SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika

přednáška č. 10 (jaro 2011)

(Mrg. Ondřej Hora, Ph.D.)

Rodinná politika ve vztahu ke starším lidem

Problematika odchodu do důchodu a života ve stáří

Péče o staré a jiné závislé osoby v rodině i mimo rodinu

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Výchozí stav a očekávaný vývoj v demografické oblasti

V roce 2006 bylo v ČR 14,4 procenta osob starších 65 let a 3,2 procenta osob starších 80 let (Průša 2007).

Dnes je tedy jen asi 15 procent obyvatel starších 65 let, v roce 2030 to bude (v prognóze) téměř čtvrtina a v roce 2050 pak třetina. Dnes 1,4 milionu, v roce 2050 se očekávají 3 miliony při současném poklesu celkového obyvatelstva na 9,43 milionu (prognóza ČSÚ in Průša 2007). Lze očekávat cca 4 osoby nad 60 let na jedno dítě do 15 let (Pavlík a kol. 2002).

Lidé vnímají stárnutí populace značně negativně (Vidovičová, Rabušic 2003) (vzbuzuje v nich obavy hlavně vzhledem k sociální a ekonomické situaci země).

V politické rovině se někdy mluví o potřebě prosazení tzv, konceptu aktivního stárnutí a mainstreemingu věku (vs. tzv. demografická panika). Vláda přijala program přípravy na stárnutí 2008-2012.

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Nejzávažnější témata spojená s oblastí stáří a stárnutí populace (též Kuchařová 2002):

Koncepce občanství, vzdělání a veřejné politiky:

- možnost seniorů žít ve společnosti plnohodnotný a důstojný život
- vztahy mezi generacemi – např. celkové postoje veřejnosti k seniorům (stigmatizace stářím, labeling – sociální exkluze), sociální vztahy (vztahy v rodinách)
- možnost získat informace a vzdělávat se
- role veřejné politiky v oblasti podpory života ve stáří (i starší lidé patří do rodinné politiky)

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Materiální dimenze:

- zajištění finančních prostředků ve stáří (starobní penze, právo nikoli povinnost pracovat i v důchodovém věku)
- problematiku zajištění pracovního uplatnění pro starší pracovníky
- problematika bydlení seniorů

Problematika péče a partnerství:

- zdravotní péči pro seniory (zdrav. stav, míra čerpání, spoluúčast).
- zajištění podpory a péče v situaci ztráty soběstačnosti
- problém osamělosti, sociální izolace (sociálního vyloučení)

Je to ale komplexní systém, tyto věci spolu často souvisejí. Např. finanční prostředky a zdravotní péče.

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Místo seniorů ve společnosti (veřejné mínění a media)

Obecné postoje společnosti ke starším lidem jsou spíše pozitivní. Výzkum Dialog např. uvádí, že staří lidé jsou vnímáni jako zdroj zkušeností a emoční podpory, lidé se domnívají, že společnost by měla respektovat jejich práva a řešit jejich problémy. Že jsou staří lidé přítěží pro společnost si myslí jen 6,8 procenta lidí, že zabírají společnosti ekonomické zdroje pak 13,5 procenta.

Vidovičová (2005) ale konstatuje, že s jiným (horším) chováním na základě věku se setkalo 22 procent lidí nad 60 let (ageismus).

Jak společnost stárne, dochází k přizpůsobování prostředí životnímu stylu seniorů (např. specializované obchody pro seniory, zájezdy pro seniory apod.).

Řada lidí ani nemá přímý kontakt se seniory mimo vlastní rodinu (generace žijí odděleně).

Média nepovažují seniory za zajímavé (často jsou prezentováni v negativním kontextu). Staří lidé jsou ale stále více také terčem útoků různých útoků (také vliv médií) a jsou prezentování jako zátěž pro společnost (Sedláková) – nadměrně je zdůrazňováno ekonomické hledisko (Kalvach 2006)

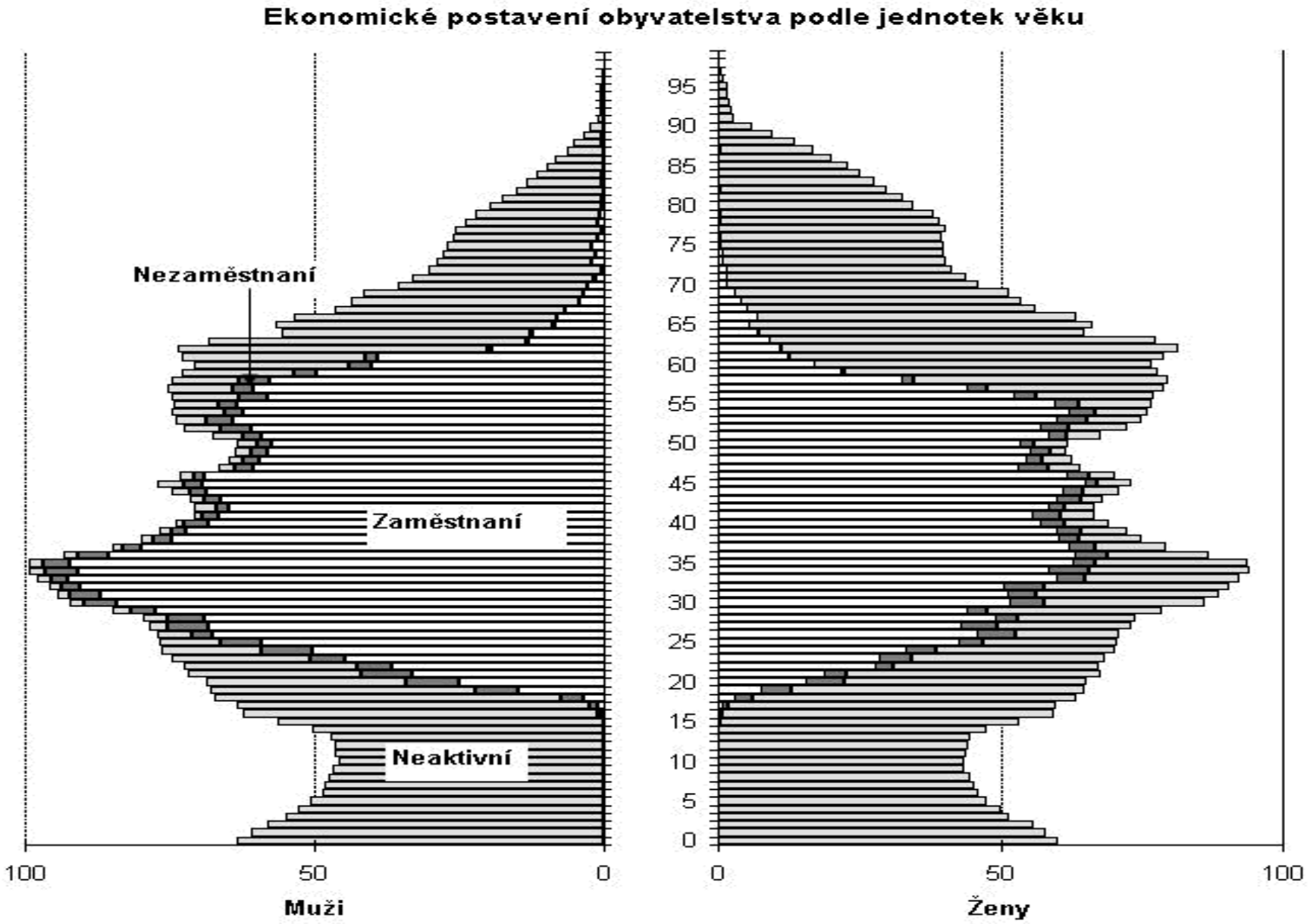
SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Starší pracovníci na trhu práce

V posledních 20 letech došlo ve strategiích politiků ke konceptuálnímu posunu. Dříve byli starší lidé vnímáni jako neperspektivní, měli uvolnit místa mladším = řešením byly předčasné důchody (v ČR ještě v 90. letech). Dnes opačná situace, je podporováno či vyžadováno co nejdelší setrvávání lidí na trhu práce.

V reálu jsou ale lidé nad 50 let často při přijímání do zaměstnání znevýhodněni (Vidovičová 2005, Hora 2008). Souvisejícími problémy jsou často zdravotní stav a nízká možnost se vzdělávat. Paradox flexibility a dočasnosti (dostatek času, ale předsudky a nižší perspektiva) ve vztahu ke starším pracovníkům. Situace starších mužů a žen může být v některých rysech odlišná.

Míry nezaměstnanosti osob nad 50 let podle VŠPS ale zpravidla nejsou horší než u jiných věkových kategorií, problémem je spíše míra neaktivity (55-60 let).


Ekonomické postavení obyvatelstva podle jednotek věku
Nezaměstnaní
Zaměstnaní
Neaktivní
95
90
85
80
75
70
65
60
55
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
100
50
0
Muži
0
50
100
Ženy

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Věk odchodu do důchodu (v. DIALOG, též Rabušic 2004) – V evropských zemích existuje výrazný rozpor mezi přáním obyvatel a jejich očekáváním ohledně reálného věku odchodu do důchodu.

Věk odchodu do důchodu očekávaný / preferovaný (v %)	Česká Republika	Rakousko	Finsko	Polsko
Do 55 let	9,9	10,1	6,6	31,3
	49,0	46,0	34,0	65,7
55 až 60 let	49,9	43,8	36,3	44,0
	39,6	43,3	48,8	27,9
61 až 65 let	33,5	36,6	52,8	24,2
	9,1	8,0	14,4	5,7
nad 65 let	6,7	9,4	4,4	0,6
	2,3	**2,7**	2,8	0,7
Medián věku	59,7	59,9	62,1	59,4
	55,4	57,0	59,0	53,5

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Věk odchodu do důchodu v Evropě (Lindell 2004) – příčinou jsou očekávané větší výdaje (v ČR z 8,5 % HDP na 14 % v roce 2050)

Table 3. The retirement age in selected countries.

Country	Current retirement age	Changes in retirement ages
Austria	65(M) 60(F)	60 –> 65 (2024–2033) (F)
Denmark	67	65 (1.7.2004)(national pension)
Estonia	63(M) 59(F)	59–>63(2016)(F)
Finland	65	63–68 (2005)(earnings-related pensions)
Great Britain	65(M), 60(F)	60–>65 (2010–2020) (F)
Hungary	62(M), 59(F)	55(1996) –>62 (2009) (F)
Iceland	67	–
Italy	65(M), 60(F) [1] (gradually phased out in 19 years)	57–65 (gradually implemented in 19 years)
Japan	60	60–>65 (2013–2025) [2]
Norway	67	–
Poland	65(M), 60(F)	– [3]
Switzerland	65(M), 63(F)	63–>65 (2009) (F)
United States	65y 4m	65–>67 (2003) (2027)

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Věk odchodu do důchodu

Skutečný věk odchodu do důchodu: ženy 59,6 roku, muži 61,5 roku v roce 2009 podle pravděpodobnostního indikátoru ČSÚ (LFS).

Pokud porovnáváme chtěný a očekávaný věk odchodu do důchodu je rozdíl min. 4 roky (Rabušic, Vidovičová 2003). Otázkou je, jak se bude tento názor měnit s tím, jak se bude věk odchodu do důchodu prodlužovat (zda se lidé přizpůsobí). Prozatím 2/3 uvádějí, že po dovršení důchodového věku nejspíše skončí s prací. Ale většina lidí (2/3) raději chce pracovat déle, pokud jim to zajistí slušný důchod (Svobodová 2010)

Tento rozpor není dán jen představou zaslouženého odpočinku, ale také obavou z možností pracovního uplatnění ve vyšším věku zvláště vzhledem ke zdravotnímu stavu a diskriminaci. Pro řadu lidí je jediným řešením předčasný odchod do důchodu, což je ale rizikové, vzhledem k tomu, že se tak krátí samotná výše důchodu. Blackburn (1991) zjistil, že chudoba ve stáří má vliv na délku dožití.

Nespokojenost obyvatel se současnou podobou důchodového systému (STEM 2008). Diskuze o reformě důchodových systémů

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Adekvátnost penzí (Evropská komise 2009, data 2006-2007)

V České republice jsou senioři spíše méně ohroženou kategorií.

- Míra chudoba mezi seniory v ČR 5 %
- Relative income of the elderly (RMI): srovnává příjem lidí nad 65 let s příjmem lidí 0-65 let = 80 %
- Aggregate replacement ratio (ARP): srovnává příjem lidí nad 65 z penzí s příjmem lidí ze zaměstnání ve věku 50-59 let = 50 %. Otázka, nakolik si lidé zachovávají životní standard z předdůchodového věku.

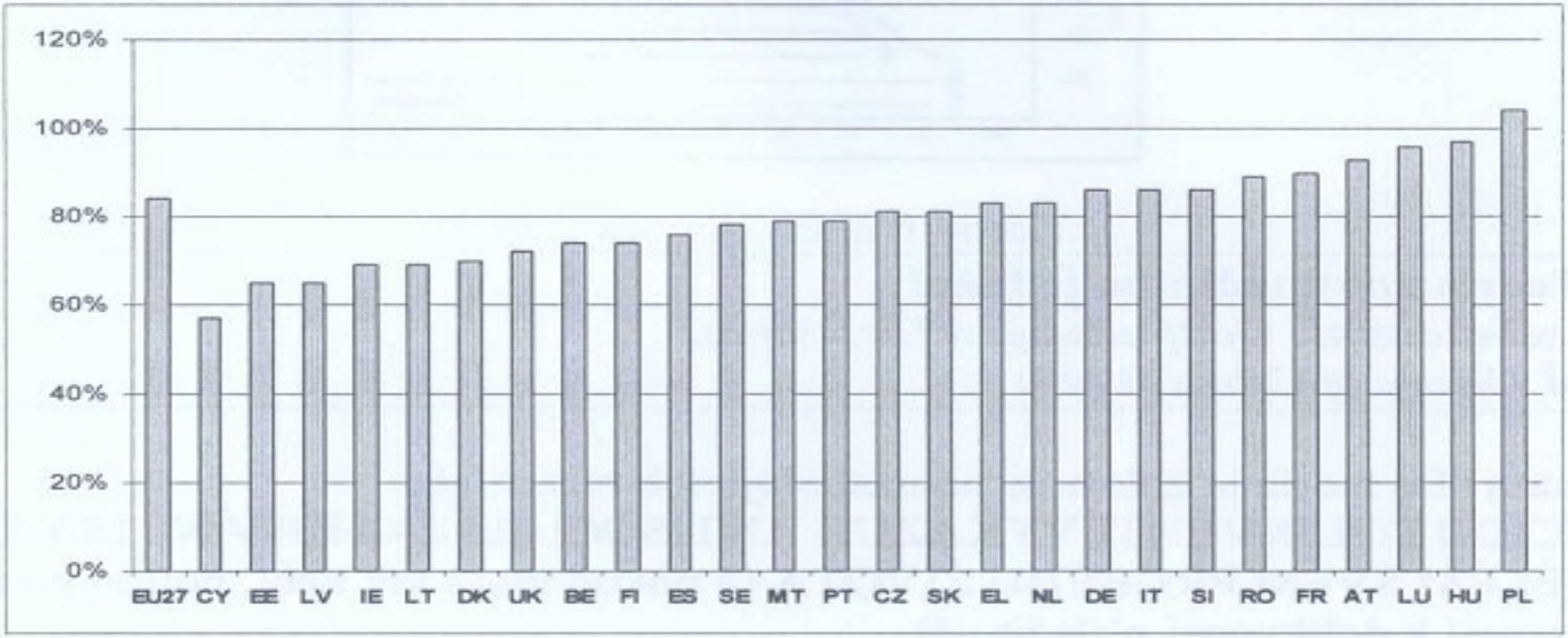
- Podle jiného výzkumu má ČR míru chudoby seniorů 7 %, tj. třetí nejnižší v EU (Zaidi 2010).
- Ale je výrazně vyšší u žen než u mužů (cca 3 % mužů a 8 % žen) (Evropská komise 2010)

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Adekvátnost penzí (Evropská komise 2009, data 2006-2007)

Míra chudoba mezi seniory v ČR 5 %, RMI 80 %, ARP 50 %

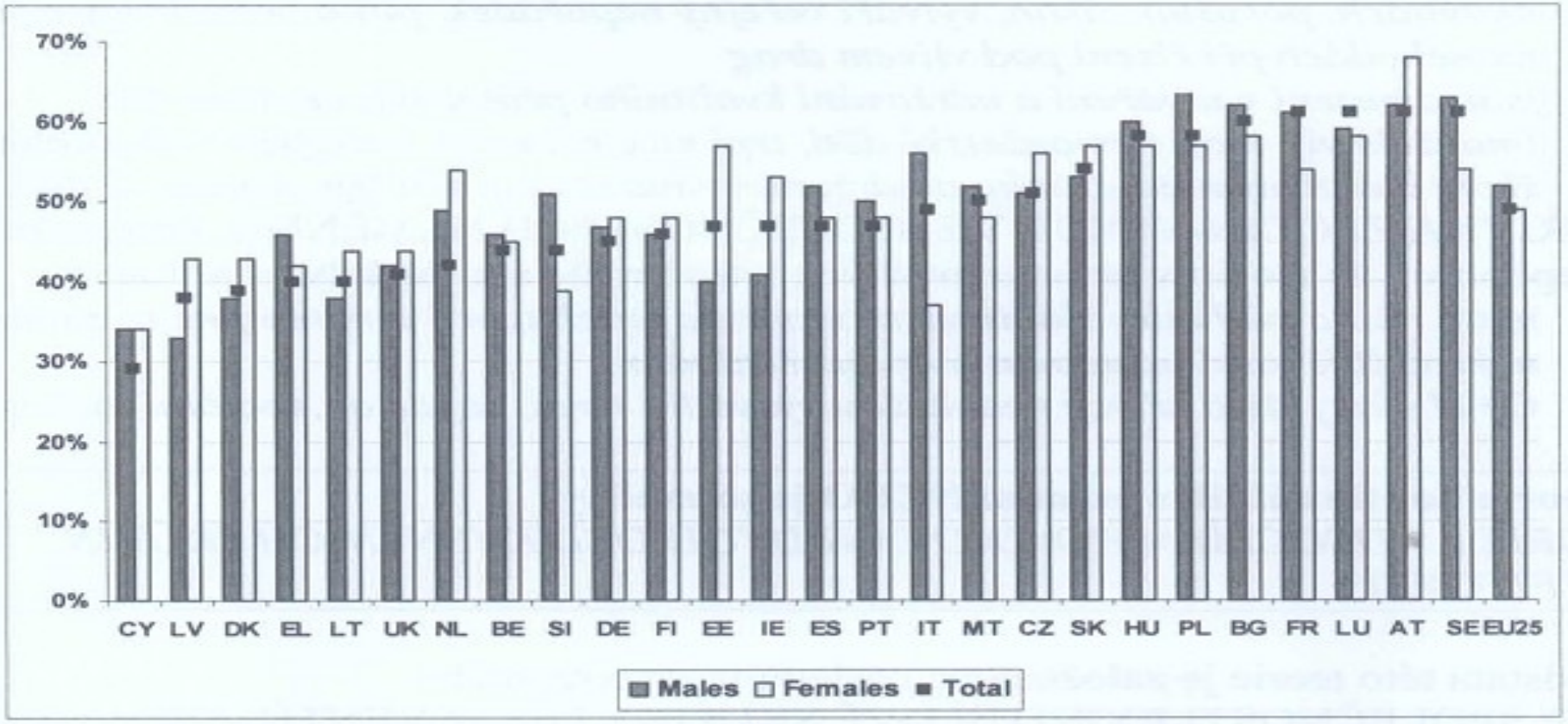
Figure 6: Relative income of the elderly: Median income of people aged 65+ as a ratio of income of people aged 0-64, 2007



Source: SILC (2007) Income reference year 2006; except for UK (income year 2007) and for IE (moving income reference period 2006-2007). RO: National HBS 2007, income data 2007. BG: missing data.

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Aggregate replacement ratio (Evropská komise 2009, data 2006-2007)



Source: SILC (2007) Income data 2006; except for UK (income year 2007) and for IE (moving income reference period 2006-2007); For BG: National HBS (2006) income data 2006. Data for RO not available.
Definition: the aggregate replacement ratio is the ratio of median personal (non-equivalised) income from pensions of persons aged 65-74 relative to median personal (non-equivalised) income from earnings of persons aged 50-59.

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Význam jednotlivých problémů týkajících se seniorů.

Výzkum DIALOG: Lidé kladou důraz na zdravotní péči, osobní péči a možnost pracovat v důchodu. Lidé se obávají špatného zdraví ve stáří?

Nejdůležitější opatření pro seniory (v %)	Česká Republika	Německo	Polsko
mít možnost pracovat v důchodu	**17,5**	18,9	16,3
zpřístupnit budovy a cesty pro seniory	5,1	5,3	3,2
zvýšit počet míst pro sociální kontakt seniorů	5,1	9,0	5,0
rozvíjet zdravotní služby	**24,5**	27,9	32,6
rozvíjet domácí pečovatelské služby	11,1	12,1	11,0
zvýšit počet míst v zařízeních pro seniory	13,9	10,8	9,6
zavedení opatření umožňujících příbuzným postarat se (dočasně) o staré osoby	**22,8**	17,8	22,3

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Zdravý život ve stáří? - Indikátor „Roky zdravého života“ (Eurostat - r. 2009)

Zdraví není jen absence nemoci (celková pohoda) – otázka, zda se vyššího věku dožíváme zdravější (řada faktorů např. životní prostředí, životní styl, stravování).

Kolik let života prožijeme bez závažných zdravotních problémů. Běžně se udává v letech (v ČR 60,9 pro muže a 62,5 pro ženy). Počítá se z úmrtnostních tabulek a ze standardizovaných dotazníků (SILC). V posledních letech významně vzrostl počet zdravých let (také naděje dožití).

Ale čtvrtina lidí v ČR mezi 60 a 70 lety vnímá svůj zdravotní stav jako špatný či velmi špatný a omezující zdravotní problémy má více než 40 procent lidí nad 60 let (SILC 2005). viz také Rychtaříková (2006)

Existuje souvislost mezi kvalitou poskytované zdravotní péče a lety zdravého života. Změnila se struktura nemocí (ne říká Kuchařová 2002), významnou roli hraje životní styl. některým nemocem není možné předejít. Specifika dlouhověkosti ze zdravotního hlediska (nemoci, křehkost).

	life years at birth	expectancy at birth	of life expectancy without disability	life years at birth	expectancy at birth	of life expectancy without disability
2009	Males			Females		
EU27*	60.9	76.4	79.7%	62.0	82.4	75.2%
Belgium	63.7	77.3	82.4%	63.5	82.8	76.7%
Bulgaria	61.9	70.1	88.4%	65.6	77.4	84.8%
Czech Republic	60.9	74.2	82.1%	62.5	80.5	77.7%
Denmark	61.8	76.9	80.3%	60.4	81.1	74.5%
Germany	56.7	77.8	72.9%	57.7	82.8	69.7%
Estonia	54.8	69.8	78.5%	59.0	80.2	73.6%
Ireland	63.7	77.4	82.4%	65.2	82.5	79.0%
Greece	60.2	77.8	77.4%	60.9	82.7	73.6%
Spain	62.6	78.7	79.6%	61.9	84.9	72.9%
France	62.5	78.0	80.2%	63.2	85.0	74.4%
Italy*	62.4	79.1	78.9%	61.2	84.5	72.4%
Cyprus	65.1	78.6	82.9%	65.8	83.6	78.7%
Latvia	52.6	68.1	77.3%	55.8	78.0	71.6%
Lithuania	57.0	67.5	84.4%	60.9	78.7	77.4%
Luxembourg	65.1	78.1	83.3%	65.7	83.3	78.8%
Hungary	55.7	70.3	79.3%	58.0	78.4	73.9%

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Zdraví ve stáří a výdaje na zdravotní péči

Výdaje na zdravotnictví mohou do budoucna paradoxně růst především díky větší dostupnosti nových léčebných metod a léků (jedná se o kvalitu péče a efekty na obyvatele) (Fakta o českém zdravotnictví 2007).

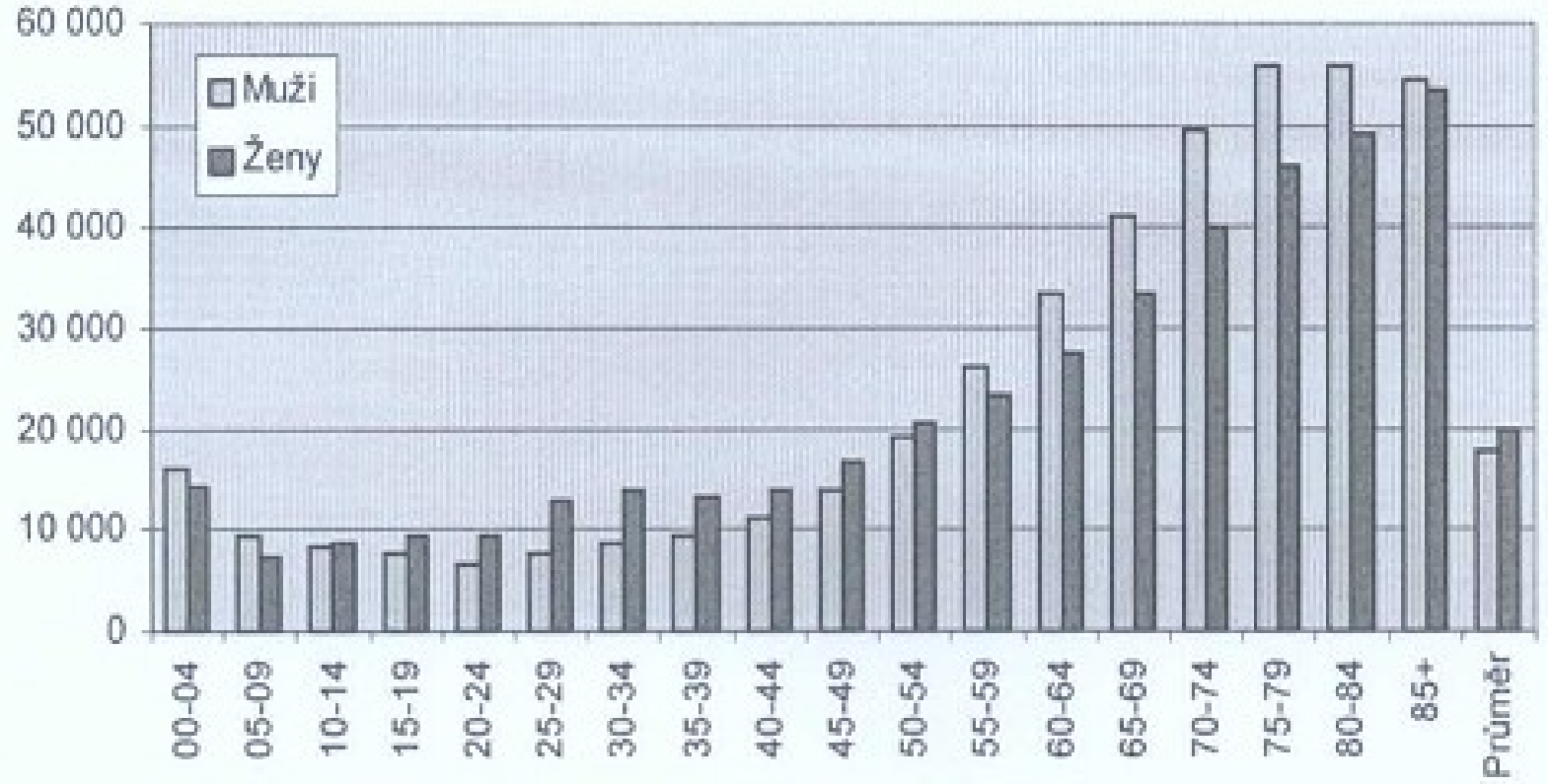
V ČR je vydáváno kolem 7,89 % HDP (2009) na lékařskou péči (v západní Evropě 9-11 %, ale výrazně vyšší HDP). Celkově ČR sedmé nejnižší výdaje v rámci EU (Evropská komise 2009).

Průměrné náklady na zdravotní péči skutečně rostou s věkem (po 40 roce věku, zvláště u lůžkové péče). Důležitá je také demografická struktura populace. Alespoň jednou ročně potřebuje lůžkovou péči třetina populace nad 60 let (Kuchařová et al. 2002).

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Zdraví ve stáří a výdaje na zdravotní péči (ČSÚ 2010 – zdravotnické účty)

Graf 3.2: Průměrné výdaje na zdravotní péči podle věku a pohlaví v roce 2008 (v Kč)



SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Zdraví ve stáří a výdaje na zdravotní péči

Fenomén stárnutí populace je důležitý také proto, že zdravotnictví je fakticky průběžně financované. V posledních letech výrazně vzrost podíl financování ze soukromých zdrojů (16,3 procent v roce 2009 oproti 11 procentům v roce 2004). V průměru tisíce korun ročně.

Celkové výdaje na zdravotní péči v roce 2009 byly 286 miliard Kč, z toho 76,4 procenta ze zdravotního pojištění, 7,3 % z veřejných rozpočtů a 16,3 % ze soukromých zdrojů. V přepočtu asi 27 000 Kč na jednoho obyvatele.

Více než 60 procent obyvatel je u VZP (týká se i seniorů). Za významnou část (asi polovinu) pojištěnců platí pojištění stát (jsou podhodnocené).

V ČR jsou vysoké výdaje na léky (v roce 2009 to bylo 80 miliard korun) tj. 7618 Kč na jednoho obyvatele. Asi 6 miliard byly platby za regulační poplatky v roce 2008.

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Preference lidí ohledně formy poskytované osobní péče

Ve většině výzkumů se potvrzuje, že lidé dávají přednost domácní péči partnera nebo dětí (např. Rabušic, Vidovičová 2003, DIALOG na následující straně). V ČR často ale neodmítají ani veřejnou péči či péči neziskových, církevních organizací (nejsou ale zastánci tradičních „domovů důchodců“).

Lidé (rodina) také deklarují, že by se v případě potřeby o seniory postarali (v různých výzkumech to deklaruje 70 – 90 % lidí). Existuje silný pocit v lidech, že dospělé děti by se měly postarat o své rodiče (Nešporová et al. 2008)

Zastoupení lidí v institucionální péči není zatím tak významné, protože většina lidí nad 65 let dokáže zabezpečit své potřeby sama, případně s pomocí rodiny a odborníků (vs. vysoký počet žádostí do domovů pro seniory). Potřeba péče roste s věkem: 3 % ve věku 65 až 69 let, 28 % ve věku 85-89 let (Kopecká 2002)

Určitá kapacita rezidenčních zařízení je potřebná (asi 13 procent osob nad 65 let potřebuje komplexní péči, asi 3 procenta pak mohou být odkázána na ústavní péči (Přehnal 1999). Používá se indikátor počet míst / počet osob nad 65 let (13,2 v domácí péči + 5,3 v ústavní péči) (Průša 2007).

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Preferovaný způsob života v situaci, kdy respondent nezvládá sám své životní potřeby (aktivity)	Česká Republika	Rakousko	Polsko
doma s profesionální pomocí	**12,9**	21,8	8,4
doma s pravidelnou pomocí dětí nebo rodiny	**23,3**	18,8	60,2
doma s pravidelnou profesionální pomocí a pomocí dětí nebo rodiny	**17,8**	27,6	14,0
doma, ale s tím, že se někdo z příbuzných přistěhuje	10,1	5,2	5,3
v domě, který splňuje potřeby starých lidí	9,2	7,0	2,2
přestěhovat se k jednomu z dětí	4,6	2,5	3,5
sdílení bydlení s přáteli nebo příbuznými	2,9	2,4	2,5
v místnosti v boarding house (v penzionu)	**12,2**	2,2	0,7
v místnosti v domě pro seniory	6,6	11,0	3,2

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Domácí péče o seniory v rodině

K potřebě zajištění výrazné péče někdy dochází náhle (úraz, pobyt v nemocnici), někdy si to ale ani nemusíme uvědomovat (dochází postupně) =) vyvstává potřeba zajištění péče (8 % dospělé populace pečuje v současnosti – Jeřábek 2009).

Nejčastěji pečují o seniora dospělé děti nebo partner. Zahrnuje kromě vlastních úkonů péče také dimenzi starání se o druhého (Graham 1983). Asi 50 % případů péče je podpůrná péče, která není osobní péči o seniora – Jeřábek 2009),

Pro péči je možné využívat příspěvek na péči. Podle údajů MPSV (2010) asi 53 procent příjemců využívá péči od jediné osoby. (Je spíše nepravděpodobné, že by v rodině docházelo k finančním transakcím, spíše je využíváno na pokrytí osobních potřeb - Maříková, Plasová 2010)

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Domácí péče o seniory v rodině

Pro pečující rodiny pak může vznikat konflikt mezi 1) normou (měli by se postarat) a citem ke členům rodiny a 2) celkovou náročností péče.

Otázkou je, zda se rodiny mohou (nedostatek prostoru v bytě, bydlí daleko, díky pracovnímu vytížení - nutnost pracovat na důchod, mohou být v obdobné situaci a nebo si nemusí vědět rady) a chtějí starat o své členy se sníženou soběstačností.

Mezi pečujícími bylo 64 procent žen, z nichž 80 procent bylo současně zaměstnaných (Svobodobá 2006)

Ke zvládání takové situace je třeba jak pochopení zaměstnavatele, tak dalších členů rodiny (např. partnera). Hrozí také „syndrom vyhoření“. =) vyvstává potřeba sociální služby

Část seniorů nemá nikoho, kdo by mohl pomoci.

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Základní principy poskytování péče pro seniory
(mj. Mádl, Jabůrková 2007).

1) Umožnit žít pokud možno co nejnormálnější život (vzhledem k životní situaci a zdravotnímu stavu). Možnost komunikace, vlastní aktivity, podpora rodiny.

2) Reagovat na skutečné potřeby seniorů (např. mělo by být přiměřené zdravotnímu stavu klienta).

3) Nabízet služby, které jsou bezpečné, chrání zájmy klientů a zachovávají jejich důstojnost a autonomii rozhodování.

Riziko sociálního vyloučení se zvyšuje pokud sociální služby: 1) nejsou dostupné, 2) nejsou respektovány důležité potřeby, 3) je omezena autonomie v rozhodování o způsobu zajištění služby (Blackman 2001).

Hledisko kvantity a kvality služeb a financování (např. diskuze nakolik má být hrazeno jako zdravotní péče).

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Základní formy a přístupy k péči o seniory.

Základní možnosti: domácí péče, domácí péče s profesionální podporou, profesionální péče v domácnosti, institucionalizovaná profesionální péče a kombinovaná péče. Dva základní ideové přístupy k zajištění péče (Jeřábek 2009 - diskuze).

Základem pro posouzení zda je konkrétní služba vhodná by měl být především tzv. „funkční potenciál jedince“ (fyzická, psychická a sociální složka), přání seniora a jeho dosavadní sociální prostředí včetně možnosti domácí (rodinné, sousedské) podpory. Někdy bývá uplatňováno hledisko „nejmenší dostatečné podpory“.

Důležitým hlediskem je kromě zajištění potřeb také přirozenost prostředí (doma vs. nemocnice), možnost volby poskytovatele a otázka ekonomické dostupnosti / náročnosti.

V praxi je někdy nejasný vztah mezi jednotlivými typy sociálních služeb, poskytovanými službami a cílovými skupinami (Kubalčíková 2006). Riziko oddělování zdravotního stavu (nemoci) a disability (Kalvach 2006). Riziko opakované manipulace se seniorem podle jeho zdravotního stavu (problém tzv. frequent flyers).

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Kapacita (kvantita) zařízení péče o seniory a sociálních služeb (12 / 2006) (Průša 2007).

Domovy důchodců	Domovy - penziony	Léčebny dlouhodobě nemocných	Domy s pečovatel. službou	Pečovatel. služba celkem
38 672	11 428	7462	20 510	105 088

V prosinci 2006 bylo evidováno celkem 50 929 čekatelů na umístění do domova důchodců z toho 7 135 jich bylo evidováno v kategorii "přednostní a naléhaví čekatelé".

V roce 2008 bylo podle údajů ČSÚ 37 854 míst v 452 „domovech pro seniory“ (využití 95,8 %) a 52953 čekatelů. V roce 2009 to bylo 37 192 a 63913 čekatelů.

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Jaká služba je vhodná?

Obdobné formy péče o seniory ve větší míře již v Československu v 60-70 letech 20 století (29 000 míst již v roce 1960). Po roce 2002 došlo k převedení těchto zařízení ze státu na kraje a obce. V roce 2009 bylo 18114 míst v domovech zřízených kraji, 15106 míst v domovech zřízených obcemi a 2640 míst v domech zřízených církvemi.

V mezinárodním srovnání (Průša 2007) má ČR obdobné kapacity pobytových i terénních služeb (zde jako podíl populace) jako další země (výrazně méně než Dánsko, ale obdobně jako Finsko a např. více než Německo a Belgie – u terénních služeb).

Do budoucna poroste počet (starších) seniorů, kteří budou žít sami. Tento trend vyvolává obavy – při katastrofálním scénáři může dojít až k odmítnutí jak veřejné, tak soukromé podpory pro staré lidi (např. vyčerpání institucionální kapacity) (Epstein 1992) =) Nečekat, až ty problémy nastanou.

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Základním předpokladem je, aby péče měla určitou kvalitu – to můžeme spojovat především se spokojeností klientů.

- dostatek informací o službách (např. vstupní brány služeb),
- komunitní plánování
- integrace zdravotní a sociální péče
- oborová spolupráce, rozvoj oboru pečovatelství, sociální práce atd.
- přiměřená technická vybavenost (budovy, prostředí)
- komplexní přístup (schopnost zajistit více druhů služeb)
- kvalifikovaní pracovníci (povinná kvalifikace, metodická průprava, celoživotní vzdělávání)
- týmová práce, potlačení resortismu (zdravotníci, sociální pracovníci, další personál, rodina, dobrovolníci atd.)
- standardy kvality poskytování sociálních služeb

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Pobytová zařízení péče o seniory.

V České republice jsou tradičním nástrojem řešení pobytová zařízení (léčebny dlouhodobě nemocných, domovy důchodců, domovy penziony pro důchodce, domy s pečovatelskou službou – byty zvláštního určení). O tom, jak konkrétní zařízení fungují nejvíce rozhodují zřizovatelé (mj. je to otázka financování).

Kapacita těchto zařízení je dnes vyčerpaná (místa nejsou a uprázdněná se hned zaplňují). Lze očekávat, že zájem dále poroste. Kapacita domovů pro seniory ne vždy odpovídá věkové skladbě obyvatelstva v jednotlivých regionech.

Někdy jsou seniory vnímány jako „baráky na dožití“, „poslední štace“ apod., místa se uvolňují pouze smrtí seniorů (v roce 2008 bylo 2000 propuštěno a 8500 zemřelo).

Domovy pro seniory budou i do budoucna potřeba. Vždy bude obava, aby domovy důchodců nebyly tzv. „totální instituce“. To je spojeno jak s prostředím, tak s kvalitou péče, někdy je také problém „generačního zámku“ (chybí sociální kontakt s lidmi v jiné generaci).

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Přechod z domova do ústavního zařízení

Nejčastějším důvodem pro umístění do rezidenčního zařízení je, že se rodina o seniora nemohla postarat (Veselá 2003). Část poptávky je ale uměle vyvolaná nedostatkem zařízení (lidé vědí, že se dlouho čeká a tak žádají dopředu) (Janečková). Někdy vedou k odchodu do instituce také sociální důvody (např. osamělost, chce uvolnit byt).

Kritéria pro umístění: potřebuje komplexní péči, ale zároveň není upoután na lůžko. V určitých ohledech je lepší, když k přechodu dojde před nejzávažnějším zhoršením stavu klienta.

Pokud je přechod do jiného prostředí (např. DpS) nedobrovolný, jedná se o stresovou situaci, člověk je vytržen z přirozeného prostředí, je to výrazná a náhlá změna (tzv. „translokační syndrom“). Proto se klade požadavek na návaznost péče (lepší nebo minimálně stejná úroveň péče, kvalita života i pro změně prostředí). Obava seniorů z „režimu“ v domovech pro seniory.

Někdy je problém, že DpS nechtějí „náročné“ ležící klienty (existují ošetřovatelská místa – v roce 2009 to bylo v domovech pro seniory 8736 osob na ošetřovatelském oddělení, asi 7651 obyvatel bylo trvale upoutáno na lůžko a 16018 se může pohybovat s pomocí druhé osoby) (ČSÚ).

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Kritéria pro posouzení bydlení pro seniory (volně dle Kuchařová 2002)

- Bezpečnost
- Sociální kontakt, zajištění soukromí
- Bezbariérovost, vybavení bytu, tak aby vyhověl i v případě zdravotních komplikací (telefon na přivolání pomoci)
- Dostupnost institucí a doprava (např. zdravotní péče, obchody, veřejná doprava, doprava s pomocí zvláštních „taxíků“)
- Finanční dostupnost bydlení (dnes je požadován větší příspěvek než je důchod seniorů – viz Plasová, Maříková 2010)

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Technická vybavenost a prostředí v domovech pro seniory

Ve východoevropských zemích fungovaly jako domovy důchodců často bývalé zámky, špitály apod. (tedy budovy postavené nejpozději v 19. století). Tyto budovy často vzhledem k prostorovému řešení nevyhovují a jejich přestavba je náročná (v ČR prý až 40 procent). Někdy bývá zmiňován také problém prostorové nedostupnosti těchto zařízení. Postupem času se velmi zlepšilo.

Velmi negativně někdy působí tzv. mamutí domovy důchodců (mělo by být do 50 klientů), ale někdy paradoxně větší domovy mohou zajistit lepší péči (mají víc pracovníků). V krajských zařízeních je průměrná kapacita 100 klientů, v obecních 90 klientů (data ČSÚ).

Problémem je také, pokud je na jednom pokoji příliš mnoho lidí (např. 4-5), což znamená ztrátu soukromí (někdo nechce být sám). V ČR podle ČSÚ převažují jedno a dvoulůžkové pokoje.

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Přístup pracovníků

Jedná se zvláště o odklon od tzv. medicínského modelu, kde je hlavní udržování zdravotního stavu pacienta (zajištění materiálních potřeb) k modelu více sociálnímu (potřeba komunikace, individuálního přístupu). Vysoký paternalismus (Nešporová a kol. 2008)

Role sociálního pracovníka bývá stále někdy vnímána jako role administrátora či dávkového specialisty (vyplácení důchodů) (Janečková), případně zajišťování sociálních služeb (nákupy). Počet sociálních pracovníků není často takový, aby se mohli lidem více individuálně věnovat.

Řešením může být využití kompetenčního modelu (pečovatelští pracovníci, aktivizačně-rehabilitační pracovníci apod.) – přes definování náplně práce a konfrontační napětí. Je zajímavé, že pozice nejsou jednotně definované. K problematice definice jednotlivých pracovních pozic v DpS viz Musil a kol. 2006.

Ambulantní služby

Především denní stacionáře (centra denních služeb). Přinášejí lidem sociální kontakt, vytvářejí program či naplňují sociální čas (někdy za účelem udržování nebo rozvíjení dovedností). Jedná se vlastně o nízko-prahová zařízení, ale u seniorů to je složitější (může být i s dopravou). Kapacita je podle ČSÚ 3800 míst (pokles).

Respitní péče (odlehčovací služby)

Cílem je umožnit pečujícím si odpočinout. Může být jak institucionální, vhodná na delší dobu (vyhrazená lůžka v domovech důchodců apod.), ale i v domácím prostředí (na několik hodin). Kapacita týdenních stacionářů je podle ČSÚ necelých 1000 míst. (Byla by zřejmě potřeba vyšší).

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Osobní asistence / Pečovatelská služba – je dlouhodobou službou v domácnosti klienta (kadeřník, osobní péče, úklid, praní atd.) nebo jako docházka (typicky nákupy, dovoz obědů, vyzvednutí léků, zaplacení složenek – inkasa).

Od roku 1989 výrazně poklesl počet osob pomáhajících v domácnostech, především úbytek dobrovolníků, v roce 2007 to bylo 24 klientů na jednoho pomáhajícího (Maříková a Plasová 2010)

Vhodnost služby pro jednotlivé klienty je dána tím, co je reálně nabízeno. Jedná se mj. o rozpor mezi racionalizací služeb (snaha poskytovat toho spíše méně a postupovat rutinně – např. dovážka obědů) a potřebami klientů s náročnějšími nároky na péči. Často je zapotřebí vzájemná flexibilita (přizpůsobení), např. s ohledem na čas (pečovatelská služba funguje zpravidla ve vymezených hodinách). Základem je ale monitoring potřeb klientů.

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Monitoring situace seniorů (vyhledávání případů, které potřebují pomoc, ale sami o ní nepožádají a nabídka pomoci), může být také jako depistáž (hledisko zdravotního stavu - lékař). Systematicky se neprovádí.

Tísňové systémy pro seniory - Měly by dokázat rychle reagovat v případě nějaké nepříznivé události, která se stane v domácnosti seniora (např. srdeční selhání, požár, starší lidé se často také bojí o svojí bezpečnost – násilníkovi se neubrání).

Mohou mít různou podobu, od možnosti telefonem přivolat pomoc, přes tísňová tlačítka, až po sledování vzniku nepříznivých událostí (oheň, voda) a po sledování pohybu seniora (čidlo), či dokonce celkové monitorování osoby.

Důraz by měl být především na to, aby byly důstojné (jedná-li se o narušení soukromí).

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Problém osamělosti, sociální izolace a sociálního vyloučení

Sociální vyloučení nesouvisí pouze s problémem příjmu, jde také o postoje společnosti k určitým kategoriím (např. ageismus) a o aspekt sociální participace (viz Kubalčíková 2006). Lidé žijící doma mohou trpět sociální izolací:

- ztratili partnera, rodina je daleko: Běžně asi dvě třetiny osob navštěvují své rodiče minimálně jednou týdně (Rabušic, Vidovičová 2003), ale v domovech důchodců asi polovina příbuzných navštěvuje seniora max. 1 měsíčně (Veselá 2003)
- vrstevníci nebo přátelé nemohou být v kontaktu nebo již zemřeli
- ztráta předchozích zájmů a aktivit (nemohou, nechtějí)
- zhoršený zdravotní stav
- obtížná dostupnost sociálního prostředí (např. vesnice)

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Problém osamělosti, sociální izolace a sociálního vyloučení

V pobytových zařízeních se lidé často stávají pasivními příjemci péče (jsou za ně dělány i úkony, které by mohli dělat sami), mohou se cítit osamělí, mít nedostatek komunikace nebo problémy v komunikaci, zažívat problémy s nudou a vnitřní ztrátou smyslu života.

Je řešeno programy aktivizace (někdy spojeno s rehabilitací), ale nemělo by se přitom zapomínat, že se jedná o širší problém trávení času a komunikace s pracovníky domova, dobrovolníky apod. (animace podle Pichaud a Thereauová).

V programech aktivizace jsou různé společenské (poslech, tanec, hry) nebo zájmové aktivity (arteterpie), někdy také canisterpie apod.

Při realizaci těchto aktivit by se ale nemělo zapomínat na „právo na samotu“ tj. nikdo by neměl nikoho do ničeho nutit. (Někteří lidé chtějí být sami nebo mají vlastní aktivity. Mohou se ale nechat vmanévrovat do čehokoli, protože se bojí odporovat nebo nechtějí být na obtíž).

SPP, SPR, VPL 136 Rodinná politika – přednáška č. 10

Pokojný a důstojný konec života

Důraz na důstojné, pokojné a nenásilné ukončení lidského života (doprovázení, thanatologie). V ČR existují tzv. „hospice“ (335 míst v roce 2006), ale stěžení je toto také v dalších rezidenčních zařízeních. Jedná se o stresovou situaci protože:

- zpravidla je zde velká míra utrpení
- ztráta blízkého člověka
- pečující nemůže pomoci, malé výsledky práce
- hrozí přenosy do vlastního života (uvědomění si smrtelnosti, ztráty v rodině)
- smrt se stává běžnou situací (lhostejnost)

Riziko vyhoření, důraz je kladen na supervizi.

Informování seniora a rodiny o jeho zdravotním stavu, komunikace.

Zajištění důstojného odchodu z tohoto světa (v případě potřeby hradí obce).