plevová, 2008) Hlavní těžiště práce civilních sester se přesouvá z obce do nemocnic a institucí. Organizace ošetrovatelské a zdravotní služby je zajištěna novým vzniklým Ústavem národního zdraví. Od roku 1952 přebírá podle zákona č. 103/1951 Sb., odpovědnost za provádění domácí péče stát. Domácí péče se stává součástí zdravotní péče, jež je poskytována ve zdravotních obvodech. Zdravotní sestry pracující v domácí péči začaly působit v rámci geriatrických ambulancí. Od poloviny sedmdesátých let se počet geriatrických sester zvyšoval, v roce 1990 dosáhl počtu 1557. Reforma zdravotnictví po roce 1989 způsobila postupný rozpad sítě geriatrických sester. (Jarošová, D. 2006)

2.1 Vývoj domácí péče v ČR po roce 1989

Po roce 1989 nastávají změny v poskytování zdravotní péče v podobě reformy struktury, řízení a financování zdravotnictví. (Jarošová, 2006). První pracoviště poskytující domácí péči bylo Středisko ošetrovatelské péče, které vzniklo v roce 1990. (Jarošová, 2007) V roce

1991 Ministerstvo zdravotnictví České republiky právně legalizovalo domácí péči jako jeden ze segmentů zdravotní činnosti definovaný jako zvláštní forma zdravotní péče a současně finančně dotovalo dvouletý experiment Domácí ošetrovatelské péče organizovaný Českou katolickou charitou. Ke konci roku 1991 bylo v České republice 26 agentur domácí péče. V následujícím roce se počet agentur domácí péče zvýšil na 68. V tomto období agentury rozšiřovaly sociální služby pro své klienty a hledaly nové možnosti finančního hrazení domácí péče vzhledem k ukončení ministerského experimentu. (Jarošová, 2006). V dalších letech jsou nové agentury zakládány převážně sestrami, nemocnicemi, Českým červeným křížem, Diakonií, řádem Maltézských rytířů, městskými úřady aj. V roce 1993 je založena Asociace domácí péče České republiky, tato asociace nepovinně sdružuje sestry, lékaře, sociální pracovníky, psychology a ostatní poskytovatele domácí péče (Jarošová, 2007). Rok 1993 je ve znamení rychlého nárůstu počtu agentur. Jedním z důvodů je vyšší informovanost lidí o poskytování domácí péče díky médiím, konferencím apod. Dalším důvodem tohoto nárůstu je vznik zdravotních pojišťoven se zavedením povinného zdravotního pojištění v ČR, kdy VZP vytvořila interní metodický plán pro poskytování domácí péče (Jarošová, 2006). V roce 1996 vznikl Projekt k svépomoci ve spolupráci se samosprávou konkrétní obce, který připravoval lidi s trvalým poškozením na novou životní situaci. V roce 2000 působilo v České republice 472 registrovaných agentur, v roce 2001 se zvýšil počet na 477 a v roce 2005 to bylo 494 pracovišť domácí péče. (Jarošová, 2007)

2.2 Současný systém péče v České republice

Základem zdravotní péče o seniory je primární péče, kterou poskytuje praktický lékař pro dospělé. Praktický lékař uplatňuje primární, sekundární i terciární prevenci. V péči o seniory spolupracuje jak s rodinou, tak s ostatními složkami primární péče, např. s domácí ošetrovatelskou péčí, pečovatelskou službou a jinými neziskovými organizacemi. Domácí ošetrovatelskou péčí se poskytuje na doporučení praktického lékaře. Tato péče je hrazena z prostředků zdravotního pojištění. Péči zajišťují státní instituce, agentury domácí péče i charitativní organizace. K typickým úkolům domácí péče patří například aplikace inzulínu, odběry krve a půjčování kompenzačních pomůcek, včetně polohovacích lůžek. Zdravotní péči a sociální péči není možné od sebe oddělovat. V praxi jsou zdravotní problémy doprovázeny sociálními a naopak. Prostřednictvím sociálních služeb je

zajišťována pomoc při prosazování práv a zájmů. Poskytovatelé sociálních služeb pomáhají příjemcům se základními činnostmi, např. zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, pomoc při zajištění stravy. Cílem služeb je podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele. Pomoc vychází z individuálně určených potřeb uživatelů. (Dvořáčková, 2012)

2.3 Domácí péče v zahraničí

Dosavadním metodickým vrcholem představ o podpoře znevýhodněných lidí vyžadujících ucelenou péči je mezinárodní koncept integrované zdravotně sociální dlouhodobé péče z počátku 21. století. Jedná se o politicko – odborný koncept, který se nejprve rozvíjel v Evropském centru pro sociální politiku a výzkum ve Vídni, později především v rámci Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj v Paříži. Jednalo se o spojené úsilí integrovat různorodé služby pro lidi dlouhodobě závislé na pomoci jiných při zvládnání každodenních aktivit. Dlouhodobá péče dle OECD je souhrn služeb, které potřebují lidé s omezenou funkční kapacitou, duševní i tělesnou. Sociální složku těchto služeb využívají lidé, jež jsou závislí na pomoci při základních aktivitách denního života (koupání, oblékání, pomoc se stravou). Tato složka péče se často poskytuje s kombinací se základními zdravotnickými službami. Dlouhodobá péče také kombinuje nižší péči týkající se pomoci s aktivitami denního života, například pomoci s vedením domácnosti, přípravou stravy, nakupováním, doprovodem k lékaři.

Koncept domácí péče můžeme chápat jako „třetí sektor“ mezi zdravotnictvím a sociálními službami. Tento sektor je součástí komplexních mezinárodních konceptů OSN reflektujících od počátku 80. let 20. století stárnutí populace a nástup dlouhodobé společnosti. Bruselská konference, pořádaná společně Evropskou komisí a AARP (hlavní proseniorská organizace v USA usilující i mezinárodně o zlepšení života starších lidí) vytvořila společnou organizační strukturu k tomuto tématu. Organizace soustředí pozornost na 3 okruhy problémů tj. podpora nezávislosti (poskytování péče doma či v komunitě), dále je to identifikace a zajištění kvality služeb, včetně podpory rodinných pečujících, v neposlední řadě organizace soustředí pozornost na zajištění financování systému péče.

Utváření konceptu dlouhodobé domácí péče je dlouhodobý proces. K významné události patřil tzv. Vídeňský dialog, který byl aniticipací blížícího se zestárnutí populace a reflexí skandinávské organizace na vyřešení budoucích nároků na ústavní péči sociálního státu. (Kalvach a kol., 2011)

Vídeňský dialog uvedl tyto čtyři klíčové změny:

Deinstitucionalizace

přesunutí těžiště na ambulantní péči (terénní, odlehčovací služby). Ústavní péče by měla zůstat vyhrazena pro skutečně nezbytné případy. Nutností je rozvoj home care, pečovatelské služby, tísňové péče, osobní asistence, mobilních hospiců, terénní sociální práce.

Desektorializace

prolomení bariér mezi rezorty, mezi péčí ústavní a terénní, profesionální a laickou, mezi jednotlivými odbornostmi. Jednotlivé sektory by se měly doplňovat, nikoli vylučovat. Cílem je ucelený systém – bariéra mezi zdravotní a sociální péčí patří k dlouhodobým problémům České republiky.

Deprofesionalizace

začlenění péče, konzultace, supervize, edukace a podpory pečujících rodin, posílení kompetencí nelékařských odborností, posun základní péče na laické pečovatele, kteří jsou dostupnější a mzdově méně nákladní.

Demedicinalizace

nadřazení kvality a smysluplnosti života léčebným a diagnostickým postupům, zcivilnění života klientů ústavní péče. (Kalvach a kol., 2011, s. 153) V kontextu nezbytností kvantitativních i kvalitativních změn tradičních služeb se hledá koncept účelnější a účinnější než stávající postupy.

Cílem jsou především udržitelné finanční náklady, důstojná kvalita života klientů, lepší a účelnější pochopení, popis hodnocení a intervence jejich zdravotních i sociálních problémů nad rámec diagnostikování a intervenování chorob. V rámci Evropské unie a Evropské sociální charty jde především o specifické služby obecného zájmu patřící do systému sociální ochrany obyvatelstva (pojetí „sociální péče“ je v rámci Evropské unie širší než

v ČR a zahrnuje i řadu zdravotnických služeb. S ohledem na vysoké náklady, které dlouhodobá péče v celospolečenském pojetí vyžaduje, jsou prioritní i její účelnost a evaluace.

(Kalvach a kol. 2011)

3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ DOMÁCÍ PÉČI

Mezi hlavní faktory ovlivňující domácí péči v České republice patří globální stárnutí populace, vzrůstající ekonomický tlak, dostupnost domácí péče, financování domácí péče.

3.1 Dostupnost domácí péče

Největší objem služeb tvořících dlouhodobou péči dnes poskytují zdravotnická zařízení (léčebny dlouhodobě nemocných, odborné a rehabilitační ústavy), ambulantní zdravotnická zařízení (hospice, paliativní péče) a zvláštní zařízení domácí péče (agentury domácí péče).

V sociálních službách se na péči podílí:

- zdravotnický ošetrovatelský personál a pracovníci pro přímou obslužnou péči v zařízeních ambulantních (denní stacionáře, centra denních služeb) dále i ve službách pobytových (týdenní stacionáře, domovy pro seniory)
- pracovníci pro pečovatelskou činnost sociálních služeb poskytovaných v domácím prostředí (osobní asistence, pečovatelská služba, případně další zařízení).

V domácím prostředí pomoc zajišťují rovněž neformální pečovatelé (rodinní příslušníci a další blízké osoby). Ve službách sociální péče se zejména poskytuje podpora v činnostech běžného života, které vedou k udržení soběstačnosti. Patří sem například pomoc s domácími pracemi, příprava jídla, pomoc s nákupem. Čevela uvádí „*Služby pro nesoběstačné seniory nejsou v ČR poskytovány systematicky a subsidiárně, jsou roztržštěné mezi rezort zdravotnictví a sociální péče a v jejich rámci mezi různé poskytovatele. Často jsou jednoduché věci zajišťovány složitým způsobem, nákladné formy péče jsou upřednostněny před formami jednoduchými a ekonomickými v domácnosti či podporou pečujících rodin. Dostupnost a zajištění zdravotní a sociální péče vykazuje mnoho oblastí, kdy jsou veřejné prostředky vynakládány neefektivně, i mnoho oblastí, kde křehcí senioři péči postrádají, kde se ocitají v důsledku negativního kompetenčního konfliktu v území nikoho“.* (Čevela a kol., 2012, s. 180). Se změnou věkové struktury populace dochází také ke změně struktury nemocnosti a nárůstu nemocí s věkem souvisejících. Narůstající počet křehkých starých lidí se specifickými zdravotními potřebami vyžaduje restrukturalizaci zdravotních a sociálních služeb, rozvoj geriatrických služeb na všech úrovních a ve všech prostředích.

3.2 Financování domácí péče

Dlouhodobým problémem při sledování výdajů na domácí péči byla nepřehlednost systému sociálních služeb v České republice. Celistvá data jsou k dispozici až od roku 2007 v důsledku nového zákona o sociálních službách a povinné registraci poskytovatelů těchto služeb. Z údajů před rokem 2006 vyplývá několik základních trendů, například podíl státu na financování služeb kolísá a postupně se mírně snižoval, zároveň s tím se v tomto období postupně zvyšuje spoluúčast klientů na financování těchto služeb. K výrazným posunům ve struktuře výdajů na sociální služby došlo v roce 2003, kdy byly zřizovatelské kompetence přesunuty z okresních úřadů na kraje. (Průša, 2007). Nejasnosti o způsobu financování sociálních služeb neukončil ani dlouho očekávaný zákon o sociálních službách, přijatý roku 2006. Tato norma je první standardizací v sociální péči včetně standardů kvality, nároků na vzdělání, kvalifikaci a profesní rozvoj pečujících. Hrazení úkonů dlouhodobé péče je obsaženo ve výdajích zdravotních pojišťoven, států, krajů, obcí a dalších zřizovatelů zdravotnických zařízení a poskytovatelů sociálních služeb. Výdaje na péči se také liší regionálně, což vyplývá ze způsobu jejich poskytování (poskytování ve zdravotnických zařízeních, někde více neformálně v domácnostech). Zásadním zdrojem pro financování sociálních služeb jsou dotace poskytované Ministerstvem práce a sociálních věcí. Krajské úřady se v rámci přenesené působnosti podílejí na hodnocení žádostí poskytovatelů sociálních služeb a tím rozhodují o celkové výši prostředků přiřknutých jednotlivým organizacím.

3.3 Komplexnost domácí péče

Komplexnost poskytované domácí péče je jedním z funkčních prvků primární péče. Primární péče je chápána jako první linie kontaktu pacienta se systémem zdravotní, ale i sociální péče. Filosofie komplexní domácí péče je tedy podmíněna principem pevné vazby a interakce člověka se svým vlastním sociálním prostředím, s důrazem na individuální vnímání kvality života každé lidské bytosti. Komplexní domácí péče přináší svým příjemcům a také poskytovatelům nesporné výhody. Většina autorů uvádí: ekonomičnost, víceoborovost, individualizovaná péče (péče je postavena podle potřeb jedince), komplexnost (v rámci domácí péče jsou poskytovány činnosti léčebné, ošetrovatelské, rehabilitační, psychoterapeutické, sociální aj.)

Komplexní domácí péči poskytují nejen všeobecné sestry, fyzioterapeuti, na péči se podílí blízké okolí nemocného, jeho rodinní příslušníci. (<http://www.sekcedomacipece.cz/o-nas/>)

Na základě zkušeností a poznatků z minulosti je při komplexní péči o seniory nezbytná úloha rodiny. Rodinné zázemí je jednou z nejdůležitějších sociálních jistot člověka ve stáří a hlavním zdrojem očekávané pomoci. Rodina vedle vlastní péče o seniora poskytuje i emocionální podporu. Senioři zpravidla lépe a snáze přijímají pomoc od blízkých než od cizích osob a jsou tak ve své závislé situaci zpravidla vystaveni mnohem menšímu stresu.

4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

„Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společensky chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství (Matoušek, 2007, s. 9). Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje sociální službu jako „činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“. (Zákon č.108/2006 Sb. § 3)

Sociální služby někdo zadává, někdo je poskytuje a někdo je užívá. Jedná se o tři skupiny, jež tvoří tzv. Triádu, která je základem pro komunitní plánování sociálních služeb. První skupinou jsou zadavatelé sociálních služeb, v celostátním měřítku jsou to obce, statutární města, krajské úřady, Ministerstvo práce a sociálních věcí. Druhou skupinu tvoří poskytovatelé sociálních služeb, jedná se o organizace a instituce, které sociální služby poskytují nebo provozují (příspěvkové organizace zřizované krajem, městem či obcí, církevní organizace). Třetí skupinou jsou uživatelé sociálních služeb lidé, kteří se potýkají s problémy vycházející z nepříznivé životní situace nebo jsou odkázáni na pomoc druhých (senioři, tělesně postižení, mentálně postižení).

(<http://socialnipece.brno.cz/texty/5/podmenu/265/kdo-je-kdo-v-socialnich-sluzbach/>)

Příspěvek na péči

Jednou z nejvýznamnějších změn, kterou přináší zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách je koncipovaná sociální dávka – Příspěvek na péči. Dle zákona 108/2006 Sb., příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle tohoto zákona při zvládnání základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Příspěvek na péči je odstupňován podle míry závislosti, hodnota příspěvku je odvozena od obvyklých nákladů spojených s péčí. Příspěvek na péči umožňuje zajišťovat péči v přirozeném prostředí. Optimálním modelem je sdílení péče mezi neformálním pečujícím prostředím (rodina nebo jiné pečující osoby) a registrovanými poskytovateli sociálních služeb. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011)

Příspěvek na péči nenáleží lidem, kteří jsou z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby a to v oblasti běžné denní domácí péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. Od 1. ledna 2012 došlo k výraznému zjednodušení a větší efektivitě při stanovení stupně závislosti.

Při posuzování stupně závislosti zákon 108/2006 Sb., § 9 hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby:

- Mobilita (zvládnutí vstávání, usedání a chůze)
- Orientace (smyslová orientace a schopnost užívání kognitivních funkcí)
- Komunikace (dorozumět se a porozumět – mluvenou řečí i psanou zprávou)
- Stravování (stravu naporcovat, najíst se a napít se, dodržovat dietní režim)
- Oblékání a obouvání (vybrat si oblečení a obutí, oblékat se, obouvat se)
- Tělesná hygiena (umývat si obličej, ruce a celé tělo, česat se, péče o ústní hygienu)
- Výkon fyziologické potřeby (používání WC, vyprazdňování, provést očistu, používat hygienické pomůcky)
- Péče o zdraví (dodržování stanoveného léčebného režimu, ošetřovatelská opatření)
- Osobní aktivity (stanovení a dodržení denního režimu, zapojení se do aktivit odpovídajících věku)
- Péče o domácnost (nakládání s penězi, obstarání si nákupu potravin, nošení běžných předmětů v domácnosti)

Výše příspěvku závisí na stupni závislosti na pomoci druhých a věku žadatele (do 18 let a od 18 let). Zákon dělí závislost na pomoci druhých do čtyř stupňů: lehká závislost, středně těžká závislost, těžká závislost a úplná závislost.

U osob do 18 let věku

stupeň I. (lehká závislost) osoba není schopna zvládat tři základní životní potřeby a vyžaduje každodenní péči fyzické osoby

stupeň II. (středně těžká závislost) osoba není schopna zvládat 4 nebo 5 životních potřeb a vyžaduje každodenní péči fyzické osoby

stupeň III. (těžká závislost) osoba není schopna zvládat 6 nebo 7 životních potřeb a vyžaduje každodenní péči fyzické osoby

stupeň IV. (úplná závislost) osoba není schopna zvládat 8 nebo 9 životních potřeb a vyžaduje každodenní péči fyzické osoby.

U osob nad 18 let věku

stupeň I (lehká závislost) osoba není schopna zvládat tři základní životní potřeby a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo pomoc jiné fyzické osoby

stupeň II. (středně těžká závislost) osoba není schopna zvládat 5 nebo 6 základních životních potřeb a vyžaduje každodenní péči, dohled nebo pomoc jiné osoby

stupeň III. (těžká závislost) osoba není schopna zvládat 7 nebo 8 základních životních potřeb a vyžaduje každodenní péči, dohled nebo pomoc jiné osoby.

stupeň IV. úplná závislost, osobnost není schopna zvládat 9 nebo 10 základních životních potřeb a vyžaduje každodenní péči, dohled nebo pomoc jiné osoby.

(Králová, 2012)

Zákon 108/2006 Sb., dle § 11 stanovuje výši příspěvku pro osoby do 18. let věku a pro osoby starší 18 let. Příspěvek se liší s ohledem na stupeň závislosti.

Výše příspěvku pro osoby do 18 let za jeden kalendářní měsíc

I. stupeň (lehká závislost)	3.000,- Kč
II. stupeň (středně těžká závislost)	6.000,- Kč
III. stupeň (těžká závislost)	9.000,- Kč
IV. stupeň (úplná závislost)	12.000,- Kč

Výše příspěvku pro osoby nad 18 let věku za jeden kalendářní měsíc

I. stupeň (lehká závislost)	800,- Kč
II. stupeň (středně těžká závislost)	4.000,- Kč
III. stupeň (těžká závislost)	8.000,- Kč
IV. stupeň (úplná závislost)	12.000,- Kč

4.1 Struktura sociálních služeb

Dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách se podle § 32 dělí na tři druhy: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Sociální poradenství zákon rozděluje na základní a odborné. Základní poradenství zahrnuje poskytování potřebných informací přispívajících k řešení nepříznivé sociální situace. (Matoušek, 2008, s. 43) Sociální poradenství je povinnou činností všech poskytovatelů sociálních služeb, na níž má každý člověk nárok. Sociální poradenství musí být ze zákona poskytováno bezplatně. Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby osob navštěvující například manželské, rodinné nebo občanské poradny, poradny pro seniory, poradny pro osoby se zdravotním postižením, poradny pro oběti trestných činů nebo domácího násilí. Součástí této služby je i zapůjčení kompenzačních pomůcek.

Služby sociální prevence zabraňují sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy krizovou sociální situací. Cílem sociálních služeb je pomáhat osobám překonat nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Mezi sociální služby patří: raná péče, azylové domy, kontaktní centra, krizová pomoc, noclehárny, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením.

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit fyzickou a psychickou soběstačnost. Hlavním cílem je zapojení do běžného života společnosti a zajištění důstojného prostředí.

Zákon 108/2006 Sb., upravuje tyto druhy poskytovaných sociálních služeb:

Osobní asistence je terénní služba, která je poskytována seniorům a lidem se zdravotním postižením. Služba se poskytuje bez časového omezení v přirozeném prostředí osob. Služba obsahuje zejména tyto činnosti: pomoc při zajištění chodu domácnosti, pomoc při osobní hygieně a zajištění stravy.

Pečovatelská služba je terénní i ambulantní služba určena seniorům, lidem se zdravotním postižením, případně rodinám s dětmi. Služba je poskytována ve vymezeném čase

v domácnostech osob a v zařízení sociálních služeb. Pečovatelská služba poskytuje tyto výkony: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobních hygieně a zajištění chodu domácnosti, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy.

Tísňová péče je terénní služba, poskytuje nepřetržitou distanční hlasovou a elektronickou komunikaci s lidmi, kteří jsou vystaveni vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života. Za pomoci této komunikace je možné zprostředkovat neodkladnou pomoc v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu.

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní nebo ambulantní služby. Jsou určeny lidem, kteří mají sníženou schopnost komunikovat či se orientovat v prostoru. Služba pomáhá zejména při obstarávání osobních záležitostí.

Podpora samostatného bydlení je terénní služba podobná pečovatelské službě, zaměřuje se však více na posilování osobních schopností člověka samostatně bydlet.

Odlehčovací služby jsou terénní, pobytové i ambulantní služby (mohou se také nazývat respitní nebo sdílené služby). Jedná se o různou kombinaci činností péče, které mají za cíl, umožnit pečujícím osobám nezbytný odpočinek, tj. sdílí péči či na určitou dobu převezmou péči o člověka, který má sníženou soběstačnost. Obvykle je tato služba nabízena i v rámci jiných druhů služeb.

Centra denních služeb se doposud nazývaly například „domovinky“ nebo i centra osobní hygieny. Jedná se o ambulantní službu, kterou mohou v průběhu dne (pravidelně i občasně) využívat osoby se sníženou soběstačností s cílem zajištění pomoci s osobní hygienou a současně pomoci s vyřízením osobních záležitostí či nabídkou sociálně terapeutických činností.

Denní stacionáře jsou ambulantní službou, kterou pravidelně navštěvují osoby se sníženou soběstačností. Zabezpečují komplexní péči s ohledem na individuální potřeby uživatelů.

Týdenní stacionáře nabízejí pobytovou službu pro osoby se sníženou soběstačností, kteří potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Pobyt je zabezpečován obvykle po dobu pracovních dnů.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou pobytovou službou s celoročním provozem. Je zabezpečována osobám se sníženou soběstačností vyžadující pravidelnou pomoc komplexní péči a současně nabízí sociálně terapeutické činnosti. Služba je určena lidem, kterým nelze zabezpečit pomoc v jejich přirozeném sociálním prostředí.

Domovy pro seniory poskytují a zabezpečují pobytovou službu seniorům se sníženou soběstačností. Nabízí aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Tato služba je určena především seniorům, kterým z objektivních důvodů nelze zabezpečit pomoc v jejich přirozeném sociálním prostředí.

Domovy se zvláštním režimem jsou pobytovou službou s celoročním provozem s obdobnou nabídkou jako domovy pro osoby se zdravotním postižením či seniory. Služby jsou uzpůsobeny zvláštním potřebám osob, které trpí duševní nemocí, jsou závislé na návykových látkách nebo trpí Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence. Provoz této služby může být součástí domova pro seniory či domova pro osoby se zdravotním postižením.

Chráněné bydlení je moderní pobytovou službou pro osoby se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, ale jsou schopni žít víceméně samostatně v prostředí, které je svým charakterem fakticky totožné s běžným typem.

Sociální služby ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny) poskytují se osobám, které se neobejdou bez pomoci jiné osoby a současně nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení, protože není v danou chvíli možné jim zabezpečit péči v domácnosti či v zařízení sociálních služeb.

Formy sociálních služeb

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb., dle paragrafu 33 rozlišuje tři formy sociálních služeb: **pobytové, ambulantní a terénní**. Pobytovými službami zákon rozumí služby spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb (domovy pro seniory, azylové domy, chráněné bydlení). Ambulantní služby jsou služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena do zařízení sociálních služeb, součástí služby není ubytování (denní centra, poradny) Terénní služby jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí například v domácnosti (pečovatelská služba, osobní asistence).

4.2 Kvalita sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb vycházejí ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb., Standardy se vztahují na všechny druhy sociálních služeb. Konkrétní podobu standardů si musí každý poskytovatel vytvořit sám. Standardy vycházejí z důležitých dokumentů jako je například Listina základních práv a svobod a Etické kodexy (Malíková, E. 2011). Standardy kvality sociálních služeb doporučené Ministerstvem práce sociálních věcí od roku 2002 se staly právním předpisem závazným od 1. 1. 2007. (<http://www.mpsv.cz/cs/5963>)

Standardů sociálních služeb je patnáct a rozdělují se na procedurální, ekonomické a provozní. Procedurální standardy jsou standardy kvality zaměřené na uživatele. Ekonomické standardy (personální) se týkají řízení poskytované služby. Standardy provozní se zabývají provozem poskytovaných služeb.

PROCEDURÁLNÍ STANDARDY

1. Cíle a způsoby poskytování služeb

Tento standard je zásadní, poskytovaná služba se zavazuje k plnění tohoto závazku, který je veřejný (veřejnost je například seznamována formou webových stránek, letáky)

2. Ochrana práv a svobod

Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni písemně zpracovat pravidla pro případné porušování práv, ke kterým může docházet při poskytování služeb. Písemně musí být zpracován postup při přijímání darů.

3. Jednání se zájemcem o sociální službu

Tento dokument slouží k popsání průběhu jednání se zájemcem o poskytování dané služby. Zájemce o službu musí mít adekvátní informace k tomu, aby se mohl rozhodnout, která služba je pro něj vhodná.

4. Smlouva o poskytování sociálních služeb

Postup, jakým mají pracovníci jednat při uzavírání smlouvy (seznámení s jednotlivými náležitostmi smlouvy). Zájemce při uzavření smlouvy se stává uživatelem dané služby.

5. Individuální plánování průběhu sociální služby

Pracovníci sociálních služeb připravují se zájemcem plán služeb. Jde o tzv. individuální plán. Každý uživatel služby má určeného klíčového pracovníka.

6. Dokumentace a poskytování sociální služby

Písemná pravidla vedení dokumentace k daným službám (informace o uživateli služby, přístup k informacím, archivace)

7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Možnost stížnosti na poskytovanou službu, postup při podání stížnosti, evidence stížností.

8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Smyslem tohoto standardu je vést jednotlivé organizace, aby navzájem spolupracovali a poskytovali klientovi komplexní péči (kontakty na nemocnice, lékaře, veřejné služby)

STANDARDY EKONOMICKÉ

9. Personální a organizační zajištění sociální služby

Personální a organizační zajištění sociální služby. Struktura pracovních míst, pravidla pro přijímání pracovníků.

10. Profesní rozvoj zaměstnanců

Důraz je kladen na průběžné vzdělávání a profesní rozvoj pracovníků sociálních služeb.

STANDARDSY PROVOZNÍ

11. Místní a časová dostupnost sociální služby

Poskytovatelé sociální služby určují místo a dobu poskytování služby podle druhu, okruhu osob, kterým je poskytována a podle jejich potřeb.

12. Informovanost o poskytované sociální službě

Poskytovatelé sociální služby zpracovávají soubor informací o poskytované službě. Informace musí být stručné, srozumitelné a jasné.

13. Prostředí a podmínky

Poskytovatelé sociální služby zajišťují materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob.

14. Nouzové a havarijní situace

Definování nouzových a havarijních situací, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby a postup při jejich řešení.

15. Zvyšování kvality sociální služby

Průběžná kontrola a hodnocení poskytovaných sociálních služeb v souladu s posláním, cíli a zásadami sociálních služeb. Poskytovatel sociálních služeb zapojuje do hodnocení služeb zaměstnance a další zainteresované fyzické a právnické osoby. (Chloupková, 2013)

Jedním z dalších nástrojů ochrany a kvality sociálních služeb ze strany státu je institut inspekce poskytovaných služeb. Inspekce provádí registrující orgán, ve většině případů je to krajský úřad. Inspekce provádí kontrolu plnění podmínek stanovených pro registraci poskytovatelů sociálních služeb. Negativní výsledek může vést i ke zrušení registrace, pokud poskytovatel nenapraví nežádoucí stav prostřednictvím opatření, jež mu bylo uloženo při inspekci. Sociální služby jsou poskytovány velmi zranitelným lidem, je nutné, aby stát tyto klienty chránil, kromě jiného tím, že bude vydávat povolení pouze tehdy, pokud žadatel o registraci splní základní podmínky stanovené zákonem. (Malíková, 2011)

4.3 Poskytovatelé sociálních služeb Brno-sever

Na základě zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách je zřízen Registr poskytovatelů sociálních služeb. Zákon vymezuje vedle práv a povinností jednotlivců také práva a povinnosti krajských poboček úřadu práce, obcí, krajů, státu a také poskytovatelů sociálních služeb. V zákoně je upravena oblast týkající se podmínek výkonu sociální práce, a to ve všech společenských systémech, kde sociální pracovníci působí. Poskytovatelem sociální služby je právnická nebo fyzická osoba, která má k této činnosti oprávnění dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Poskytovatelem sociální služby nejsou rodinní příslušníci či asistenti sociální péče, kteří pečují o své blízké či jiné osoby v domácím prostředí. Poskytovatelem sociálních služeb nemůže být subjekt, který není registrován jako poskytovatel sociálních služeb ve smyslu tohoto zákona (např. soukromá úklidová firma nebo ubytovna). Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí základních životních potřeb, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie.

(http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1398068772783_5)

„Registraci může registrující orgán také zrušit, pokud poskytovatel sociálních služeb přestane splňovat podmínky registrace nebo porušuje své povinnosti a byla mu uložena sankce za správní delikt. O zrušení registrace může požádat také sám poskytovatel sociálních služeb v případě, že se rozhodne svou činnost ukončit. (Matoušek 2008, s. 47)

Na území města Brna poskytuje a provozuje sociální služby celá řada institucí a organizací:

- Statutární město Brno (Odbor sociální péče města Brna a středisko pečovatelské služby při úřadech městských částí).
- Příspěvkové organizace města Brna, Jihomoravského kraje či státu
- Nestátní, neziskové organizace (obecně prospěšné společnosti, občanská sdružení, církevní organizace, atd.).

Sociální služby na území Brno-sever, poskytují státní instituce i soukromé organizace. Městská část Brno-sever je zřizovatelem pečovatelské služby Brno-sever, sídlící na ulici Rotalova. Denní služby pro seniory nabízí Domov pro seniory na ulici Okružní. Domácí zdravotní péči poskytuje agentura domácí péče Pomoc, která sídlí na Halasově náměstí. Z nestátních organizací poskytuje služby agentura Hewan, která poskytuje osobní asistenci, sociální aktivizaci i autodopravu. Pomoc poskytuje individuálně dle přání a potřeb klienta. Na území Brno-sever poskytují soukromé firmy zprostředkování a dovážení obědů pro klienty, jedná se o Jídelnu Máj, Jídelnu Kocourek. Obě jmenované společnosti nabízejí dietní stravu pro klienty.

Pečovatelská služba Brno–sever

Pečovatelská služba sídlí na ulici Rotalova v Brně, Husovicích. PS je součástí sociální péče garantované státem a je poskytovaná potřebným občanům:

- městské části Brno-sever
- městské části Obřany-Maloměřice
- části Židenic
- části Brna-střed

Pečovatelská služba Brno-sever poskytuje dva druhy služeb, a to pečovatelskou službu (terénní a ambulantní) a služby odlehčovací (pobytové služby). Posláním pečovatelské služby je umožnit občanům nacházejícím se v nepříznivé sociální situaci setrvání ve vlastním přirozeném prostředí a tak je podpořit v zachování vazeb na rodinu, blízké a přátelé.

Cílovou skupinou poskytování pečovatelské služby je okruh osob, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku (senioři), zdravotně postižení (zdravotně znevýhodnění). Senior je klient, jemuž vznikl nárok na starobní důchod. Občan zdravotně znevýhodněný je klient, jemuž byl přiznán invalidní nebo částečně invalidní důchod.

Úkony při poskytování pečovatelské služby

- A) Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- B) Pomoc při osobní hygieně, poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- C) Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- D) Pomoc při zajištění chodu domácnosti
- E) Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- F) Pedikúra, masáž
- G) Dohled nad dospělým občanem v domácnosti
- H) Doprovod při krátkodobém pobytu mimo domov
- CH) Svoz a odvoz klientů do středisek osobní hygieny
- I) Svoz a odvoz do prádelny

Úkony při poskytování odlehčovacích služeb Brno-sever

- A) Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- B) Pomoc při osobní hygieně, poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- C) Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- D) Poskytnutí ubytování u pobytové formy služby
- E) Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- F) Sociálně-terapeutické činnosti
- G) Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- H) Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- CH) Pedikúra, masáž

Cílem pečovatelské služby Brno-sever je poskytování kvalitních služeb osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v domácím prostředí. Pečovatelská služba poskytuje časově omezenou pobytovou sociální službu seniorům a občanům se zdravotním

postížením, kterým zajišťuje pomoc a podporu rodina (jedná se o situace, kdy rodina není schopna potřebnou péči zajistit, jejich nezbytný odpočinek, dovolená, nemoc aj.) Služba také pomáhá překlenout smysluplně čekání na umístění v zařízení trvalé pobytové péče. Služby jsou poskytovány bez ohledu na barvu pleti, náboženské vyznání klienta nebo politickou příslušnost. Pečovatelská služba Brno-sever nabízí tým profesionálních pracovníků, kteří mají odpovídající vzdělání.

(<http://www.sever.brno.cz/radnice/17-odbory/721-pecovatelska-sluzba.html>)

Centrum denních služeb v domově seniorů Okružní

Centrum denních služeb vzniklo pro seniory, kteří se cítí osamělí, chtějí trávit volný čas se svými vrstevníky. Nabízí pomoc rodinám, které se chtějí o své rodiče postarat, ale zaměstnání jim neumožňuje celodenní péči o své blízké. Poskytované služby jsou určeny seniorům, kteří žijí ve vlastní domácnosti a jsou částečně soběstační.

Cílem denního centra je zmírnění negativních vlivů stárnutí v oblasti soběstačnosti a podpora psychické a fyzické kondice seniorů, zkvalitnění jejich života i života rodin, které o ně pečují.

Centrum denních služeb v domově seniorů nabízí tyto služby:

- společenské setkávání s vrstevníky
- stravování i dietní (dieta diabetická a šetrící)
- sociální poradenství klientům i jejich rodinám
- denní pobyty s aktivizačními programy
- poskytnutí pomoci při osobní hygieně (holení, stříhání, pedikúra)

Doplňkové aktivity centra denních služeb domova seniorů

- petterapie – přímý kontakt člověka se zvířetem
- společenské a kulturní akce (Mikulášská, vánoční setkání, představení)

(<http://www.okr.brno.cz/index.php?nav01=7922>)

Darja Martincová – Agentura domácí péče POMOC

Agentura poskytuje odbornou, ošetrovatelskou a speciální péči o staré, nemohoucí a nemocné domácí pacienty. Domácí péče je poskytována na základě doporučení ošetroujícího lékaře a je hrazena zdravotní pojišťovnou. POMOC poskytuje péči pacientům, klientům, seniorům, osamoceným a nesoběstačným osobám. Domácí péče Pomoc nabízí také konzultaci rodinám i sociální služby pro seniory. Agentura je výukovým pracovištěm Institutu pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, který školí sestry domácí péče v celé České republice.

Činnosti ordinované lékařem a placené pojišťovnami:

- **Základní ošetrovatelská péče** (komplexní hygienická péče, pomoc při řešení sociálních problémů, polohování ležících nemocných)
- **Odborná ošetrovatelská péče** (odběry krve, převazy, prevence a ošetření dekubitů)
- **Speciální ošetrovatelská péče** (ošetření stomií, infuze, vyšetření krve, ošetření katetrů)

Služby poskytované za úhradu

- odborný dohled
- zapůjčení kompenzačních pomůcek
- mytí hlavy, stříhání nehtů
- příprava, podávání jídla a kontrola užití léků
- vyřízení administrativních služeb

(<http://www.pomoc-brno.cz/>)

S ohledem na dobu vzniku sídliště Lesná a dalších čtvrtí MČ Brno-sever je již dnes zastoupení obyvatel ve věku nad 65 let vyšší, než v celém Brně. Pro srovnání MČ Brno-sever vzrůstá postupně poměr seniorů 65+ na současných 22.8 %, průměr pro město Brno je 17,3 %. Z těchto údajů vyplývá potenciál pro rozvoj sociálních služeb v dané oblasti.

http://www.czso.cz/xb/redakce.nsf/i/sldb_2011_vybrane_vysledky_podle_mestskych_casti_brna

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Praktická část bakalářské práce se zabývá metodikou výzkumu a zvolenou metodou polostrukturovaného rozhovoru, cílem výzkumu a výzkumnými otázkami, výběrem vzorku, vlastním výzkumem a interpretací dat, návrhy a doporučeními pro praxi a významem pro sociální pedagogiku.

5.1 Metodika výzkumu a metoda polostrukturovaného rozhovoru

Základním stavebním kamenem výzkumné části je syntéza dat o problému získaných ze studia literatury a veřejných zdrojů s poznatky vzniklými na základě terénního výzkumu.

Za metodu výzkumu jsem si již z povahy problému a cíle výzkumu vybrala *metodu kvalitativní*, a to polostrukturovaný rozhovor. Hendl o kvalitativním výzkumu hovoří takto: „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálních nebo lidského problému. Výzkumník vytváří holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách*“ (Hendl, 2005, 51s)

Polostrukturovaný rozhovor nám umožňuje klást otázky způsobem, který vede respondenta k poskytnutí relevantních odpovědí ve zkoumaných oblastech. Na druhou stranu respondenta neomezuje v možnosti přinést do rozhovoru vlastní témata, postřehy a zvýšit tak svůj zájem a míru zapojení do výzkumu. Vzhledem k povaze vzorku byly vypracovány dvě souměrné struktury rozhovorů a to z hlediska perspektivy obou typů respondentů.

Vzhledem k povaze problému lze při samotném výzkumu očekávat tato jeho základní omezení: především ochotu respondentů poskytnout validní odpovědi na všechny položené otázky a také omezení daná počtem respondentů, tedy možná zkreslení ve vnímané důležitosti jednotlivých témat.

5.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je nabídnout vhled do funkce sociálních služeb poskytovaných v městské části Brno–sever při domácí péči o seniora z perspektivy příjemců i poskytovatelů. Zahrnutím motivací a názorů všech stran zainteresovaných při péči, tedy seniorů, jejich

rodinných příslušníků a pečovatelů můžeme získat celistvý obraz o povaze péče v dané oblasti. Takto získaná data nám dávají možnost zvážit, které z výše zmíněných faktorů ovlivňujících domácí péči jsou vnímány relevantními osobami jako zásadní při čerpání či naopak nečerpání adekvátních sociálních služeb.

Hlavní výzkumná otázka tedy zní:

Které faktory jsou rozhodující při čerpání služeb domácí péče?

Výzkumné podotázky

Po vymezení cíle výzkumu a hlavní otázky jsem stanovila tyto výzkumné podotázky:

O1. Jakým způsobem jsou senioři informováni o možnostech domácí péče?

O2. Jak roli hraje místní a časová dostupnost služeb?

O3. Jak vstupuje do rozhodování seniorů a pečujících faktor ekonomický?

O4. Jak hodnotí klienti a pečovatelé kvalitu poskytovaných služeb?

O5. Do jaké míry je domácí péče o seniora věcí morálky pečujících?

Rozhovory jsou logicky a tématicky utříděné tak, aby odpovídaly výše uvedeným výzkumným otázkám. Jejich stavba je taková, aby v sobě v následujícím pořadí zahrnovaly níže nastíněné *dimenze* sociálních služeb v domácí péči. Tyto základní dimenze byly pro oba segmenty respondentů stejné. Samotný způsob vedení rozhovorů se logicky lišil s ohledem na perspektivu respondenta.

Dimenze

Informovanost

Klienti a rodinní příslušníci byli tázáni na způsob jakým získávají informace a zda-li jej považují za dostatečný. Pečovatelé byli tázáni na to, jakým způsobem se klienti dovídají o jejich službách, jakým způsobem jsou inzerovány a zda-li považují informovanost o své organizaci za adekvátní.

Dostupnost místní a časová

Klienti a rodinní příslušníci byli tázáni, zda-li je nabídka služeb v jejich okolí dostatečná a zda-li je k dispozici v dostatečném čase. Pečující byli tázáni obdobně.

Financování

Klienti a rodinní příslušníci byli tázáni, nakolik v jejich rozhodování, zda – li konkrétní službu využívat, hrály roli finanční prostředky a nakolik změnilo rozhodnutí čerpat služby jejich životní úroveň. Pečovatelé byli tázáni na názor cenu jejich služeb a na vliv, který má na rozhodování klientů. Všichni respondenti svorně byli dotázáni na vývoj tohoto faktoru v čase.

Kvalita služeb

Klienti a rodinní příslušníci byli požádáni o názor na spokojenost se službami a na to, zda -li tato tyto služby podléhaly kontrole třetí strany. Pečovatelé zhodnotili obecně kvalitu služeb v dané oblasti a rovněž se vyjadřovali ke kontrolnímu mechanismu v rámci své služby.

Morální dimenze

Klienti a rodinní příslušníci byli tázáni na to, nakolik považují rozhodnutí starat se o seniora v domácím prostředí za otázku možností a nakolik za otázku hodnot. Pečovatelé byli požádáni o celkové zhodnocení potenciálu služeb v městské části Brno–sever a o úvahu nad motivacemi lidí čerpajících danou službu.

6 VLASTNÍ VÝZKUM

Tato část práce je věnována výběru vzorku, popisu průběhu šetření, analýze sebraných dat, jejich následné interpretaci a návrhům pro praxi.

6.1 Výzkumný vzorek

Vzorek pro potřeby výzkumu tvoří **5 seniorů** s jejich rodinnými příslušníky, využívajících nějakou formu či podporu domácí péče, a **4 pracovníci** organizací poskytujících sociální služby pro tyto seniory. Obě skupiny jsou vybrány cíleně tak, aby sdílely tyto společné základní charakteristiky a zároveň nabízely, v případě seniorů a rodin, spektrum životních situací a také čerpaných služeb, a v případě pečovatелů, různé typy organizací a typů služeb.

Segment seniorů tvoří 1 muž a 4 ženy. Jeden senior je zcela upoután na lůžko a využívá komplexní domácí péči. Další seniorka je částečně mobilní, ale dezorientovaná a rovněž vyžaduje stálou péči, přičemž pečující využívají služeb denního centra. 2 seniorky využívají zdravotní i pečovatelské služby doma v kombinaci s péčí svých příbuzných a 1 seniorka využívá mimo péče rodinných příslušníků i služby denního centra. U jediné samostatně bydlící seniorky zajišťuje péči pouze 1 osoba – v sousedství bydlící dcera, u ostatních se na péči podílí více členů rodiny ve společné domácnosti seniorky a pečující osoby.

Segment pečovatелů tvoří 1 muž a 3 ženy. Muž a jedna z žen pracují jako terénní pracovníci při Hospici sv. Alžběty. Další pečovatelka pracuje v pečovatelské službě Brno-sever na ulici Rotalova. Čtvrtá pečovatelka pracuje v Domově seniorů na ulici Okružní v úseku denních odlehčovacích služeb.

Podrobná charakteristika respondentů

Respondenti z řad seniorů a rodinných příslušníků, dále jen RS1 až RS5.

RS1: Pan Vladimír, 86 let. Pan Vladimír žije v 7. patře panelového domu na sídlišti Brno-Lesná a je již jedenáctým rokem upoután na lůžko. Pán je i přes častou únavu komunikující a udržuje si zájem o své okolí. Pečuje o něj jeho manželka a pracující dcera, v předchozích letech se na péči podílel i jeden syn. Druhý syn své rodiče navštěvuje a působí spíše jako finanční podpora.

Pan Vladimír využívá ze zdravotních služeb pravidelné návštěvy praktické lékařky a pravidelné návštěvy odborné sestry, která s ním provádí rehabilitaci končetin, zajišťuje podávání léků, prevenci dekubitů. Syn pánovi zařídil (po známosti) návštěvy odborného urologa k výměně katétru, kvůli kterému předtím musel pán absolvovat pravidelně stresující a namáhavé cesty do FN Bohunice. Ke zvládnutí takto náročné domácí péče má rodina zapůjčenou speciální polohovací postel s antidekubitní matrací, speciální WC křeslo. Ze sociálních služeb pán využívá pravidelně návštěvy pečovatelů z Hospice sv. Alžběty, kteří mu provádí celkovou hygienu. Pán rovněž pravidelně využívá služeb pedikérky z Diecézní charity Brno (Žižkova 3). Pro pána i jeho rodinu je velmi důležité a pozitivní, že mohou využívat služeb věřících pečovatelů a také přijímat pravidelné návštěvy místního katolického faráře a jáhna k udělení svatého přijímání.

RS2: Paní Růžena, 87 let. Paní Růžena žije v městské části Husovice ve 3. patře bytového domu. Paní je částečně mobilní (po bytě s dopomocí), ale je dezorientovaná a vyžaduje trvalou péči. Stará se o ní dcera v předčasném důchodu, která s ní bydlí a vždy na víkend 1x za 14 dní jí přijíždí pomoci její pracující sestra, která bydlí mimo Brno.

Pečující dcera zajišťuje mamince pravidelné návštěvy zdravotní sestry a využívá pravidelně odlehčovací služby centra denních služeb na ulici Okružní.

RS3: Paní Ludmila, 83 let: Paní Ludmila žije sama v bytě v 6. patře panelového domu na sídlišti Lesná, jako jediná o ní z její široké rodiny pečuje její zaměstnaná dcera, která jí pravidelně navštěvuje a pomáhá jí přímo nebo jí pomáhá zajišťovat vybrané služby. Paní je podle aktuální kondice schopná sama obstarat své „pochůzky“, díky závratím a bolestem nohou ale musí být často doprovázena či je o ní postaráno v jejím bytě.

Stran domácí péče spolupracuje se svojí praktickou lékařkou a její zdravotní sestrou při sledování jejích chronických obtíží. Ze sociálních služeb paní využívá předem smlouvené, nepravidelné návštěvy pečovatelů z Hospice sv. Alžběty, kteří jí zařídí vše potřebné od úklidu, přes nákupy a pomoc s drobnou osobní hygienou. Paní Ludmila je od 40 let věku v invalidním důchodu a je zvyklá využívat možností daných průkazem ZTP-P, zejména vybraných slev na plavání a na vstupy na památky.

RS4: Paní Vlasta, 86 let: Paní Vlasta bydlí se svou dcerou ve 4. patře panelového domu ve čtvrti Černá pole. Paní je po mozkové příhodě a má zhoršenou mobilitu. Pohybuje se i mimo dům o 2 francouzských holích, pokud možno ale pouze v doprovodu dcery. S péčí o paní pomáhá vnuk, který ji pravidelně navštěvuje.

Paní Vlasta prozatím využívá hlavně domácí zdravotní péči, jmenovitě pravidelnou praktického lékaře, pravidelný odběr krve. Ze sociálních služeb paní užívá, při nepřítomnosti pečující dcery, odlehčovacích služeb pečovatelské služby Rotalova ve formě rozvozu obědů. Vlastní rovněž průkaz ZTP.

RS5: Paní Ludmila II, 85 let: Paní Ludmila II bydlí se svojí dcerou v rodinném domě v Soběšicích. Paní mívá problémy s otoky nohou a bolestmi zad a průběžně potřebuje stálou péči dcery, podnikatelky pracující z domu. K péči rovněž přispívají vnučky, které rodinu navštěvují a nabízejí babičce doprovod na vycházku a po zahrádce.

Paní se pohybuje o 2 holích s obtížemi, ale při aktuálně dobré kondici ráda dojíždí autobusem do 5 minut vzdáleného střediska denních služeb na Okružní ulici na sídlišti Brno–Lesná. Zde se ráda setkává se svými vrstevníky a účastní se zábavních programů organizovaných Domovem.

Respondenti z řad pečovatelů, dále jen RP1 až RP4

RP1: Pan Pavel, 35 let: Pan Pavel pracuje v terénní odlehčovací službě při Hospici sv. Alžběty, V sociálních službách pracuje dlouhodobě a má zkušenost s ústavní i domácí péčí o seniory. Poskytuje komplexní domácí ošetrovatelskou péči a často také poradenství v sociální oblasti. I přes kritiku ze strany svého zaměstnavatele navštěvuje „své“ klienty i mimo službu, o víkendech atd.

RP2: Paní Kristýna, 46 let: Paní Kristýna je řádová sestra pracující při Hospici sv. Alžběty. Pracuje v oblasti poskytování pobytových i odlehčovacích služeb dlouhodobě. Zajišťuje organizaci návazné domácí (zdravotní i sociální) péče a svoje povolání vnímá svými slovy jako „poslání“.

RP3: Paní Tereza, 25 let: Paní Tereza je ošetrovatelka a pracuje při pečovatelské službě Rotalova. Osobně poskytuje domácí pečovatelskou pomoc. Sama konstatuje, že se stala pečovatelkou díky vzoru ve své rodině a umožní – li jí to ekonomická situace, má zájem se v této oblasti dále rozvíjet.

RP4: Paní Vladislava, 50 let: Pracuje jako aktivizační pracovnice v centru denních služeb při Domovu pro seniory na ulici Okružní. Nabízí aktivizační programy pro seniory, kteří docházejí do Domova mezi své vrstevníky a hledají smysluplný a příjemný způsob trávení svého času. K této práci se dopracovala přes své pedagogické vzdělání a předchozí práci ve službě pro hluchoněmé.

6.2 Průběh šetření a analýza dat

Průběh rozhovorů

Rozhovory se seniory a jejich rodinnými příslušníky probíhaly vždy v přirozeném prostředí seniorů a to po předchozí telefonické domluvě. Respondenti byli vždy předem upozorněni na téma rozhovoru a jeho očekávanou délku. U všech rozhovorů tak byl zajištěn dostatečný čas i komfort tazatelky i respondentů. Rozhovor vždy začal povídáním o rodinné historii a mládí seniorů, k navození dobré pohody a k získání základních, zejm. demografických, údajů (věk, rodinný stav, počet dětí, kdo přispívá k péči o seniora). Při průběhu rozhovoru s paní Růženu a její dcerou bylo nutno dbát na občasnou potřebu paní odcházet a znovu se vracet a při rozhovoru s panem Vladimírem bylo nutno brát ohled na únavu pána a na čas rozhovor přerušit. Všechny rozhovory ale probíhaly plynule a v dobré atmosféře. Délka návštěvy se u všech 5 případů pohybovala 1 a 1 a ½ hodinou. Pouze v případě paní Růženy byly informace s ohledem na problémy paní s pamětí a orientací získány téměř výlučně od dcery. U ostatních rozhovorů se vyjadřovali samotní senioři a na požádání asistovali pečující příbuzní. Všichni respondenti byli ochotni se vyjádřit, byť stručně, ke všem nastoleným otázkám, a to včetně citlivé otázky na morálku.

Rozhovory s pracovníky poskytujícími sociální služby byly vedeny 2x v prostorách organizace a 2x na „neutrální půdě“, vždy však v přísném soukromí. Po předchozí telefonické dohodě si všichni respondenti vyšetřili dostatečné množství času, rozhovor úmyslně „zrychlovala“ pouze sestra Kristýna, která na mne měla vyměřený čas mezi svými povinnostmi. V některých oblastech se respondenti necítili být zcela „kompetentní“ se vyjádřit, nicméně každý z nich přinesl svůj cenný vhled do problematiky.

Analýza rozhovorů

Na základě odpovědí od respondentů z obou segmentů lze jejich postoje roztríděné dle jednotlivých skupin otázek/dimenzí popsat takto:

O1. Jakým způsobem jsou senioři informováni o možnostech domácí péče?

Mezi klienty a jejich rodinnými příslušníky panovala v otázce získávání informací jasná shoda. Informovanost o službách považovali obecně za dostatečnou a všichni čerpali především z doporučení lidí v obdobné situaci a se srovnatelnou zkušeností. Ze seniorů pouze RS5, paní Ludmila II, využívající centrum denních služeb, si aktivně vyhledávala informace o sociálních službách mimo domov. RS3, paní Ludmila, si sama získávala telefonicky informace o zdravotních i sociálních službách. Ostatní se při čerpání informací spoléhali, či se cítili být odkázáni, na rodinné příslušníky.

Dcera paní Růženy (RS2) získala informace o možnosti využít denní odlehčovací služby od sociální pracovnice z magistrátu a na otázku ohledně použití internetu či telefonu se vyjádřila: „*Já si raději všude zajdu a vyřídím si to osobně.*“ Naopak dcera paní Ludmily (RS3) sjednala své silně věřící mamince telefonicky terénní služby Hospice sv. Alžběty, sídlícího mimo městskou část Brno–sever, a zprostředkovala své mamince kontakty tak, aby si mohla další návštěvy sama organizovat. Manželka a dcera pana Vladimíra (RS1) se ve své komunitě informovaly o možnosti oslovit pracovníky hospice s požadavkem na pomoc při péči o tatínka a s úsměvem potvrdily jeho výpověď, že „*ty chlapce a děvčata, co sem chodí, mi domluvila H...(dcera).*“ Paní Vlasta (RS4) využívá spíše zdravotní složku komplexní domácí péče a prozatím jen minimum sociálních služeb. Informace a kontakt na služby zařizuje zejména vnuk ve spolupráci s pečující dcerou, a to, svými slovy, „*hlavně od známých.*“ Paní Vlasta rovněž jako jediná vyjádřila lítost nad nedostatkem systematických informací a to „*o novinkách v programech pro pečující o ZTP*“ V dotazech na reklamní poutače, časopisy a jiné zdroje se senioři a příbuzní shodli, že je sice registrují, ale pro svou potřebu využívají zanedbatelně.

Perspektiva pečovatelů v otázce na informovanost v sociálních službách je pochopitelně jiná. Pan Pavel (RP1) pracující v Hospici sv. Alžběty řekl, že lidé se o možnosti terénní

odlehčovací služby dozívádají přes samotnou hospicovou službu, doporučenou či přímo předepsanou ošetřujícím lékařem. K významu hospicové služby se vyjádřil takto:

„Protože se postupně dostává existující hospicové hnutí do podvědomí lidí v Brně i okolí, lidé také hledají a nacházejí informace na internetu. Pro šíření myšlenky hospicového hnutí také chodíme do rádia, informační tabule bývají při vhodných příležitostech na vhodných veřejných místech, máme bazárek, kde se lidé o hospici mohou dozvědět, máme dny otevřených dveří“.

Jeho spolupracovnice z hospice, řádová sestra Kristýna (RP2) vyjádřila při rozhovoru vedeném na půdě hospice přesvědčení, že informovanost klientů se zvyšuje s ohledem na zvyšující se zájem jejich služby. Sama považuje za zásadní způsob šíření povědomí o možnostech sociálních služeb intenzivní kontakt s lidmi, jejich vyhledávání a oslovování.

Zaměstnankyně pečovatelské služby Tereza (RP3) se tématu informovanosti příliš nevěnovala. Považuje s ohledem na zájem o služby jejího zaměstnavatele informovanost za dostatečnou a vidí dostatek způsobů, jak se mohou senioři a jejich rodiny informovat. Potvrzuje rovněž, že si klienti služeb mezi sebou často informace sdílejí a doporučují si je.

Aktivizační pracovnice Vladka (RP4) byla v otázce informovanosti o existenci služeb obecně rovněž optimistická. Poněkud žoviálně tvrdí, že „oni si to řeknou“ a „na internetu se dá najít všechno, se zeptají dcery.“ Rezervovanější je v otázce své specializace, ve které zdůrazňuje, že do povědomí lidí se teprve dostává možnost dopřát lidem i skupinovou a aktivní formu nepobytové sociální péče, což jak ale uznává je i otázkou peněz, jak bude rozvedeno níže.

O2. Jakou roli hraje místní a časová dostupnost služeb?

V otázce místní a časové dostupnosti služeb se již názory jednotlivých respondentů rozcházejí a to zejména s ohledem na typ využívané, respektive poskytované služby. Shodují se pouze v konstatování, že těchto typů služeb by mělo být po městě Brně jako celku více.

Pan Vladimír (RS1) byl s nabídkou poskytovaných služeb spokojen. On a jeho pečující manželka a dcera pouze vyjádřily lítost nad absencí služby, která by pána za přijatelné

peníze „vyvezla“ na výlet, do parku atd. Zde je nutno konstatovat že pán bydlí v 7. patře domu s malým osobním výtahem, ve kterém každá manipulace s ním byla velmi zatěžující. Celá rodina si je vědoma, že manželé jsou příliš spjatí s místem, kde žili posledních 50 let a nechtěli by se i přes toto omezení stěhovat.

Dcera paní Růženy (RS2) konstatovala, že prvky domácí péče jsou dostupné, ale stojí to hodně „obíhání, domlouvání a volání“. Paní je nicméně velmi ráda za existenci denní odlehčovací služby a vřele ji „všem se stejnými starostmi doporučuje.“ Rovněž opakovaně chválila přístup sociální pracovnice z magistrátu, která jí pomohla službu sjednat.

Paní Ludmila (RS3) a její dcera konstatovaly, že nabídka služeb je dostatečná a jedinou překážkou pro jejich plnohodnotné čerpání jsou peníze (viz níže). Paní by za příznivějších okolností ráda častěji zaplatila zejména masáže a rehabilitační pobyty.

Paní Vlasta (RS4) prozatím čerpá sociální služby jen nárazově a je ráda za možnost omezit nutné cesty za doktory na minimum. K dostupnosti sociálních služeb celkově se neuměla vyjádřit, ale přála by si více programů pro držitele ZTP průkazů.

Paní Ludmila II (RS5) i její dcera jsou šťastné za možnost využít služeb denního centra v dosahu jejich domova. Paní tuto možnost považuje za „bezvadnou“ a tvrdí, že „*důchodci by se měli mít možnost se slízat a bavít.*“ Nad časovou dostupností, zejména domácí zdravotní péče, vyjadřuje paní ovšem jistou nespokojenost.

Názory poskytovatelů péče jsou tyto:

Pan Pavel (RP1) považuje schopnost naplnit požadavky klientů, s ohledem zejména na svou organizaci za dostatečné. Přidává ovšem postřeh, že v některých specifických obdobích, např. kolem Vánoc musí jeho zaměstnavatel některé žadatele o odbornou lékařskou domácí péči odmítnout z kapacitních důvodů.

Paní Kristýna (RP2) konstatovala, že „*lidí pomáhajících v domácnostech není nikdy dostatek*“ ale vzápětí přidala, že to nesouvisí s nabídkou služeb domácí péče, ale spíše s celkovou filosofií naší společnosti a zdravotnictvím. Vyjádřila však víru, že z prosté nutnosti bude muset množství takových služeb narůstat.

Paní Tereza (RP3) se vyjádřila v tom smyslu, že s ohledem na zájem o pečovatelské služby, na kterých se podílí, by se jen v městské části Brno–sever „*uživilo*“ další takové pracoviště. Šířku nabízených služeb považuje za dobrou a přidala i postřeh, že si nedokáže představit, jak takovéto služby pracují někde v malých vesnicích, na venkově.

Paní Vladka (RP4) považuje šíři nabízených služeb za dostatečnou. Vyjádřila však pochyby o kapacitě služeb a jejich časové dostupnosti. I na základě své zkušenosti i s ústavními, pobytovými službami se domnívá, že lidé musí často na naplnění nějaké své potřeby *čekat* a musí se hodně *přizpůsobovat* možnostem poskytovatelů.

O3. Jak vstupuje do rozhodování seniorů a pečujících faktor ekonomický?

U citlivé otázky na dostatek/nedostatek peněz se odpovědi liší, zejména ve vztahu k míře čerpaných služeb. Celkově se tato dimenze jeví v odpovědích jako nejvíce subjektivní a postrádající jednotící linii v názorech všech 9 respondentů.

Rodina pana Vladimíra (RS1) považuje náklady na sociální služby za adekvátní a při dobrých vztazích v rámci celé rodiny za snesitelné. Obě pečující osoby, tedy manželka a dcera, se shodly, že výraznou pomocí bylo rychlé vyřízení nejvyššího možného příspěvku na péči. Na druhou stranu obě s lítostí konstatovaly, že zdražení služeb v posledních letech spojené s celkovým zvýšením cen omezilo jejich možnost dopřát si více hodin odlehčovací péče navíc a výrazně tak změnilo jejich kvalitu života. „*Nemůžeme se teď jedna nebo druhá od tatínka hnout, člověk nemá čas na sebe, ani na tu zahradu si nemůže zajet.*“

Dcera paní Růženy (RS2) konstatuje, že „*s penězma taktak vychází, ale díky spolupráci se to dá zvládnout, když člověk nechce dát maminku do ústavu.*“ Cenu služby, kterou maminka využívá, považuje za adekvátní, protože „*co je dneska laciný?*“ Na přímou otázku, zda – li by pro ni byly peníze důvodem, proč maminku přesvědčit k nástupu do ústavní péče, odpověděla, že „*jen v krajním případě, ale spíš by to byly nervy.....páč je to o zdraví.*“

Paní Ludmila (RS3) si stýská, že „*to zdražování jí štve*“, protože „*já bych si tak ráda zaplatila masáže, mě tak všechno bolí.*“ Na navazující otázku, zda čerpané služby považuje za neúměrně drahé, odpověděla že „*ono se to nasčítá*“ a „*člověk musí platit to a tamto*“. Sama ale dodává „*jak obdivuje ty mladé lidi, co se starají o ty staré, poněvadž ví, jaký mají platy.*“

Paní Vlasta (RS4) v současnosti čerpá nárazově rozvážku obědů z pečovatelské služby a cenu služby vnímá jako „*ne nízkou, ale zas tak moc za tu pomoc to taky není*“. Nutno podotknout, že tuto službu jí organizuje a platí dcera a vnuk, kteří se k cenám sociálních služeb jinak neuměli vyjádřit. Za důležitou považují hlavně možnost čerpat pro maminku zdravotní složku péče.

Paní Ludmila II (RS5) se k cenám různých služeb, nejen sociálních, vyjadřovala v průběhu celého rozhovoru, téma pro ni bylo obzvláště emotivní. Opakovaně se vyjádřila ve smyslu, že „ty všechno zdražujou a obyčejní lidi, důchodci se můžou jít zahrabat.“ Na přímou otázku, zda-li za drahou považuje službu, kterou využívá, případně, kterou by ráda využívala, že se to díky podpoře od dcery „dá zvládnout, ale moc si holt člověk vyskakovat nemůže.“

V otázce faktoru finanční náročnosti služeb se neshodnou ani pečovatelé.

Pan Pavel (RP1) říká, že v úseku terénní odlehčovací služby hraje finanční stránka jistou roli, protože služba je zpoplatněna jako každá jiná pečovatelská služba. Polemizuje následně o kombinaci faktorů ovlivňujících čerpání péče (viz dimenze morálky níže) a svoji úvahu uzavírá tvrzením, že „Každopádně cena sociálních služeb je vzhledem k průměrným výdělkům vysoká.“

Paní Kristýna (RP2) naopak nevnímá rozhodnutí o setrvání seniora v domácí péči, či „pouhé“ využití život zkvalitňujících služeb, jako ekonomické, ale jako čistě sociální. Apeluje zde na soudržnost rodiny, ale také místní komunity, je – li senior z nějakého důvodu osamocen. Vyjadřuje opakovaně lítost nad každým seniorem, který končí z ekonomických důvodů v ústavní péči, a to jak s odkazem na jeho kvalitu života, tak s poznámkou o vysokých nákladech na jednoho seniora v pobytové službě.

Paní Tereza (RP3) vnímá ze své perspektivy službu jejím zaměstnavatelem poskytované za dostupné s odkazem na komerční ceny srovnatelných služeb. Obecně se k otázce vlivu financí na rozhodování klientů neumí vyjádřit, ale náklady na pečovatelskou službu považuje za nízké s odkazem na množství lidí službu využívajících.

Paní Vladka (RP4) hodnotí jednoznačně otázku peněz jako nerozhodující. Tvrdí „ není to zadarmo, ale to je otázka priorit.“ Za mnohem větší faktor než peníze považuje počet lidí pečujících o seniora. Pro jednoho člověka „nota bene bez možnosti si odpočinout, je to šíleně namáhavé a pak už se to nedá vydržet.“ Co vnímá jako nedostatkovou „věc“ je čas, čas se věnovat seniorovi a čas si odpočinout.

O4. Jak hodnotí klienti a pečovatelé kvalitu poskytovaných služeb?

Na skupinu otázek týkajících se kvality poskytovaných služeb měli senioři vesměs pozitivní odpovědi. Žádná ze služeb nebyla hodnocena jako vysloveně špatná či nedostačující.

Pan Vladimír (RS1) si kvalitu zdravotních i sociálních služeb pochvaloval, pouze v souznění se svojí rodinou konstatoval roztrpčení s necitlivého zacházení ze strany sanitářů doprovázejících pána na vyšetření. Z přístupu pečovatelů byl nadšený a opakovaně je chválil. Pán i rodina rovněž potvrdili, že služba s nimi byla individuálně naplánována a podléhala dopředu avizované kontrole z úřadu zřizovatele.

Paní Růžena (RS2) a její dcera vyjádřily spokojenost s odlehčovacím službou, kterou navštěvuje. Dcera konstatovala, že *„hlavně že tam maminka vydrží a je v zásadě spokojená“*. Paní na otázku, jestli do centra dochází ráda, přitakala. Služba, dle vyjádření dcery byla rovněž opakovaně kontrolována ze strany úřadu, což dcera kvitovala jako dobré.

Paní Ludmila (RS3) si nemohla pečovatele z hospice vynachválit, pouze litovala, že na ní nemohou mít víc času. Při otázce na další služby se zastavila pouze u služeb zdravotní sestry, jejíž péči považuje za dostatečnou, ale *„takovou studenou.“* Paní si rovněž rozpomněla na kontrolu z magistrátu, která se jí ohlásila a proběhla *„bez problémů“*

Paní Vlasta (RS4) hodnotí kvalitu poskytované domácí péče jako „průměrnou.“ Paní nebyla spokojena se svým zdravotním stavem a evidentně se jí do podrobné kritiky nechtělo. Opakovaně oceňovala především péči své dcery a vnuka a to, že *„se nemusí trmácet někam do špitálu.“*

Paní Ludmila (RS5) byla s kvalitou využívané sociální služby spokojená. Vyjádřila pouze nespokojenost nad tím, že nemůže tolik využívat návštěvy lékaře a odborných specialistů. Komentovala to slovy *„Já si ty doktory obejdu, ale su z toho hrozně unavená.“* Potvrdila, že i u ní proběhla kontrola služeb zástupcem zřizovatele, kterým prý nezapomněla *„holky vychválit.“*

Z perspektivy poskytovatelů jsem se zaměřila více na otázku kvality z pohledu osobního rozvoje zaměstnanců a procesu měření kvality služeb.

Pan Pavel (RP1) považuje za způsob zajištění a hodnocení kvality služby individuální plán, vytvořený při zahájení spolupráce s klientem a záznam, který je povinen jako pečovatel pořádat z každé návštěvy u klienta, včetně zdůvodnění případného negativního hodnocení klientem. Na vyhodnocení takového negativního hodnocení je vyhrazená pracovníce terénní ošetrovatelské služby (TOS), která s klienty pravidelně komunikuje. Problém vidí v tom, že lidé nechtějí o péči, kterou považuje za kvalitní, přijít a tak se bojí i o případných těžkostech mluvit. Potvrzuje i pravidelnou kontrolu pověřených lidí z úřadů. Stran osobního rozvoje pracovníka vidí ve své organizaci dobré podmínky a dostatek příležitostí, jak získávat nové zkušenosti.

Paní Kristýna (RP2) je v otázce kvality služeb jednoznačně optimistická. Říká, že je přesvědčená o tom, že lidé vykonávající tuto práci jsou lidsky i profesionálně velmi kvalitní. Tvrdí rovněž, že je důležité sbírat od seniorů, jejich rodinných příslušníků i pečovatelů zpětnou vazbu, tak aby se služby mohly nadále zlepšovat. Stěžejním bodem kvality je podle ní komunikace na všech úrovních, a to včetně nadnesené kontroly ze strany zřizovatelů.

Paní Tereza (RP3) nemá na otázku kvality sociálních služeb jednoznačný názor. Podle názorů klientů, užívajících pečovatelskou službu, ve které pracuje, soudí, že jsou s její kvalitou převážně spokojeni. Sama zejména silně kvituje možnost se v rámci své profese vzdělávat a celkově se tak „*posouvat v životě dopředu*.“

Paní Vladka (RP4) vnímá sociální služby jako relativně kvalitní a postupně se zlepšující. Jako jednoznačně negativní ale vnímá byrokratickou zátěž spojenou s poskytováním sociálních služeb. „*Jak to Ti lidi bez těch papírů proboha teda mohli dělat tu práci.*“ Je každopádně příznivcem povinného vzdělávání, protože „*člověk se může vždy něco nového naučit.*“ Standardizaci v sociálních službách chápe jako nezbytnou, ale nesmí podle ní zdržovat od samotné práce s lidmi.

O5. Do jaké míry je domácí péče o seniora věcí morálky pečujících?

Předešlé otázky (skupiny otázek) se týkaly povahy sociálních služeb, zejména konkrétně využívaných a poskytovaných služeb, a to celé navíc na místně určeném. Tato poslední otázka do výzkumu nutně, byť omezeně, zahrnuje i samotný proces vstupu do domácí péče a soustředí se na základní hodnotový postoj každého respondenta.

Na citlivé téma morálky jsem se po úvaze rozhodla zeptat všech respondentů. Žádný z nich se neodmítl vyjádřit, pouze někteří byli ve svých odpovědích zdrženliví. S výjimkou řádové sestry Kristýny také žádný z pečovatелů, ani ze seniorů neoznačil faktor morálky za jediný nebo naprosto převažující. Sestra Kristýna navíc svůj morální apel rozšířila za hranice rodiny, na celou komunitu seniora. Ostatní ve svých odpovědích dospěli do bodu, kdy za příčiny ovlivňující rozhodnutí o domácí péči považovali kombinaci více zmíněných faktorů. U otázky směřované na osobní hodnotový systém respondentů jsem se rozhodla uvést zde pouze jejich přímé vyjádření bez osobní interpretace.

Pan Vladimír (RS1) : *„Rodina se musí postarat, ale musí se mít kdo starat. Když děcka bydlí daleko, nezbyvá člověku, než jít do domova.“*

Manželka a dcera: *„Tatínka bychom nikdy nedali do žádného ústavu.“* *„To je naše povinnost před Bohem se postarat.“*, *„Člověk ale musí chodit do práce. Když pak není nikdo, kdo by se staral, a peníze nejsou....“*

Dcera paní Růženy RS2): *„Člověk by se měl, pokud může, postarat o svoje rodiče. Málokdo to ale zvládne sám a bez pomoci. Peníze sou taky důležité, ale hlavně ta pomoc. Aby na to člověk nebyl sám.“*

Paní Ludmila (RS3): *„Rodina se musí postarat. Já se starala o svého manžela až do jeho smrti. Já vím, že dcera má se mnou moc práce. Chudák je zedřená, přijde z práce a jde mě pomáhat, protože já už bych to sama nezvládla. Někdy si říkám, že bych jí ulevila, ale nechce se mě nikam do domova důchodců, to ať už radši umřu.“*

Paní Vlasta (RS4): *„Rodina se samozřejmě má starat nejvíc“*

Paní Ludmila II (RS5): *„Děcka se musí postarat, šak kdo jiný. Když sú děcka ludry, pak babušce nezbyvá než jít. Já mám hodnú céru. Když sem to potřebovala, vzala mě k sobě, tak snad spolu chvílu vydržíme.“*

Dcera: *„Pro pracujícího člověka, co má vlastní děcka, je to hrozně těžké se postarat. Kor, když je sám. Kdo nemůže být doma nebo nemá auto, ten se těžko postará.“* Paní příkyvovala.

Pan Pavel (RP1): *„Myslím, že málokdo si může dovolit využívat v péči o seniora několika hodinovou denní sociální službu. Tedy myslím, že se jedná o kombinaci otázky finanční, resp. jestli rodina péči o seniora zvládá z hlediska pracovní vytíženosti, možností ubytování*

seniora v rodině apod. Každopádně cena sociálních služeb je vzhledem k průměrným výdělům vysoká.“

Paní Kristýna (RP2) : *„Péče o potřebného, o seniora je tou největší zodpovědností celé rodiny. Ale nejen rodiny. Lidé musí vnímat své okolí, bavit se spolu, svěřovat se. Navíc nikdy nevíte, kdy se Vám Vaše pomoc vrátí.*“

Paní Tereza (RP3): *„Myslím, že většina rodin by se o své babičky mohla postarat. Spousta z nich ale taky bydlí daleko, chodí do práce..... Těžko říct, teda každopádně jsem ráda, že se mě to zatím netýká.*“

Paní Vladka (RP4): *„Rodina se může postarat, ale musí pro to být předpoklady. Čistě věci morálky to rozhodně není, ta péče je hrozně náročná a lidi nejsou ze žuly. Sama vím, jak obtížné je pečovat o vlastní maminku, je to stálý stres, který Vám může pěkně nabourat život, vztahy, všechno.*“

6.3 Interpretace výsledků

Tato část práce je určena ke zhuštěnému rekapitulování získaných dat a jejich porovnání s původními výzkumnými podotázkami a k získání odpovědi na hlavní výzkumnou otázku.

Názory respondentů na faktor *informovanosti* lze interpretovat poměrně jasně. Informovanost není vnímána jako rozhodující faktor, ani jako problém při zajištění a čerpání domácí péče. Z pohledu klientů a rodinných příslušníků je patrný jasný akcent na předávání zkušeností s danou službou v osobním styku. Z pohledu poskytovatelů je znám zájem o sebe prezentaci, ale dominujícím je rovněž vnímání klíčivosti osobní zkušenosti.

Názory respondentů na faktor *místní a časové dostupnosti* jsou již více diverzifikované a je patrné, že částí respondentů je dostupnost služeb vnímána jako přinejmenším potenciální problém a faktor ovlivňující rozhodování o čerpání služeb. Je zajímavé, že ze strany poskytovatelů je dostupnost prakticky unisono prezentována jako potenciální problém s ohledem na kapacitu sociálních služeb v místě.

Názory na faktor *ekonomický* jsou rovněž rozdělené. Podle očekávání však převládá v tomto bodě nejsilněji vnímání peněz jako největšího limitu při využívání služeb. Peníze nejsou nikým z respondentů logicky brány jako nepřekonatelný problém, ale většinou

z nich, zejména z řad seniorů a rodinných příslušníků, je vnímán jako potenciálně značně omezující možnosti seniorů a příbuzných. Je patrné, že ekonomický faktor se nemusí nutně týkat jen samotné možnosti čerpat službu, ale může negativně zasáhnout i do života pečujících. V tomto klíčovém faktoru ovlivňujícím péči se nám opakovaně objevuje motiv velké obavy, či přímo již frustrace, z nemožnosti se o břímě péče více podělit. *Sdílení péče* více lidmi jako zásadní problém nám v rámci výzkumu v podstatě vyvstává jako suverénní faktor zásadně ovlivňující jak samotnou možnost, tak i kvalitu péče.

Oproti tomu faktor *kvality* poskytovaných služeb není vnímán ani jednou skupinou respondentů jako zásadní problém či důležitý negativní faktor při rozhodování. Senioři vnímají nabízené sociální služby v místě za kvalitní a problémy vnímají pouze v jednotlivostech. Respondenti z řad pečovatelů se shodují na potřebě postupného zlepšování služeb, zejména vzděláváním pečovatelů a výměnou zkušeností. Rozporuplné názory panují na způsob a vhodnost administrace služby.

V otázce morálky, tedy je – li domácí péče o seniora rozhodnutím činěným čistě na základě osobních hodnot, se naprostá většina respondentů vyjádřila ve smyslu, že hodnotový žebříček pečujícího je nepochybně při přijetí tohoto závazku stěžejní, ale není jediným, na jehož základě se člověk v reálné situaci rozhoduje.

V této otázce se plně zrcadlila celková tendence respondentů vnímat proces rozhodnutí o péči, samotný proces péče a tendenci využívat sociální služby jako multifaktoricky podmíněný s nejsilněji zastoupeným ekonomickým a morálním faktorem.

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku zní:

Na rozhodnutí týkající se čerpání služeb domácí péče má vliv více faktorů s nejsilněji vnímaným *ekonomickým* faktorem a rovněž faktorem *sdílení péče*. Faktor *morálky* a faktor *místní a časové dostupnosti* služeb je rovněž vnímán jako důležitý. Faktory *informovanosti* a *kvality služeb* jsou vnímány jako nejméně relevantní.

6.4 Návrhy a doporučení

Tato práce může být inspirací pro všechny zainteresované v domácí péči. Tím, že vedle sebe staví názory zástupců pečujících i klientů, nabízí komplexní pohled do ryze praktických problémů při čerpání i poskytování služby. Seniorům a rodinným příslušníkům může sloužit jako databáze organizací poskytujících sociální služby na území městské části

Brno-sever a užitečných kontaktů a zdrojů informací. Pro poskytovatele může sloužit jako impuls o snahu rozšíření jejich nabídky služeb

Ze samotných výsledků výzkumu vyplývá jasný důraz na osobní, mezilidské šíření informací o službách. Nabízí se zde tedy možnost, jak efektivně šířit informace o konkrétní dostupné sociální službě, a to jak se na příkladu respondentů našeho výzkumu ukazuje tak i pro organizace sídlící mimo konkrétní lokalitu. Jako efektivní se jeví využívat názorové autority místní komunity pečujících a jejich rodinných příslušníků, zejména lékaře, sestry ale také duchovní, organizátory spolků seniorů, svazu pacientů atd. Jako úspěšný model hodný následování se v naší práci jeví i propagace ve formě dnů otevřených dveří, seminářů, bazarů a podobně tématicky zaměřených akcí. Jako jednoznačně pozitivní trend vnímaný respondenty z řad poskytovatelů domácí péče se jeví snaha systematicky vzdělávat aspiranty na působení v této oblasti. Standardizace zejména v oblasti osobnostního rozvoje pečujících je důležitým krokem ke zkvalitnění poskytovaných služeb a podle názorů respondentů by mělo být do ní intenzivně investováno.

Obecně je téma domácí péče o závislého člověka v samotném středu zájmu sociální pedagogiky a jejich relevantních subdisciplín. V centru zájmu sociální pedagogiky jsou lidské komunity, jejichž potřeby se neustále vyvíjejí v místě a čase a kladou stále vyšší nároky na naši schopnost porozumění a tolerance. Respektování specifických potřeb seniora odkázaného na pomoc pečujících a vzdělávání všech zainteresovaných na domácí péči o seniora je zásadní.

K tomuto všeobecnému vzdělávání může přispět sociální pedagogika čerpající z živých zkušeností lidí vyžadujících náš zájem, starost a lásku.

ZÁVĚR

Ve své práci jsem se věnovala problematice péče o seniory v domácím prostředí a funkcí sociálních služeb. S postupujícími demografickými, ekonomickými a sociálními změnami je zřejmé, že bude dále narůstat potřeba služeb zajišťujících stále většímu počtu seniorů možnost pokračovat ve svém životě v kruhu rodiny. Ideálně by se pak měl zvýšit počet seniorů, kteří budou moci svůj život ve svém přirozeném prostředí dožít. S tím souvisí veřejná potřeba monitoringu poptávky po těchto službách, a rovněž nabídky sociálních služeb a zmapování jejich dostupnosti a kvality.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část se skládá ze čtyř kapitol. První kapitola vysvětluje základní koncepty, jako jsou domácí péče, formy domácí péče. Druhá kapitola se zabývá historickým vývojem a dnešním systémem domácí péče. Třetí kapitola této práce se zaměřuje na faktory, které ovlivňují domácí péči. Poslední kapitola je věnována struktuře a kvalitě sociálních služeb a jejich poskytovatelům na území městské části Brno-sever.

Praktická část bakalářské práce obsahuje dvě kapitoly. V první kapitole je vymezena metoda výzkumu a jeho cíl. Druhá kapitola je věnována vlastnímu výzkumu a obsahuje rozhovory s klienty a poskytovateli sociálních služeb. Na interpretaci dat z těchto rozhovorů navazuje část věnovaná návrhům určeným pro praxi a to ve prospěch poskytovatelů i potenciálních klientů.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, které faktory jsou rozhodující při čerpání služeb domácí péče. Jak se, i na základě studia příslušných pramenů, ukázalo, faktorů, které vstupují do rozhodování klientů, jejich rodin a také poskytovatelů je celá škála. Síť služeb domácí péče ve mnou zkoumané oblasti Brno-sever se jeví jako dostatečná, nicméně s potenciálem k růstu.

Celkově by vytvoření podmínek pro zajištění růstu nabídky dostupných zdravotních a sociálních služeb domácí péče mělo být naprostou prioritou při směřování celého systému zdravotní a sociální politiky. Při již dnes známých konsekvencích sociálních změn probíhajících v naší společnosti je tento požadavek nejen morálně oprávněný, ale i zcela pragmatický.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] Čámský, P., Sembdner, J., Krutilová, D., Sociální služby v teorii a praxi. 1.vyd. Praha: Portál, 2011, 264s. ISBN 978-80-262-0027-7
- [2] Čevela, R., Kalva, Z., Čeledová, L. Sociální gerontologie, úvod do problematiky. Praha: Grada publishing, a. s., 2012, 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4
- [3] Disman. M., Jak se vyrábí sociologická znalost. 3. vyd. Praha: Karolinum 2000, 374 s. ISBN 8024601397
- [4] Dvořáčková, D. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory, 1. vyd. Praha: Grada publishing, a.s. 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3
- [5] Hendl. J., Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. 1.vyd. Praha: Portál 2005, 408 s. ISBN 80-7367-040-2
- [6] Chloupková, S. Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A od Z. Praha: Grada publishing, a.s., 2013, 128 s. ISBN 978-80-247-4678-4
- [7] Jarošová, D. Péče o seniory, Ostravská univerzita v Ostravě. Zdravotní sociální fakulta, 2006, 110 s. ISBN 80-7368-110-2
- [8] Jarošová, D. Úvod do komunitního ošetřovatelství. Praha: Grada publishing, a. s., 2007, 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7
- [9] Kalvach, Z., Čeledová, L., Holmerová, I., Jiráček, R., Zavázalová, H., Wija, P., a kol. Křehký pacient a primární péče 1. vydání. Praha: Grada publishing, a.s., 2011, 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3
- [10] Králová, J. Rážová, E. Sociální služby a příspěvek na péči. 4. vyd. Nakladatelství Anag, 2012, 464 s. ISBN 978-80-7263-748-5
- [11] Malíková, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vydání. Praha: Grada publishing, a.s., 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3
- [12] Matoušek, O. a kol. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. 1. vydání. Portál, 2007, 196 s. ISBN 978-80-7367-310-9
- [13] Matoušek, O. Základy sociální práce. 2. vydání. Praha: Portál, 2008, 309 s. ISBN 978-80-7376-331-4
- [14] Plevová, I. a kol. Ošetřovatelství I. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2011, 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3

- [15] Průša, L. Ekonomie sociálních služeb. 2. vyd. Aspi, 2007, 179 s. ISBN 8073572556

Internetové zdroje

- [16] AGENTURA DOMÁCÍ PÉČE BRNO [online]. Domácí péče [cit. 2014-04-10]. Dostupné z <http://www.pomoc-brno.cz/index.htm>
- [17] ČESKÁ ASOCIACE SESTRER. Sekce domácí péče [online]. Komplexnost domácí péče [cit. 2014-02-01]. Dostupné z <http://www.sekcedomacipece.cz/onas/>
- [18] Český statistický úřad, Krajská správa ČSÚ v Brně [online].SLDB 2011 vybrané výsledky města Brna [cit. 2014-03-25]. Dostupné z http://www.czso.cz/xb/redakce.nsf/i/sldb_2011_vybrane_vysledky_podle_mestkych_casti_brna
- [19] DOMOV PRO SENIORY OKRUŽNÍ. Poskytované služby [online]. Centrum denních služeb. [cit.2014-04-03]. Dostupné z <http://www.okr.brno.cz/index/.php?nav01=7922&nav02=7987&nav03=8783>
- [20] Městská část Brno-sever. Služby pro občany [online]. Pečovatelská služba Brno-sever [cit.2014-03-01]. Dostupné z <http://www.sever.brno.cz/radnice/17odbory/721pecovatelska-sluzba.html>
- [21] MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Sociální služby [online]. Standardy sociální péče [cit. 2014-02-14] Dostupné z <http://mpsv.cz/cs/5963>
- [22] PORTÁL SOCIÁLNÍ PÉČE VE MĚSTĚ BRNĚ. Sociální služby [online]. Kdo je kdo v sociálních službách [cit. 2014-02-01]. Dostupné z <http://www.socialnipece.brno.cz/>
- [23] ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Domácí zdravotní péče [online]. [cit. 2014-01-05]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/category/tematickerady/zdravotnicka-statistika/domaci-zdravotni-pece>
- [24] Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některé ustanovení zákona o sociálních službách
- [25] Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění

- [26] ZDRAVOTNÍ MEDICÍNA Definice a cíl domácí péče [online]. Definice a cíl domácí péče. [cit. 2014-01-08] Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/definice-a-cil-domaci-pece-143021>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

MČ Městská část

PS Pečovatelská služba

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Seznam úkonů při poskytování odlehčovacích služeb a jejich úhrady

Příloha č. 2 Seznam úkonů při poskytování pečovatelské služby a jejich úhrady

PŘÍLOHA P I:

Seznam úkonů – Odlehčovací služby a jejich úhrady, Pečovatelská služba Brno-sever

Seznam úkonů při poskytování odlehčovacích služeb a jejich úhrady

Úkony:	vyhláška 505/2006 Sb. k zák. 108/2006 Sb. dle novely vyhl.č. 389/2013 Sb.	V případě, že klient doloží aktuální výši důchodu a příspěvku na péči.		
		Maximální výše úhrady v Kč:	Do 13 000,-	Do 18 000,-
A Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu:				
1 Pomoc a podpora při podávání jídla a pití (podání)	130,-/hod	100,-/hod	130,-/hod	130,-/hod
2 Pomoc při oblékání, svlékání včetně speciálních pomůcek	130,-/hod	100,-/hod	130,-/hod	130,-/hod
3 Pomoc při prostor. orientaci, samost. pohybu ve vnitřním prostoru	130,-/hod	100,-/hod	130,-/hod	130,-/hod
4 Pomoc při přesunu na lůžko, vozík	130,-/hod	100,-/hod	130,-/hod	130,-/hod
B Pomoc při osobní hygieně, poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:				
1 Pomoc při úkonech osobní hygieny	130,-/hod	100,-/hod	130,-/hod	130,-/hod
2 Pomoc při základní péči o vlasy a nehty	130,-/hod	100,-/hod	130,-/hod	130,-/hod
3 Pomoc při použití WC	130,-/hod	100,-/hod	130,-/hod	130,-/hod
C Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:				
1 Zajištění stravy odpovídající věku, zásadám rac. výživy a potřebám dietního stravování	170,-denně (3 hlavní jídla) (75,-oběd)	Ceny stanoveny dle smlouvy s dodavatelem	Ceny stanoveny dle smlouvy s dodavatelem	Ceny stanoveny dle smlouvy s dodavatelem
2 Pomoc při přípravě stravy	130,-hod	100,-/hod	130,-/hod	130,-/hod
D Poskytnutí ubytování u pobytové formy služby	210,-hod	150,-/den	180,-/den	210,-/den

PŘÍLOHA P II:

Seznam úkonů – Pečovatelské služby a jejich úhrady, Pečovatelská služba Brno-sever

Seznam úkonů při poskytování pečovatelské služby a jejich úhrady

Úkony:		vyhláška 505/2006 k zák.108/2006 dle novely vvl. č. 389/2013 Sb.	V případě, že klient doloží aktuální výši důchodu a příspěvku na péči.		
		Běžně stanovená výše úhrady v Kč:	Do 13.000,-	Do 18.000,-	Nad 18.000,-
A	Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu:				
1.	Pomoc a podpora při podávání jídla a pití (podání)	130,-/hod	100,-/hod	130,-/hod	130,-/hod
2.	Pomoc při oblékání, svlékání včetně speciálních pomůcek	130,-/hod	100,-/hod	130,-/hod	130,-/hod
3.	Pomoc při prostor. orientaci, samost. pohybu ve vnitřním prostoru	130,-/hod	100,-/hod	130,-/hod	130,-/hod
4.	Pomoc při přesunu na lůžko, vozík	130,-/hod	100,-/hod	130,-/hod	130,-/hod
B	Pomoc při osobní hygieně, poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:				
1.	Pomoc při úkonech osobní hygieny	130,-/hod	100,-/hod	130,-/hod	130,-/hod
2.	Pomoc při základní péči o vlasy a nehty	130,-/hod	100,-/hod	130,-/hod	130,-/hod
3.	Pomoc při použití WC	130,-/hod	100,-/hod	130,-/hod	130,-/hod
C	Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:				
1.	Zajištění stravy odpovídající věku, zásadám rac. výživy a potřebám dietního stravování	170,-denně (3 hlavní jídla) (75,-oběd)	*	*	*
2.	Dovoz nebo donáška jídla	30,-/úkon	15,-/úkon	20,-/úkon	30,-/úkon
3.	Pomoc při přípravě jídla	130,-/hod	100,-/hod	130,-/hod	130,-/hod
4.	Příprava a podání jídla	130,-/hod	100,-/hod	130,-/hod	130,-/hod