

Analýza potřeb seniorů v Plzeňském kraji z perspektivy poskytovatelů: Domov pro seniory

**Zpracovatel: Centrum pro komunitní práci západní Čechy
Americká 29
301 38 Plzeň**

(Mgr. Marta Hirschová, Charter of Progressive Sociology)

Obsah

Úvod	3
1 O projektu „Podpora odborných partnerství“	3
1.1 Výchozí předpoklad projektu	3
1.2 Zaměření a cíl projektu	3
1.3 Vznik odborných partnerských koalic a jejich hlavní úkol	4
1.4 Podklad pro jednání odborných partnerských koalic	4
1.5 Výzkumný design projektu	4
2 Metodologie kvalitativní části výzkumu	5
2.1 Vymezení kvalitativního přístupu	5
2.2 Cíle výzkumu	6
2.3 Metody sběru a analýzy dat	7
3 Výsledky analýzy: domov pro seniory	9
3.1 Typologie klientů služby	9
3.2 Prevence - snížení soběstačnosti seniora	11
3.3 Podmínky přijetí do domova pro seniory - PnP	12
3.4 Kapacity služby a poptávka	13
3.5 Přímá a nepřímá péče	14
3.6 Na pomezí sociální a zdravotní služby	14
3.7 Problém s vyplácením zdravotních úkonů - pojišťovny	16
3.8 Systém financování a jeho limity	19
3.9 Religiozita klientů v kontextu právní formy poskytovatele	20
3.10 Vzdělávání zaměstnanců poskytovatele	21
4 Shrnutí hlavních zjištění	21
Závěr	22
Seznam literatury	23

Úvod

Tento dokument je jedním z výstupů kvalitativní části výzkumu - analýzy potřeb seniorů a pečujících osob z perspektivy poskytovatelů, jenž je součástí opory projektu „Podpora odborných partnerství: potřeby seniorů a pečujících osob v Plzeňském kraji“. Předložený materiál konkrétně obsahuje přehled pohledu poskytovatelů domova pro seniory na potřeby seniorů a pečujících osob a na problematická místa stávajícího systému sociálních služeb. V následujících dvou kapitolách Vám blíže představíme celý projekt. V první kapitole popisujeme cíle a výzkumný design projektu. Následuje kapitola přibližující kvalitativní část projektu. Poté prezentujeme výsledky analýzy. Nakonec shrnujeme hlavní zjištění.

1 O projektu „Podpora odborných partnerství“

Podpora odborných partnerství v sociálních službách vychází z potřeby komplexního řešení vybraných témat a ze specifik území, potřeb obcí a kraje. V rámci procesů plánování sociálních služeb je žádoucí podporovat vznik fungování odborných koalic, které otvírají aktuální témata a řeší klíčové problémy dané sociální služby, a to nejen na komunitní úrovni, ale i z hlediska větších územních celků.

1.1 Výchozí předpoklad projektu

Výchozím předpokladem projektu je, že v současné době vzhledem k nedostatečným kapacitám terénních i pobytových služeb není cílové skupině (seniorům a pečujícím osobám) zcela umožněna individuální volba mezi pobytovými a terénními službami.

1.2 Zaměření a cíl projektu

Tento projekt se konkrétně zaměřuje na potřeby seniorů a pečujících osob a navazuje na výstupy procesů plánování jednotlivých obcí Plzeňského kraje (dále PK). Cílem projektu „Podpora odborných partnerství: potřeby seniorů a pečujících osob v Plzeňském kraji“ je podpořit vznik odborných partnerských koalic, které mohou iniciovat vhodná nadregionální východiska v oblasti poskytování sociálních služeb. Vytvořené koalice poslouží jako prostor pro odborné diskuze mezi jednotlivými dotčenými subjekty. Zároveň umožní výměnu zkušeností, což podpoří zkvalitnění a zefektivnění poskytovaných služeb.

1.3 Vznik odborných partnerských koalic a jejich hlavní úkol

Za účelem vytvoření koalic byli ve spolupráci s Plzeňským krajem osloveni zainteresovaní poskytovatelé sociálních služeb, zástupci obcí a neziskových organizací a další odborníci, kteří se zaměřují na seniory. Hlavním úkolem koalice je hledat řešení zajištění sociálních služeb pro seniory a podporu pečujících osob. Jedná se o služby, které je potřeba řešit v kontextu větších územních celků, protože se ukazuje jako méně efektivní poskytovat je pouze pro jednu obec či město.¹

1.4 Podklad pro jednání odborných partnerských koalic

Podkladem pro jednání partnerských koalic jsou dvě sady výstupů: (1) kvantitativní analýzy, které zpracovala Regionální rozvojová agentura Plzeňského kraje o.p.s. a (2) série kvalitativních analýz, které vypracovalo občanské sdružení Charter of Progressive Sociology. Oba typy výstupů mapují situaci sociálních služeb pro seniory na území Plzeňského kraje, přičemž každý z nich používá jinou sadu dat a jiný způsob jejich zpracování charakteristický pro daný přístup. Aplikace obou přístupů je vymezena níže v kapitole 1.5 včetně zdůvodnění uplatnění strategie jejich kombinace v rámci projektu.

1.5 Výzkumný design projektu

V rámci projektu je uplatněna strategie smíšeném designu výzkumu, kdy je kombinován kvantitativní a kvalitativní přístup. Výhodnost této kombinace spočívá v tom, že výsledky poskytují směs informací, které využívají komplementarity a síly jednotlivých přístupů. Využitím smíšeného designu je docíleno vzájemného doplňování a celkový obraz zkoumané problematiky se tak stává konzistentní a úplnější (Tashakkori, Teddlie 2003). **Kvantitativní část výzkumu** je aplikována za účelem zjištění statistických informací o sociálních službách pro seniory, a to v rovině srovnávací analýzy založené na porovnání situace v Plzeňském kraji s ostatními kraji v ČR. Součástí analýzy jsou demografické prognózy vývoje populace v Plzeňském kraji ve vztahu ke kapacitě pobytových a terénních služeb. **Kvalitativní část výzkumu** je zaměřena na zjištění potřeb seniorů a pečujících osob z několika subjektivních perspektiv. První série analýz se soustředí na potřeby seniorů z perspektivy poskytovatelů sociálních služeb, a to konkrétně se zaměřením na: domovy pro seniory, denní a týdenní stacionáře; pečovatelské služby, služby osobní asistence a

¹ Velikost obce totiž často neumožňuje zajištění potřebných sociálních služeb. Jedná se především o venkovské a pohraniční oblasti PK.

odlehčovací služby. Pro každou ze jmenovaných služeb byla provedena analýza zvlášť. Druhá série analýz mapuje potřeby seniorů a pečujících osob z perspektivy pečujících osob, seniorů (osob aktuálně využívajících některou ze sociálních služeb) a tzv. „budoucích seniorů“ (potencionálních uživatelů sociálních služeb pro seniory).

2 Metodologie kvalitativní části výzkumu

V této kapitole nejprve představujeme podstatu kvalitativního přístupu. Vymezujeme, co je a naopak není jeho účelem. Seznamujeme čtenáře s tím, co nástroje kvalitativní analýzy poskytují a co nikoliv. Následně popisujeme cíle kvalitativní části výzkumu a specifikujeme zaměření analýzy, kterou právě držíte v ruce. Dále uvádíme tematické okruhy výzkumu. Nakonec představujeme metody sběru a analýzy dat a samotný průběh výzkumu.

2.1 Vymezení kvalitativního přístupu

Obecně je kvalitativní výzkum procesem hledání porozumění sociálnímu problému, kdy je vytvářen holistický obraz, jenž reflektuje každodenní praxi účastníků výzkumu. Především jde o porozumění zkušenosti aktérů. Záměrem je získat kontextuální popis aktuální situace v praxi. Jedná se o flexibilitní přístup, který citlivě zohledňuje lokální situaci a podmínky. Výhodou kvalitativního přístupu je, že pomáhá při počáteční exploraci problému, poskytuje podrobné informace a umožňuje popis případu do hloubky (Creswell 1994). Cílem kvalitativního výzkumu není zobecnění a vyvozování normativních tvrzení, ale zviditelnění subjektivní perspektivy aktérů. Síla kvalitativních dat spočívá ve schopnosti podrobně osvětlit několik málo případů. Relevance výsledků se neurčuje na základě počtu informantů, neboť výpověď každého informanta je významná. Naopak nevýhodou tohoto přístupu je, že neumožňuje predikci a je náchylnější k ovlivnění preferencemi výzkumníka. S druhým problémem se lze vyrovnat prostřednictvím připomínkové řízení od fáze sběru dat po prezentaci závěrů. Jedná se o transparentní postup, který se poměrně dobře vyrovnává se zkreslením, a jehož aplikaci jsme zvolili.

Ke zkoumanému problému přistupujeme z nehodnotící perspektivy, což znamená, že v analýzách neusilujeme o normativní závěry a doporučení. Předmětem výzkumu není analýza teorie (zákonů, vyhlášek, předpisů). Zaměřujeme se výhradně na mapování praxe. Z tohoto

důvodu také neaspírujeme na srovnání teorie s praxí. Koncentrace výzkumu na praxi také vysvětluje to, proč se ve výstupech analýz objevuje převážně aktéřská terminologie. Dalším důvodem je, že nechceme manipulovat s terminologií aktérů, kterou používají v praxi, neboť by došlo ke ztrátě důležitého kontextu. Ve výstupech analýzy proto nenaleznete termíny identické s teorií.

2.2 Cíle výzkumu

V rámci kvalitativní části výzkumu chceme zjistit aktuální potřeby seniorů a pečujících osob a jejich klíčové problémy, a to z několika perspektiv – z perspektivy poskytovatelů, pečujících osob, seniorů a „budoucích seniřů“ (viz grafické zobrazení obrázek 1).

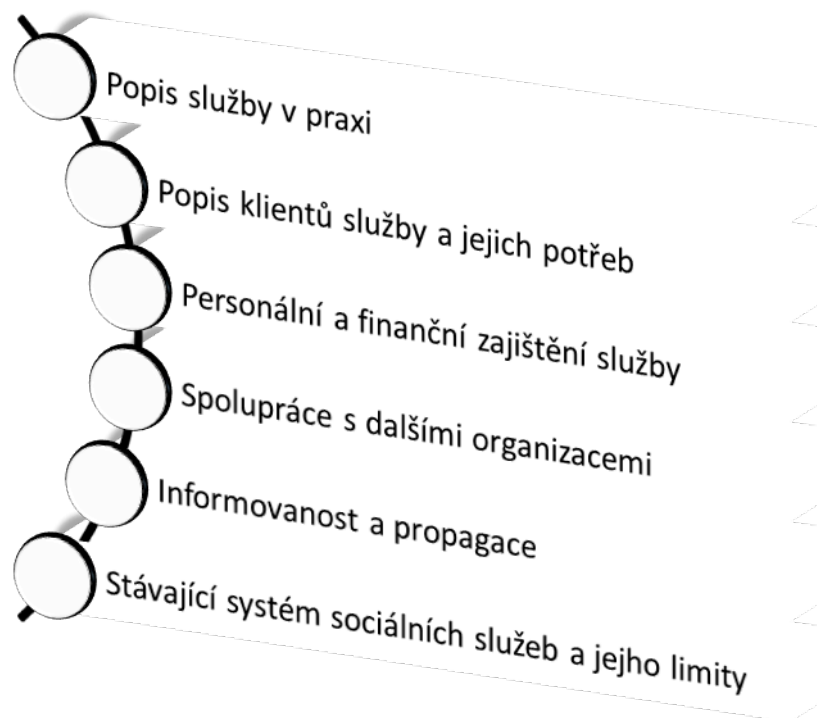
Obrázek 1: Přehled aktérů, z jejichž perspektivy jsou mapovány potřeby seniorů a pečujících osob



Analýza, kterou máte v ruce, byla zacílena na poskytovatele služby domova pro seniory a jejich pohled na potřeby seniorů a pečujících osob. Dílčím úkolem bylo zmapování realizace služby v kontextu stávajícího systému sociálních služeb. Konkrétně jsme se zaměřili na tyto tematické okruhy: popis služby v praxi, popis klientů služby a jejich potřeb, personální a finanční zajištění služby, spolupráce s dalšími organizacemi, systém stávajícího financování a

jeho limity (viz obrázek 2). Okruhy tvoří pouze oporu výzkumu a nepředstavují určující vodítko sběru a analýzy dat. Pro organizaci výsledků analýzy byly klíčové výpovědi aktérů a témata, která považovali za důležitá.

Obrázek 2: Tematické okruhy výzkumu pro poskytovatele sociálních služeb



2.3 Metody sběru a analýzy dat

Ke sběru kvalitativních dat byly použity dvě metody: (I) metoda nestrukturovaných rozhovorů a (II) metoda diskuzí fokusových skupin (Focus Group Discussion). Nestrukturovaný rozhovor je nejvíce flexibilní metoda verbálního dotazování. Výzkumník má předem připravené pouze okruhy otázek, které v průběhu rozhovoru formuluje a doplňuje zpřesňujícími dotazy. V rámci rozhovorů se začíná obecnějšími otázkami, po kterých následují specializované a klíčové otázky (Denzin, Lincoln 2005). Focus Group Discussion je termín, který označuje metodu skupinové diskuze, která je zaměřená na určité téma. Diskuze neprobíhá na principu otázek a odpovědí, ale v rovinné sémantické, kdy účastníci interagují s vnesenými tematickými celky. Metoda, vzhledem ke své interaktivní povaze, umožňuje odhalit různé dimenze reprezentace zkoumaného jevu - spektra názorů poskytovatelů sociálních služeb na potřeby seniorů. V rámci mapování perspektivy poskytovatelů jednotlivých služeb byla ke sběru dat uplatněna buď kombinace obou metod, nebo pouze metoda nestrukturovaných rozhovorů

Podpora odborných partnerství: potřeby seniorů a pečujících osob v Plzeňském kraji (2012)

V případě kombinace obou metod sběru dat (domov pro seniory a pečovatelská služba) byly nejprve provedeny skupinové diskuze. Poté následovaly nestrukturované rozhovory. K účasti v diskuzní skupině byli osloveni vždy všichni poskytovatelé působící v Plzeňském kraji a mající registrovanou zkoumanou službu s cílovou skupinou seniory a pečující osoby. Na základě potvrzených účastí byly sestaveny diskuzní skupiny, které jsme rozdělili na základě geografického rozlišení (na Plzeň a ostatní části kraje). Důvodem tohoto rozlišení bylo zohlednění rozdílnosti vnímání sociálních služeb ve městě a na venkově. Poskytovatelé, kteří se nezúčastnili diskuzní skupiny, byli požádáni o individuální rozhovory (metoda nestrukturovaného rozhovoru).

V případě, že byl proveden sběr dat pouze metodou nestrukturovaného rozhovoru (denní a týdenní stacionář, odlehčovací služba, služba osobní asistence), byli o rozhovor požádáni všichni registrovaní poskytovatelé zkoumané služby s cílovou skupinou seniory a pečující osoby. S poskytovateli, kteří souhlasili, byl následně proveden rozhovor.

K vyhodnocení dat získaných z rozhovorů a skupinových diskuzí byla použita tematická analýza, která spočívá v procesu hledání a nalézání klíčových aktérských témat a jejich překryvů. Aktérská témata jsou chápána jako odkazy sdílené zkušenosti, které jsou zviditelňovány prostřednictvím reprezentací. Tematické okruhy, jež stanovuje výzkumník, představují subjektivní konstrukce, které vymezují pole výzkumu. Konstrukce zohledňující kontext problému umožňují zachytit témata, která jsou v názorech aktérů obsažená (Aronson 1994).

Po celou dobu výzkumu byla dodržována etická pravidla. Účastníci výzkumu byli informováni o cílech a účelu projektu. Diskuzní skupiny a rozhovory byly nahrávány audio-technikou pouze se souhlasem účastníků. Ve výstupech výzkumu je zachována anonymita a nejsou vědomě uváděny informace, které by mohli umožnit identifikaci účastníků výzkumu.

V rámci výzkumu perspektivy poskytovatelů domova pro seniory byla aplikována výše popsaná kombinace metod sběru dat. V průběhu října a listopadu roku 2012 byly realizovány dvě diskuzní fokusní skupiny. V rámci první skupiny se zaměřením na poskytovatele s působností v Plzni probíhala diskuze se čtyřmi účastníky. Druhá skupina zaměřená na poskytovatele s působností mimo Plzeň byla realizována s osmi účastníky. Obě diskuze trvaly dvě hodiny a byly realizovány dvěma moderátorkami (metodičkou projektu a socioložkou), které měly k dispozici vždy minimálně jednoho asistenta. Obě diskuzní skupiny byly se souhlasem účastníků nahrávány audio technikou. Z pořízeného záznamu byl následně

pořízen přepis – podkladový materiál k analýze. Nestrukturované rozhovory byly provedeny se zaměstnanci poskytovatele (vedoucí pracovníci, pracovníci rozumějící ekonomické stránce poskytované služby, pracovníci v přímé péči). Celkem byly realizovány čtyři individuální rozhovory, které probíhaly v průběhu listopadu a prosince 2012 a ledna 2013. Zpracování a analýza dat probíhala od prosince 2012 do března 2013.

3 Výsledky analýzy: domov pro seniory

3.1 Typologie klientů služby

V praxi je věkové rozpětí klientů domova pro seniory poměrně široké. Ukazuje se, že dolní věková mez (65 let věku) je pouze orientační. V domovech pro seniory se můžeme setkat i s mladšími klienty. Jedná se tudíž pouze o teoretickou dolní věkovou hranici. Jeden z poskytovatelů k tomuto uvedl:

„...skutečně je někdo seniorem již po 60. letech věku, není zdravotně postižený, ale pro svoje nemoci potřebuje naši pomoc a péče v domově...“

Někteří poskytovatelé mají klienty, kteří nedosahují seniorského věku, ale jsou umístěni z důvodu existencionální krize. Tento typ klientů však podle poskytovatelů není vhodné přijímat, protože se jedná o jinou cílovou skupinu a navíc tento typ klientů může způsobovat konflikty. Přesto je na poskytovatele apelováno k přijímání i tohoto typu klientů, a to ze strany zřizovatele služby.

„...nám se třeba stává, protože jsme městské zařízení, tak jsou lidé, kteří třeba nejsou ještě v seniorském věku, ale mají nějaké zdravotní postižení. A přijdou třeba o bydlení...mají trvalé bydliště na radnici. V tu chvíli jsme jako zřizovatelé tlačeni, abychom toho člověka přijali k nám. A to jsou pak hodně problémoví klienti, kteří tam nepatří, ale široko daleko není žádné zařízení, které by bylo pro ně vhodné k přijmutí...“

Další typ klientů představují senioři, kteří nebyli přijati do některého domova v Plzni, protože jim nebyl uznán příspěvek na péči. Podle slov poskytovatelů v plzeňských zařízeních

Podpora odborných partnerství: potřeby seniorů a pečujících osob v Plzeňském kraji (2012)

zřejmě fungují přísnější kritéria pro přijetí klienta. Senioři bez příspěvku jsou tak nuceni vyhledávat Domov pro seniory v jiné lokalitě.

„...To jsou třeba 2, 3 případy. Většinou si tam zvyknou na to prostředí a pak už je to tak, že ti senioři se už nechtějí stěhovat. Ale je těžké pro ně to, že když zůstanou tady na lůžkách následné péče, kdy nedosáhnou na ten 2. stupeň toho příspěvku, tak prostě musí brát i tu jinou lokalitu než Plzeň, když nikoho nemají...“

Poskytovatelé dále popisují, že v momentě, kdy je klientovi příspěvek přiznán, usiluje o to, aby se mohl vrátit zpět do Plzně. Tento přístup klientů je poměrně častý a pochopitelný, neboť s přesunem do jiné lokality senior přichází o větší část sociálních vazeb, které si v průběhu života v daném místě vybudoval. Proto lze snahu seniorů o návrat do místa, kde prožili většinu života, považovat za logický krok.

„...v Plzni...mají všichni příspěvek od 2 jako podmínka přijetí. Takže když nemá žádný příspěvek, tak musí jít do jiné lokality, třeba mimo Plzeň. Pak, když mu ho přiznají, tak zase od nás odchází, protože se chce vrátit zpátky do Plzně. Chce se vrátit tam, kde žil celý svůj život...“

Poskytovatelé rovněž evidují řadu žadatelů, kteří se nechají zařadit do pořadníku v době, kdy službu ještě nepotřebují. V momentě, kdy je jich žádost vyhověno, a mohou nastoupit do domova, odmítají. Pokud odmítnou službu dva a vícekrát, jsou většinou z evidence žadatelů vyřazeni.

„...máme ohledně tohoto pravidla, a když po druhé nechtějí nastoupit, tak jim píšeme, že je vyřazujeme, že zřejmě o naši službu nestojí. A aby nás informovali, až skutečně budou chtít nastoupit. Tím pádem se ten pořadník neustále aktualizuje...“

Poskytovatelé se dále shodli, že evidují většinou klientů, kteří přicházejí z domácího prostředí. Dále jsou to různá zdravotnická zařízení následné péče.

„...přicházejí nejvíce z domácího prostředí, z oddělení následné péče, z oddělení dlouhodobé rehabilitace...“

Dalším důvodem podání žádosti do domova je zadluženost. Potencionální klient se tímto způsob snaží například řešit exekuce.

„...Setkávám se hodně, to se týká spíš těch vnitřních problémů, kdy klienti k nám nastupují a mají exekuce na majetek. Řekl bych, že se k nám schovávají před exekutorem. Kdy my napíšeme, že u nás má takové a takové platby a tím pádem s tím exekutor nehne a nemůže na ně. Ale je to čím dál tím víc a už se stává, že vyháníme různé lidi, kteří nabízejí ty půjčky i u nás. Oni přijdou k nám od domova a nabízí jim ty půjčky. Ty lidi, proč bych si nekoupil televizi, že jo...“

Jeden z poskytovatelů charakterizoval důvody, proč lidé žádají o umístění do domova pro seniory. Zároveň poznamenal, že pečovatelská služba se zřejmě nenaplnuje tak, aby senioři mohli zůstat doma.

„...přicházejí k nám lidé buď z důvodu ztráty soběstačnosti a zdravotních problémů. Nezvládají situaci doma, jsou z různých obcí z okolí a tím pádem ta problematika pečovatelských služeb je taková, že je to nenaplní tak, aby mohli zůstat doma. Proto k nám přicházejí a vyhledávají pomoc těch sociálních služeb u nás...“

3.2 Prevence - snížení soběstačnosti seniora

Podle slov poskytovatelů s působností v Plzni je dalším problémem podcenění prevence ze strany lékařů a rodiny, kdy dochází k tomu, že senioři se do domova dostávají již ve velmi špatném stavu se 4. stupněm závislosti.

„...chybí informace... ti pacienti na nějakém oddělení nemají úplně to správné zařazení. Když přichází z rodin, tak je to úplně jasné, protože ti rodinní příslušníci vidí ty svoje rodiče úplně jinak...“

Podpora odborných partnerství: potřeby seniorů a pečujících osob v Plzeňském kraji (2012)

Poskytovatelé si podcenění situace vysvětlují tím, že je jednak nedostatečná informovanost seniorů a jejich rodiny o možnostech sociálních služeb a jednak ne vždy funguje odpovídajícím způsobem lékařská péče, kdy u seniorů není vždy včasné diagnostikována začínající demence. Zmíněné faktory společně působí na to, že se mění charakter poskytované služby ze sociální na zdravotní. Pokud se totiž zvyšuje počet klientů, kteří přichází do domova již s nejvyšším stupněm závislosti, kterému se dalo předejít včasným vyhodnocením situace (všimnutím si, že zdravotní stav seniora se zhoršuje), je redefinován charakter služby samotnou praxí. Z toho plyne, že se nejedná pouze o systémovou chybu, ale rovněž selhávání lidského faktoru.

„...my stále ještě narážíme na to, že lékaři nejsou schopní včas identifikovat chorobu a nejsou schopní dobře reagovat. I když je dnes dostupných mnoho informací, přes edukaci, tak se to nedělá dobře. Myslím si, že je to civilizační fenomén, který nás zastavuje v tom, že pokud se dobře nezvládne první stupeň Alzheimerovy choroby, tak ten druhý je skoro hůře medikačně podchytitelný a tím ten tlak na nás na všechny je obrovský.

3.3 Podmínky přijetí do domova pro seniory - PnP

Podle poskytovatelů s působností mimo město Plzeň není hlavním kritériem pro přijetí do Domova pro seniory již uznáný příspěvek na péči nebo konkrétní stupeň závislosti. Pokud například poskytovatel přijímá klienta z nemocnice, umístí ho v domově i bez příspěvku na péči, protože proces uznání příspěvku je velmi zdlouhavý.

„...nám se ...stává, že přijímáme hodně seniorů bez příspěvků. Protože se ocitne v takové situaci, kdy na to ta rodina není připravená, ten zdravotní stav se změní z týdne na týden. A ten člověk je například hospitalizován třeba 2, 3 měsíce v nemocnici a nemá šanci si ten příspěvek vyřídit, protože ve zdravotnickém zařízení se ten příspěvek neposuzuje.

Takže mnohdy přijímáme lidi i bez příspěvku...“

V praxi se pohybuje doba vyřízení žádosti o příspěvek na péči v průměru od tří měsíců do půl roku.

„...někteří klienti mají zažádáno o PnP, ale nemají příspěvek přiznán, případně žádáme my až po jejich nástupu do naší péče...“

Před přijetím do domova probíhá komplexní šetření, které rozhoduje. Často se také do domova dostanou klienti, kteří v době přijetí ještě nedosahují na příspěvky.

„...na žádosti zdravotní stav nepoznáme, ale pak realizujeme šetření v domácím prostředí...a zjistíme skutečný stav klienta...“

3.4 Kapacity služby a poptávka

Co se týká kapacity služby, většina oslovených poskytovatelů uvedla, že poptávka převyšuje nabídku. Přijímání klientů probíhá na základě pořadníku (evidence žádostí podle data podání a dalších kritérií stanovených konkrétním domovem pro seniory).

„...kapacity pobytových služeb jsou nedostatečné, žádosti převyšují naše možnosti...oslovujeme čekatele dle pořadí žádostí, ale pokud je někdo urgentní, hledáme řešení...odkazujeme i na jiná zařízení, kde je větší šance pro vyšší kapacity, nebo nabízíme služby, které umožní pobyt v domácím prostředí...“

Problém s převisem poptávky navrhuji řešit někteří poskytovatelé prostřednictvím různých služeb, které umožní cílové skupině zůstat doma. To znamená větší podporu terénním službám se zohledněním potřeby zdravotní péče. Někteří poskytovatelé tak při jednání s klienty zohledňují další možnosti, které senior má v oblasti sociálních služeb. Například zjišťují, zda by pro klienta nebyla lepší varianta zůstat v domácí péči. Jeden z poskytovatelů k tomu uvedl:

„...největší překážka je malá podpora terénní zdravotní služby, kdyby zdravotní pojišťovny umožnily dělat to co je třeba, moc to pomůže zůstat lidem doma...Domácí hospicová péče je velká příležitost, je těžké ji prosadit a získat finanční podporu, můžeme v terénu působit, ale nikdo nám ji nezaplatí...zvýšena poptávka po pobytových službách je způsobená nedostatečnou možností terénní péče!“

Na druhou stranu poskytovatelé zmínili, že evidence žadatelů nemusí být přesným ukazatelem poptávky, neboť pořadníky často obsahují i zájemce, kteří se ucházejí na více místech najednou, nebo žádají tzv. „do budoucna“.

„...databáze aktualizujeme po čtvrt roce dotazníkovou metodou, interaktivně: „Máte někde jinde žádost, byli jste umístěni?“. Děláme to po čtvrt roce, protože vidíme, jak je to složité potom vyanalyzovat oprávněného uživatele, který čeká tak, abychom vyhověli standardům kvality. Protože ty neustále zkoumají, jak hodnověrně přistupujeme k přijetí žadatele do služby. Samozřejmě, že máme svoji databázi, máme ještě vyselektované, že víme tu polovinu, že opravdu řeknou až za rok...“

3.5 Přímá a nepřímá péče

V rámci služby můžeme rozlišit práci na přímou a nepřímou péči. Obecně je přímá péče chápána jako práce orientovaná na klienta, zatímco nepřímá péče obsahuje veškeré činnosti, které je potřeba zajistit k chodu služby (např. administrativa, fundraising, vzdělávání, úklidové činnosti). V praxi se ukazuje, že někteří zaměstnanci často vykonávají oba typy péče, jejichž poměrové rozložení se odvíjí od aktuálních potřeb domova pro seniory. Poskytovatelé se shodli, že snahou je směřovat k tomu, aby větší část práce činila přímá péče. V praxi to potom může znamenat, že nepřímá péče je vykonávána až po pracovní době.

„...My to tedy nastavujeme podle toho, jaké úkony jsou vlastně zapotřebí. U nás jsou spíše lidé s pečovatelskými úkony, takže já mám více pečovatelek a takové to dopomoci k té soběstačnosti. Těch zdravotních úkonů tolik nemáme, v noci skoro vůbec, tak proto je tam spíš proto, kdyby se něco stalo...“

3.6 Na pomezí sociální a zdravotní služby

Podle slov poskytovatelů s působností v Plzni je služba Domov pro seniory blíže zdravotní službě, než sociální službě. Toto přechýlení zdůvodňují tím, že v domovech je vyšší počet klientů se stupněm závislosti 3 a 4. Poskytovatelé se shodují, že právě tento fakt vede

Podpora odborných partnerství: potřeby seniorů a pečujících osob v Plzeňském kraji (2012)

k tomu, že jejich služba nabývá spíše zdravotního, než sociálního charakteru, a to především vzhledem k tomu, že je potřeba primárně zajistit zdravotní potřeby klientů.

„... jsme ...blíže zdravotní službě. Jestliže je trend co nejdéle udržet člověka v domácím prostředí (a to je dobře), zákonitě s tím musí jít ruku v ruce fakt, že požádají o pobytovou službu až v době, kdy to rodina nezvládá. Když se stav zhorší po nějakých mozkových příhodách apod. Jsme tedy blíže zdravotní službě...“

Dalším faktorem, který se spolupodílí na redefinici charakteru služby ze sociální na spíše zdravotní je jednak posouvání věkové hranice, ale také to, že podle slov poskytovatelů téměř polovina klientů trpí některou z forem demencí. Z hlediska míry závislosti se většinou jedná o klienty s příspěvkem na péči stupně tři a čtyři.

„...jak chodíme mezi klienty, tak jsou všichni v horším zdravotním stavu. Takže se asi nikdy už nestane, abychom měli někoho bez příspěvku...“

V praxi to podle slov poskytovatelů s působností v Plzni i mimo Plzeň funguje tak, že dochází k „nahrazování“ klientů se stejným stupněm závislosti. Důvod tohoto postupu je personálního charakteru, kdy každý z poskytovatelů disponuje určitým počtem pracovníků v sociálních službách, sociálních a zdravotních pracovníků, který je přímo úměrný poměru klientů s jednotlivými stupni závislosti. Pokud má například poskytovatel větší počet klientů se 3. a 4. stupněm závislosti, musí podle toho navýšit počet zdravotních pracovníků, a úměrně k tomu upravit počet pracovníků v sociálních službách. Z toho vyplývá, že je z organizačního, personálního a finančního hlediska výhodnější aplikovat strategii nahrazování klientů se stejným stupněm závislosti, neboť nemusí docházet ke změně zavedeného systému. Jeden z poskytovatelů uvedl, že díky této strategii se snaží dosáhnout harmonie personál versus cílová skupina.

„...My máme propracovaný ten náhled na věc tak, že není dobré my nemáme tolik personálu, tzn. že sestavujeme tu skupinu uživatelů Dvojka se nahrazuje dvojkou, trojka trojkou, čtyřka čtyřkou. Snažíme se pořád o určitý harmonický celek. Pokud to lze.

Podpora odborných partnerství: potřeby seniorů a pečujících osob v Plzeňském kraji (2012)

Protože někdy se ten zdravotní stav vyvíjí tak rychle, že se toto nedá dělat. Ale snažíme se o možnost zajistit dobrou obslužnost. Snažíme se o vyvážení...“

3.7 Problém s vyplácením zdravotních úkonů - pojišťovny

Poskytovatelé s působností v Plzni se shodli, že největším problémem je ukotvení (finanční a legislativní) zdravotních úkonů souvisejících se službami, které domov zajišťuje pro seniory s vyšším stupněm závislosti. Vzhledem k tomu, že registrovaný Domov pro seniory je v zákoně definován jako poskytovatel sociálních služeb, je z větší části financován za tento typ služeb, a to přesto že potřeby klientů s vyšším stupněm závislosti se často spíše přibližují zdravotním službám.²

„...je rozkol mezi zdravotními výkony a sociálními výkony...“

Pojišťovny se potom logicky (opora v zákoně) snaží eliminovat své výdaje tím, že úkon neuznají jako zdravotní, ale označí jej za sociální – tedy v kompetenci státu.

„...pojišťovna každý rok vymýšlí taková stropní čísla, my jsme se konečně dostali na 40 000,- měsíčně, kdy jsem bojoval s lékařem...a stejně se to nezaplatilo ze zdravotního... došlo k celoplošnému zastropování ve zdravotnictví na stav roku 2010 a okamžitě to skočilo na měsíční příjem 25 000,-...Ale výkony já dělám na 40 000, které vykazují na pojišťovnu. Ale v zastropujícím systému jsou ty výkony odebrány. Zůstávají pro další rok jako nasčítané do toho složitého systému. Tzn. toto je nefunkční a ta restrikce...“

K problematice jednání s pojišťovnami se vyjádřila většina poskytovatelů. Pro ilustraci uvádíme některé z těchto výpovědí:

„... doktorku máme šikovnou, ale je tam problém ten, že je zastrašovaná pojišťovnou...“

² Pozn.: sociální úkony hradí stát, zdravotní úkony hradí zdravotní pojišťovny.

Podpora odborných partnerství: potřeby seniorů a pečujících osob v Plzeňském kraji (2012)

„...zdravotní pojišťovny mají tuším nasmlouvaných 13 úkonů, jsou to opravdu jen ty odborné... Např. podávání léků, aplikace injekcí...“

„...pečovatelky si na sebe vydělají příspěvky na péči, zdravotní sestry si na sebe nevydělají. Takže my to máme jen tak, abychom měli pokryté služby, abychom měli pokryté služby nepřetržitě a aby třeba na té denní byla jedna navíc, kdy dělají více těch výkonů, aby to zvládli časově, aby se vešli pro zdravotní pojišťovnu do těch tabulek. A jinak nezaměstnáváme zbytečně navíc zdravotní sestry...“

„...máme ...rehabilitační sestru...začali jsme vykazovat více výkonů, zvedly se nám tedy příjmy ze zdravotního pojištění. Následovala kontrola a teď se děsíme, kolem 15. listopadu máme dostat výsledek, ale co nám tam pan doktor takhle odškrtal, tak to bude v řádech sta tisíců, co nám seberou. Takže my jsme navrhli za měsíc dejme tomu o 30 tisíc příjmy od zdravotní pojišťovny, ale draží se nám to v tom, že dejme tomu milion nám za rok seberou. Takže to je opravdu, to nemá cenu...“

Pokud by byl domov pro seniory v zákoně definován jako sociálně-zdravotní služba, pravděpodobně by pojišťovny ztratily významnou oporu k této argumentaci. Jako příklad jeden z poskytovatelů uvedl, že pokud má klienta se 4. stupněm závislosti, jenž potřebuje intenzivní zdravotní péči, dostává se do finančního deficitu, protože zdravotní pojišťovna³ odmítne řadu úkonů uhradit s odůvodněním, že uživatel je klientem sociální nikoliv zdravotní služby.

„...zákon to dnes obchází, neukládá poskytovatelům možnost poskytovat zdravotní péči. V tomto stavu si asi žádný poskytovatel nedovolí fungovat bez zdravotního personálu...zde se samozřejmě naráží na nevyrovnaný poměr ve vztahu k pojišťovnam...jsme handicapovaní, protože my musíme zdravotnické pracovníky platit z vlastního příjmu, nikoliv z dotací. Rozhodnutí provozovatelů je potom velice těžké, ale je to

³ V tomto procesu hraje také roli lékař, který na základě své odborné způsobilosti rozhoduje o tom, zda se jedná o zdravotní úkon. Důležité je však zmínit, že lékař je limitován tím, co mu bude ochotná uzнат zdravotní pojišťovna.

Podpora odborných partnerství: potřeby seniorů a pečujících osob v Plzeňském kraji (2012)

neodmyslitelné pro kvalitu péče....kdybychom měli 2 zdravotní sestry a převažoval by pečovatelský personál, bylo by to levnější pro poskytovatele služby, ale ty rizika se nedají nést a nechceme je nést.

Tento nedostatek stávajícího systému sociálních služeb je nevýhodný nejen pro poskytovatele Domovů pro seniory, ale také pro lékaře. V praxi to potom funguje tak, že lékař je limitován tím, jaké úkony mu uhradí pojišťovna.

„...lékaři jsou silně vedeni k tomu, aby nevykazovali péči formou různých ujednání a tlaků. Oni se bojí toto vykazovat celé „gratis“...“

„...lékař dostane restriční data, která na tu cílovou skupinu může vynaložit. A v okamžiku, kdy to předepisuje a vyskytuje se to na jeho portfoliu, kolik on vypíše těch úkonů, který on má restričně dané, tak jsou proti němu vytvářeny sankce od pojišťovny. A on dostává „flastr“. V ten moment, když dostane „flastr“ dvakrát, tak potřetí řekne: „Tak vy mi to budete platit...“

Jedná se o „začarovaný kruh“, který pramení z nedostatečné provázanosti zdravotních a sociálních služeb. S tím může souviset i to, že u řady úkonů není jasně definováno, zda jsou zdravotní či sociální. Sporné úkony potom způsobují neshody v tom, kdo má úkon provést a kdo ho má zaplatit.

„...poskytovatel služby se stává ještě dalším rukojmím toho systému jako celku bez možnosti se bránit...“

„...řešíme největší problém v tom, že nám pojišťovny nechtějí rozšířit smlouvu o rehabilitační výkony. Cvičením bychom klienty nejvíce aktivovali a nejvíce bychom jim prospěli. Nejsme schopni získat od pojišťovny smlouvu na tyto výkony, takže je zajišťujeme velmi komplikovaně a nedostatečně. V procesu jsme blokováni v poskytnutí té nejlepší služby, jak bychom věděli, že ji máme poskytovat. Nedá se to zafinancovat. Není odkud...“

3.8 Systém financování a jeho limity

Poskytovatelé s působností mimo Plzeň uvádí, že z příspěvku na péči lze hradit pouze úkony, z důchodu jsou hrazeny ostatní služby s tím, že seniorovi musí zůstat 15% jako kapesné. Rodina nemá ze zákona povinnost doplácet poskytovateli rozdíl, v případě, že klientovo finanční zdroje (důchod, příspěvek na péči) nepokrývají náklady za pobyt a úkony. Tento problém poskytovatelé v praxi řeší tak, že pomohou klientovi zažádat o příspěvek v hmotné nouzi. Ten je potom použit na doplacení rozdílu, či alespoň jeho snížení.

„...Nemůžeme odmítnout z finančních důvodů...setkali jsme se s tím a jsou to velice nepříjemné chvíle. Když je ten člověk nízkopříjmový, musí mu zůstat 15 procent a on se potom dostává do neplacení. Potom hledáme všechny možné další zdroje na dofinancování, děláme všechno možné. Pokud bychom to řešili negací „ne“, mám zkušenost, že tudy to nejde...“

Někteří poskytovatelé to řeší tak, že o dofinancování požádají rodinu klienta. Další poskytovatelé mají dofinancování ošetřeno ve smlouvě.

„...máme náklady nastavené tak, že v případě nižšího příspěvku rodina dofinancovává. Máme dohodu s každou osobou blízkou...“

„...my to máme ve smlouvách, čerpáme tam podle Zákona o rodině, máme tam dodatek podle zákona o povinné výživě. Máme prototyp, že klient prioritně ze svých příjmů uhradí náklady na ubytování, v druhé řadě na stravování a je tam ten doplatek rodiny. Problém je, že je nevymahatelný jiným způsobem než uživatelem. Rodina to slíbí a platí to 3 nebo 4 měsíce... a najednou říkají, že to platit nemohou. Neexistuje institut, který by nám zjistil jejich sociální potřebnost, podle zákona, a tím jsme bezbranní. A nemůžeme to vymáhat. Potom je ten propad velký...“

Poskytovatelé se shodli, že je problematický proces financování ze strany Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen MPSV). Především se jedná o zpětné vyplácení dotací, které

Podpora odborných partnerství: potřeby seniorů a pečujících osob v Plzeňském kraji (2012)

si poskytovatel nemůže ze zákona nárokovat. Záleží tudíž na rozhodnutí MPSV, zda a v jaké výši dotaci zpětně vyplatí. Navíc existuje určitá časová prodleva, kdy poskytovatel neví, zda mu bude poskytnuta dotace.

„...získáme na klienty dotaci, ale do konce ledna nevíme – někdy i déle, jak finančně dopadneme, tyto dotace jsou nenárokové, systém který zde funguje, je nepochopitelný. Pečujeme o lidi, kteří u nás žijí – leží a nemůžeme nárokovat finance na jejich péči, kterou v předešlém roce prokazatelně potřebovali...“

Poskytovatelé, jejichž zřizovatelem je město (nebo jejichž působnost je na území města a jeho okolí), mohou dostávat příspěvky od města. Výše dotace a výběr poskytovatelů, kteří budou podpořeni, záleží na konkrétním městě a kritériích, které si stanoví. Jeden z poskytovatelů popsal příspěvky od města takto:

„...na jednotlivé služby přispívají, dle jednotného klíče, to co dávají městskému ústavu, dávají i nám...dostaneme i zpětně za zemřelé klienty...město poskytuje...příspěvek na domov měsíčně na obyvatele [města] a spádových obcí...“

Další zdroje financování služby si poskytovatelé zajišťují prostřednictvím různých grantů, sponzorů a sbírek. Obecně lze říci, že poměr jednotlivých zdrojů financování se liší podle právní formy poskytovatele.

„...na provoz domova získáme sponzory, firmy, tříkrálová sbírka...“

3.9 Religiozita klientů v kontextu právní formy poskytovatele

Zajímavý postřeh na závěr uvedli poskytovatelé s působností v Plzni v souvislosti s religiozitou klientů, kdy se shodli na tom, že pokud je senior věřící, žádá o umístění do domova, jehož zřizovatelem je církevní organizace. V domovech, jejichž zřizovatelem není církevní organizace, se vyskytují věřící senioři jen výjimečně, a to přestože poskytovatelé jsou schopni zajistit to, že do zařízení dochází faráři.

Podpora odborných partnerství: potřeby seniorů a pečujících osob v Plzeňském kraji (2012)

„...dlouhodobě věřící rodiny inklinují k tomu, že chtějí opečovat v církevní instituci z nějakých adresných důvodů a očekávají, že tam budou jejich cílené duchovní potřeby naplněny...“

3.10 Vzdělávání zaměstnanců poskytovatele

Obecně lze říci, že mezi poskytovateli je zájem o další vzdělávání v oblasti sociálních služeb. Témata, která nejčastěji zazněla, lze rozdělit do kategorií: komunikační dovednosti, práce s problémovými klienty, sociálně-psychologické dovednosti, fundraising. Jeden z poskytovatelů uvedl, že je potřeba se obecně zaměřit na školení metod motivace seniorů:

„...jak motivovat seniora, že život má stále ještě smysl? Jak vracet chuť do života?“

4 Shrnutí hlavních zjištění

□ Typologie klientů

- dolní věková hranice je pouze teoretická, v praxi je jiná
- klienti v existencionální krizi
- potencionální klienti – podání žádosti tzv. do budoucna
- většina klientů přichází z domácího prostředí
- zadlužení klienti

□ Prevence - snížení soběstačnosti seniora

□ Podmínky přijetí do domova pro seniory - bez příspěvku / s příspěvkem

□ kapacita služby - poptávka převyšuje nabídku

- přijímání klientů probíhá na základě pořadníku

Podpora odborných partnerství: potřeby seniorů a pečujících osob v Plzeňském kraji (2012)

- návrh řešení problému s převisem poptávky - větší podporu terénním službám se zohledněním potřeby zdravotní péče, které umožní seniorům zůstat déle doma
- poměrové rozložení **přímé a nepřímé péče** se odvíjí od aktuálních potřeb domova pro seniory.
- redefinici charakteru služby **ze sociální na spíše zdravotní**
 - příčiny: posouvání věkové hranice a zvyšování míry závislosti
- **systém financování**
 - problém s vyplácením zdravotních úkonů – pojišťovny
 - nepokrytí nákladů - z PnP lze hradit pouze úkony, z důchodu jsou hrazeny ostatní služby s tím, že seniorovi musí zůstat 15% jako kapesné
 - dofinancování rodinu klienta

Závěr

Představená analýza reprezentuje subjektivní pohled poskytovatelů domova pro seniory na potřeby seniorů a pečujících osob. Témata, která jsou zde představena, reflektují perspektivu aktérů ke zkoumané problematice a popisují praxi sociálních služeb v jejich kontextu. Tento dokument nepřináší obecně platná tvrzení, ale spektrum pohledů na danou problematiku.

Klíčovým tématem poskytovatelů domova pro seniory se stala nefunkčnost stávajícího systému se zaměřením na financování, a to z hlediska PnP a vyplácení zdravotních úkonů. Akcentovaným tématem se stala problematika pojišťoven. Na to však navazují další souvislosti. Jednou z nich je podle poskytovatelů to, že neexistuje instituce obrany poskytovatelů. Tento fakt přispívá k tomu, že zatím nejsou tendence k tomu novelizovat stávající zákon o sociálních službách, tak aby odpovídal reálným potřebám současných seniorů s různými stupni závislosti a funkčním způsobem řešil vazbu na návazné služby, a to

Podpora odborných partnerství: potřeby seniorů a pečujících osob v Plzeňském kraji (2012)

zejména se zdravotnictvím. Neexistující obrana zájmů poskytovatelů Domovů pro seniory spolu s nerespektováním reálných potřeb seniorů a nezohledněním změn ve společnosti vede k tomu, že je udržován systém, který je neefektivní a navíc velmi nevýhodný pro všechny zúčastněné strany. „Trojúhelník“ poskytovatel – lékař – pojišťovna by měl být centrálním tématem současných návrhů (legislativních, ekonomických) změn stávajícího systému sociálních služeb pro seniory.

Seznam literatury

- ARONSON, J. (1994). A Pragmatic View of Thematic Analysis. *The Qualitative Report*, Vol. 2, No. 1.
- CRESWELL, J. W. (1994). *Research design, qualitative a and quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- DENZIN, N. K., LINCOLN, Y. (2005). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
- TASHAKKORI, A., TEDDLIE, C. (2003). *Handbook of mixed methods in the social and behavioral research*. Thousands Oaks, CA: Sage.