



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



Různé modely alternativní péče o seniory v USA

Diplomová práce

Studijní program: N7508 – Sociální práce
Studijní obor: 6731T012 – Sociální práce
Autor práce: **Bc. Monika Urbanová**
Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Thelenová, Ph.D.



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Monika Urbanová**
Osobní číslo: **P13000890**
Studijní program: **N7508 Sociální práce**
Studijní obor: **Sociální práce**
Název tématu: **Různé modely alternativní péče o seniory v USA**
Zadávací katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl diplomové práce: Zjistit charakteristiku pěstounské péče o seniory v USA.
Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava výzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.
Metody: Obsahová analýza, metoda nabalování.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

FOSTER, JANET G., PREVOST SUZANNE S., 2012. *Advanced Practise of nursing adult in acute care*. 1. vyd. Philadelphia: F.A. Davis Company. ISBN 978-0803621626.

HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.

IVANOVÁ, K., 2009. *Advocacies for frail and incompetent elderly in Europe (ADEL) Výzkumná zpráva [CD]*. 1. vyd. Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky, Lékařská fakulta Univerzity Palackého Olomouc. ISBN 978-80-244-2452-1.

KOUKOLÍK, F., 1998. *Alzheimerova choroba a demence*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7169-615-3.

WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y., 2009. *Sensorische Aktivierung. Ein ganzheitliches Förderkonzept für hochbetagte und demente Menschen*. 1. vyd. Vienna: Springer Vienna. ISBN 978-32118903321.

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Kateřina Thelenová

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání diplomové práce:

23. dubna 2014

Termín odevzdání diplomové práce:

24. dubna 2015



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2014

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé diplomové práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum:

Podpis:

Poděkování

Chtěla bych tímto poděkovat PhDr. Kateřině Thelenové, Ph.D. za vstřícnost, cenné rady a odbornou podporu, kterou mně poskytovala po dobu tvorby této práce.

Poděkování patří také mé rodině, přátelům a všem blízkým, kteří mě podporovali během studia.

Bc. Monika Urbanová

Anotace

Hlavním cílem práce bylo identifikovat jednotlivé modely alternativní péče o seniory v USA a zjistit jejich charakteristiky, které se staly podnětem k nalezení možných inspirativních řešení v otázce implikace modelů mimoústavní péče o seniory v ČR.

Diplomová práce se zabývá tématem alternativních modelů péče o seniory v USA. Pomocí obsahové analýzy a metody nabalování byly v teoretické části zkoumány vztahy pojmů a témat z rešerše odborných zdrojů, které byly následně kvantifikovány a promítnuty do celého textu práce. Na základě sestavení tematických celků byl postupně naplňován cíl práce, a to prostřednictvím popisu modelů alternativní péče v USA. Z tohoto důvodu se autorka diplomové práce v závěrečné kapitole věnovala stručnému popisu modelů péče komunitního bydlení a domácí péče během stávající transformace sociálních služeb v ČR.

Závěrečná zjištění a možnosti modelů péče v USA lze vnímat jako doporučení pro implikaci modelů komunitní a domácí péče o seniory v ČR.

Klíčová slova:

alternativní péče, dlouhodobá péče, domácí péče, komunitní péče, náhradní péče, neformální péče, sociální zabezpečení

Annotation

The main goal of this thesis was to identify individual models for alternative care of seniors in the USA and to establish their attributes, which would become an impulse to find possible inspirational solutions in relation to the issue of suggestion of models of non-institutional care of seniors in the Czech Republic.

This thesis is focused on the topic of alternative models of care of seniors in the USA.

On the basis of a content analysis and using the snowball method, the theoretical section examined relations between concepts and topics resulting from research of in advance selected and given research sources, which were subsequently quantified and projected into the entire text of this thesis. By assembling thematic groups, the goal of this thesis was gradually fulfilled by description of models of alternative care of seniors in the USA. For this reason the author devoted the final chapter of this thesis to a brief description of models of care provided by community housing and home care during the on-going transformation of social services in the Czech Republic. The final findings and options of models of care in the USA can be perceived as a recommendation for suggestion of models of community and home care of seniors in the Czech Republic.

Keywords:

alternative care, community based care, foster care, home care, informal care, long term care, social security.

Obsah

Seznam tabulek	10
Seznam obrázků	10
Seznam grafů	10
Seznam použitých symbolů a zkratk	11
ÚVOD.....	13
1 Metodologie diplomové práce	16
1.1 Výzkumná metoda	16
1.2 Metoda sběru dat	17
1.3 Technika sběru dat	17
1.4 Popis základního a výběrového souboru.....	18
1.5 Metodika kvalitativního a kvantitativního výzkumu	19
1.6 Prezentace a hodnocení získaných dat	21
1.6.1 Prezentace matice monografií.....	21
1.6.2 Prezentace matice článků.....	26
1.7 Etická a jazyková stránka diplomové práce	32
Slovník pojmů.....	37
2 Systém dlouhodobé péče o seniory v USA	43
2.1 Historicko-legislativní kontext, typy a formy péče o seniory v USA	43
2.1.1 Vznik myšlenky péče o seniory v USA	44
2.1.2 Vymezení dlouhodobé péče v USA.....	47
2.1.3 Formy péče o seniory v USA.....	48
2.1.4 Typy služeb v systému péče o seniory v USA	50
2.1.5 Dilemata alternativních modelů péče o seniory v USA.....	51
2.2 Legislativní systém dlouhodobé péče o seniory v USA	54
2.2.1 Instituce výkonné, zákonodárné a soudní moci v USA.....	55
2.2.2 Instituce na úrovni vlád států USA.....	56
2.2.3 Regionální samospráva systému péče o seniory v USA.....	58
2.2.4 Místní samosprávné úřady a organizace	60
2.3 Financování systému dlouhodobé péče o seniory v USA	61
2.3.1 Financování státním rozpočtem USA	61
2.3.2 Formy financování státními vládami pomocí grantů.....	62
2.3.3 Systém veřejného zdravotního pojištění Medicare.....	63
2.3.4 Systém Medicaid	65
2.3.5 Sektor privátního připojištění v USA	67

2.3.6 Out of pocket spending - přímé platby za zdravotnické úkony	67
2.4 Standardy kvality péče o seniory v USA	68
2.4.1 Instituce a legislativní rámec standardů kvality péče o seniory v USA	68
2.4.2 Metody hodnocení standardů kvality péče o seniory v USA	71
3 Poskytovatelé péče o seniory v USA	74
3.1 Hlavní poskytovatelé péče o seniory v USA	75
3.1.1 Poskytovatelé v domácím prostředí klienta	76
3.1.2 Agentury domácí péče	77
3.1.3 Domy náhradní péče o seniory v USA (Adult Foster Homes)	78
3.1.4 Agentura hospicové péče	78
3.2 Poskytovatelé odborné zdravotní péče	79
3.3 Ostatní poskytovatelé péče o seniory v USA	80
3.3.1 Organizace neziskového sektoru	80
3.3.2 Organizace v poradenství (Independent Advocacy Program)	80
3.3.3 Ostatní administrativní personál	81
4 Charakteristika klientů modelů péče o seniory v USA	83
4.1 Profil seniora v domácí péči v USA	83
4.2 Profil seniorů - modelu náhradní péče o seniory v USA	84
4.3 Vlastnosti seniorů umístěných v institucionální péči	86
4.4 Demografické a ekonomické trendy v USA do roku 2040	87
5 Modely alternativní péče o seniory v USA	88
5.1 Modely domácí a možnosti denní péče o seniory v USA	88
5.1.1 Model péče o seniory v domácím prostředí	88
5.1.2 Denní stacionáře (Adult Day Care)	93
5.1.3 Seniorská centra (Senior Center)	96
5.2 Komunitní péče	96
5.2.1 Odlehčovací služba (Respite care)	99
5.2.2 Hospicová a paliativní péče v USA	100
5.2.3 Model samostatného komunitního bydlení s asistenční službou	103
5.2.4 Domov s pečovatelskou službou (Board and Care facility)	106
5.2.5 Nezávislé rezidentní bydlení (Independent Senior Housing)	106
5.2.6 Formy náhradní péče o seniory v USA	108
5.2.7 Geriatrická péče o válečné veterány	109
6 Modely péče o seniory v ČR	111
6.1 Historické milníky v Evropě a ČR od 18. do 20. století	111

6.2 Demografické trendy v ČR	113
6.3 Legislativní rámec sociálních služeb pro seniory v ČR.....	114
6.4 Financování sociálních služeb.....	115
6.5 Standardy kvality sociálních služeb pro seniory v ČR.....	117
6.5.1 Zřizovatelé a poskytovatelé sociální péče v ČR	118
6.5.2 Charakteristika uživatele alternativních služeb o seniory v ČR	119
6.6 Formy a typy sociálních služeb v ČR	122
6.7 Modely péče o seniory v ČR.....	123
6.7.1 Model domácí péče v ČR o seniory.....	123
6.8 Péče o válečné veterány v ČR.....	130
7 Shrnutí	132
Závěr	135
Seznam použitých zdrojů.....	138
Seznam příloh	151

Seznam tabulek

Tabulka 1 Rešerše tištěných zdrojů předvýzkumu	173
Tabulka 2 Rešerše elektronických zdrojů předvýzkumu	174
Tabulka 3 Analýza názvů kapitol monografií předvýzkumu.....	175
Tabulka 4 Kategorizace hlavních tematických celků předvýzkumu	176
Tabulka 5 Tematické celky monografií rešerše výzkumné části práce	177
Tabulka 6 Tematické celky článků rešerše výzkumné části práce	179
Tabulka 7 Síť vztahů monografií.....	182
Tabulka 8 Síť vztahů článků.....	188
Tabulka 9 Výhled vývoje populace USA v období 2010–2040.....	192
Tabulka 10 Přehled hlavních zdravotních obtíží seniorů v USA.....	193
Tabulka 11 Přínos programu Naturally Occured Retirement Community (NORC)	194
Tabulka 12 Typické intervence poskytované programem PATCH.....	195
Tabulka 13 Faktory při rozhodování seniorů mezi AFC a domovem seniorů.....	196

Seznam obrázků

Obrázek 1 Legislativní rámec systému dlouhoobé péče o seniory v USA.....	197
Obrázek 2 Nabídka forem a modelů péče o seniory v USA.....	198
Obrázek 3 Rezidence Atria Palm Beach (stát California, USA)	199
Obrázek 4 Apartmán Atria Palm Beach	200

Seznam grafů

Graf 1 Nárůst občanů od 85 let a výše závislých na pomoci druhých.....	201
--	-----

Seznam použitých symbolů a zkratek

AFC	Adult Foster Care (náhradní péče o dospělé, popř. seniory)
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services (centrum pro posuzování či přiznání dávek sociálního zabezpečení a starobních důchodů)
ČR	Česká republika
DMH	Division of Medicine and Health (Národní institut výzkumu medicíny USA, divize výzkumu lékařství a zdraví člověka)
DHHS	Department of Health and Human Services (obdoba instituce Ministerstva zdravotnictví České republiky)
DPS	Domov s pečovatelskou službou (forma komunitního bydlení v domě s asistenční službou)
DZR	Domov se zvláštním režimem (zařízení sociálních služeb pro osoby např. s Alzheimerovou nemocí)
HAFOP	Health Advocate for Older People (Organizace zastupující zájmy obyvatel, organizací a církve v komunitě)
HUD	U.S. Department of Human and Urban Development (obdoba Ministerstva pro místní rozvoj České republiky zodpovídajícího za řešení oblasti bytové politiky a sociálního bydlení v USA)
IRS	Internal Revenue Services (obdoba Odboru správy daní z příjmů fyzických osob v působnosti Ministerstva financí USA (U. S. Department of Treasury and Finance))
LTC	Long Term Care (dlouhodobá péče v USA; zahrnuje institucionální či neinstitutcionální modely péče o seniory)
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (ministerstvo odpovědné za oblast problematiky sociální péče, sociální a bytové politiky)
NH	Nursing Home (anglický výraz pro domov seniorů)

n. l. našeho letopočtu

NORC Naturally Occuring Retirement Care

(název programu sociální prevence seniorů, tj. dožití seniora v jeho přirozeném prostředí)

NORC- CAP Naturally Occured Retirement Care – Clearview Assistance Program

(rozšířená forma programu NORC o asistenční, aktivizační a edukační aktivity pro seniory)

OECD Organisation for economic cooperation and development

(název organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj v Evropě;
Spojené státy americké jsou členem této organizace)

OMH Office of Mental Health (USA)

(úřad odpovědný za péči a agendu osob s duševními poruchami v USA)

OMR Office of Mental Retardation (USA)

(úřad odpovědný za péči a agendu osob s vývojovými poruchami)

PACE Program All-inclusive Care for Elderly

(program komplexní péče o seniory v USA)

PATCH Palliative Access Through Care at Home

(program paliativní a geriatrické (domácí) péče o seniory)

QIO Quality Improvement Organisation

(Organizace zabývající se oblastí tvorby a aktualizací standardů kvality služeb o seniory v USA)

RAI Resident Assessment Instrument

(prostředek měření kvality péče o seniory)

SSA Social Security Administration

(Správa sociálního zabezpečení v USA)

SSI Social Security Income

(Dorovnávací příspěvek vyplácený sociálně slabým občanům; obdoba dávky v hmotné nouzi v ČR.)

USA United States of America

(Spojené státy americké)

ÚVOD

Péče o seniory a problematika stáří byla donedávna v pozadí zájmu společnosti. V posledních letech se o této problematice vedou četné diskuse a je snaha o nalezení možných způsobů řešení. Sociální podmínky naší společnosti se mění a dotýkají se tak i života seniorů. Dnešní senioři jsou stále aktivní a tomu by měla odpovídat i kvalita jejich života. Společnost by jim měla nabídnout takové podmínky, aby i ve stáří prožívali svůj život plnohodnotně a důstojně.

Přirozeným prostředím pro každého člověka je jeho domov a rodina. Přesto ne vždy mohou senioři prožít stáří v domácím prostředí a snaží se nalézat jiné možnosti péče. Je přirozené, že hledají alternativy jejich domácího prostředí, ale je otázkou, zda současný systém dlouhodobé péče tyto alternativy nabízí.

Motivací pro zvolené téma práce byla vlastní pracovní zkušenost na pozici pracovníka v sociálních službách v domově seniorů v Praze. Do tohoto nově zřizovaného domova seniorů (založeného v roce 2014) byli umístěováni soběstační senioři, o které již rodina nemohla pečovat. Přirozené prostředí těchto seniorů se stalo středem zájmu rodinných blízkých, a proto tito senioři byli přemístěni do zařízení sociálních služeb. Autorka práce vyzozorovala v jednání rodin uživatelů či personálu domova seniorů tendence k institucionální péči i přesto, že oblast sociálních služeb prochází procesem transformace.

Diplomová práce na téma Alternativní modely péče o seniory v USA se snaží přiblížit možnosti péče tradičních a alternativních modelů péče o seniory ve Spojených státech amerických. Autorka práce se během tříletého pobytu ve Spojených státech amerických podílela na zajištění chodu domácností pro seniory a zapojovala se do aktivit pořádaných místní komunitou. Měla tak příležitost porovnat možnosti alternativního přístupu péče o seniory v rámci komunitního soužití ve Spojených státech amerických a v České republice.

Při shromažďování odborných literárních zdrojů pro diplomovou práci autorka dospěla k názoru, že systém dlouhodobé péče o seniory ve Spojených státech amerických by mohl být inspirativní pro současné prostředí sociální péče v ČR. Proto se rozhodla přistoupit k hlubšímu zkoumání péče o seniory a zužitkovat své poznatky z pobytu v USA a zjistit, zda některé z modelů péče a s tím spojené např. dílčí aktivizační programy by byly využitelné v prostředí sociální péče v ČR.

Cílem diplomové práce je popsat modely alternativní péče o seniory v USA s přesahem k využití v prostředí České republiky. Záměrem práce je tedy zjistit, jaké modely neinstitutionální péče v USA existují, v jakém historickém, legislativním a institucionálním kontextu jsou zasazeny a jak je řešena problematika financování.

Vymezení systému péče o seniory v USA, a s tím spojená problematika legislativního rámce či financování, je stěžejní pro poskytování služeb širšího spektra cílových skupin, které si přejí dožít stáří v domácí péči. Ošetřovatelství v domácí péči se v České republice stále rozvíjí, a proto se jedno z dílčích témat této práce věnuje modelu komplexní geriatrické péče v USA. Jmenované modely péče v podobě, ve které jsou v práci popsány, se opírají o významné historické události v různém časovém sledu. Tím tak významně ovlivnily směřování dalších etap historického, politického, legislativního a společenského vývoje nezávisle v USA a ČR. Znamená to, že vývoj péče o seniory probíhal v těchto zemích odlišným způsobem.

S ohledem na jiné historické a geopolitické prostředí ve Spojených státech amerických a České republice, bylo nevyhnutelné přistoupit k popisu fungování legislativního systému a financování alternativních modelů péče pro seniory, a proto je těmto tématům věnována podstatná část práce.

Je potřeba doplnit, že historicko-legislativní kontext se stal jak v USA, tak i v ČR, základní „platformou“ pro zformování současných pravidel fungování systému dlouhodobé péče. V USA a ČR jsou uznávány odlišné politické, legislativní a společenské hodnoty. Vymezení těchto témat v diplomové práci je důležité, protože významně přispívá k porozumění širších souvislostí mezi legislativními systémy, systémy sociálního zabezpečení, charakterizuje spektrum poskytovatelů a klientů, kteří jsou nedílnou součástí systému modelů péče v USA i v ČR.

Diplomová práce s sebou nese vlastní specifika, která vycházejí zejména z anglicky psaných zdrojů, zabývajících se problematikou péče o seniory ve Spojených státech amerických. Skládá ze dvou částí - metodologické části a vlastního textu.

Významným prvkem pro volbu metodologie bylo prostudování disertační práce Thelenové (2014), jejíž struktura a i uspořádání bylo inspirativní pro napsání této diplomové práce. Nastudované poznatky byly zapracovány do této diplomové práce. Zvolená kombinace výzkumných metod obsahové analýzy a metody nabalování bude analyzovat záměrně vybraný výzkumný soubor složený z monografií, odborných studií a článků, doplněný o obrazové materiály (grafy, tabulky).

Pomocí metody obsahové analýzy budou dále identifikovány hlavní tematické celky, jejich kategorie a podkategorie, které vzešly z předchozí fáze záměrné systematické rešerše.

Teoretický výzkum se věnuje popsaným metodologickým postupem identifikaci hlavních tematických celků, které budou tvořit základní strukturu vlastního textu práce.

Práce obsahuje šest tematických celků (kapitol), z nichž první se zabývá popisem dílčích fází teoretického výzkumu této práce. Druhý tematický celek zachycuje historické ohlédnutí za významnými událostmi v USA, jež zformovaly dnešní politický a legislativní systém a systém financování v USA. Třetí tematický celek charakterizuje hlavní poskytovatele sociálních a zdravotních služeb, které jsou určeny pro klienty (seniory), jejichž charakteristiky popisuje čtvrtá kapitola. Pátá kapitola popisuje modely alternativní péče o seniory v USA v identickém sledu jako šestá kapitola, která reflektuje zjištěné tematické celky ve výzkumné části a popisuje základní rámec modelů péče o seniory v ČR.

Systém dlouhodobé péče je úzce navázán na další tematické oblasti, zejména na financování, na pravidla (standards kvality) poskytování služeb pro seniory, dále na poskytovatele a uživatele. Tyto jmenované oblasti dotváří strukturu systému péče o seniory a byly popsány za účelem zachycení základního přehledu (struktury) modelů tradiční a alternativní péče o seniory.

Téma diplomové práce může být inspirací při řešení problematiky alternativních modelů péče o seniory v České republice. Přesah zjištěných a popsaných modelů péče z USA do českého prostředí by tak mohl pomoci ovlivnit proces umísťování seniorů do zařízení institucionální péče a podpořit rozvoj alternativních modelů péče.

Závěrečná část práce zhodnotí výstupy výzkumné části a navrhne možnosti pro rozšíření sítě zařízení sociálních, případně také zdravotních služeb neinstitucionálního charakteru. Dále budou navržena opatření, která by zmírnila dopady zavedení alternativních modelů v USA do českého prostředí.

1 Metodologie diplomové práce

Tato část diplomové práce na téma **alternativní modely péče o seniory v USA** popisuje dílčí fáze výzkumného procesu za účelem zjištění charakteristik modelů alternativní péče o seniory ve Spojených státech amerických.

Předmětem zkoumání je v rámci metodologické části identifikace hlavních tematických celků, dílčích témat a charakteristik ve vztahu k alternativním modelům péče v USA. Tyto tematické celky budou zkoumány předem zvoleným metodickým postupem, jenž bude popsán v textu práce.

Zkoumaná oblast dat je analyzována za účelem formulace teoretických východisek systému dlouhodobé péče v procesu deinstitucionalizace v USA, která by následně mohla být inspirací pro současné portfolio modelů neinstitucionální péče o seniory v ČR. Pomocí dílčích etap předvýzkumu a výzkumu budou popisovány kroky těchto fází: vysvětlení volby výzkumné metody, popisu techniky a způsobu sběru dat. Získaná data budou analyzována pomocí kvalitativního a kvantitativního zkoumání a shromážděna do tzv. datové matice. Výsledná matice bude následně podrobněji kategorizována do „**trů témat**“ (Pokorná 2011, s. 11).

V souvztažnosti s výše uvedeným budou analyzovány vztahy mezi hlavními tematickými celky získanými z předvýzkumu, a to: **historickým a legislativním rámcem, financováním, poskytovateli, klienty a modely domácího, komunitního a rezidentního bydlení** a kategoriemi¹. Kategorie definují Skopal a Váňová (2007, s. 17) jako „**charakteristiky, vlastnosti a stanoviska**“ Tato skutečnost je i zá-
měrem výzkumu, který se bude pomoci metod kvalitativního a kvantitativního přístupu snažit tyto výsledky ověřit.

1.1 Výzkumná metoda

Předmětem zkoumání v kvalitativní části výzkumu jsou modely alternativní péče o seniory v USA. Kvalitativní část výzkumu vychází z analýzy obsahu záměrně stanoveného souboru zdrojů psaného textu (rešerše). Pomocí zvolené kombinace výzkumných metod obsahové analýzy a metody nabalování budou zjištěné tematické celky v teoretickém výzkumu analyzovány dle předem stanovených kritérií s cílem

¹ Tyto oblasti jsou výsledkem předvýzkumu a nachází se v tabulce č. 4 (viz tabulka č. 4 na str. 176).

„nasytit“ zkoumané pojmy, jejich charakteristiky či vazby, které jsou zaznamenány do systematického přehledu (viz tabulka 7 a tabulka 8).

Metodu kvalitativního přístupu doplňuje kvantitativní výzkum, který se zakládá na „*systematickém shromažďování dat a analýze numerických informací*“ (Kutnohorská 2009, s. 23). Analýza dat bude provedena **generalizovanou indukci** následovanou **dedukcí** dle definice Kutnohorské (2009, s. 30–31), čímž se myslí zkoumání oblasti jevů na základě zkoumané oblasti dat. Dedukce doplňuje indukcii a vychází z obecného celku. S tímto analogicky souvisí i záměrně vybraná metoda kvalitativního a kvantitativního zkoumání s cílem získat validní data.

Metodologická část je rozdělena do dvou samostatných částí, a to **předvýzkumu** (viz příloha č. 1, str. 152) a **výzkumu**. Pro předvýzkum se autorka této práce rozhodla proto, aby ověřila proveditelnost zvolených výzkumných metod a stanovila reliabilní a validní výzkumný vzorek pro vlastní část teoretického výzkumu. Předvýzkum potvrdil potřebu zajištění validního výzkumného vzorku, jeho vznik bude objasněn dále v textu. V úvodu této části byl zdůvodněn výběr výzkumné metody, kombinace kvalitativního a kvantitativního přístupu, a proto další podkapitola naváže na popis techniky sběru dat a popis základního a výběrového souboru.

1.2 Metoda sběru dat

Metoda sběru dat pro teoretický výzkum souvisí s dílčím výstupem předvýzkumu, a to technikou sběru dat, která shrnuje seznam prozkoumaných zdrojů v tištěné (viz tabulka 1) a elektronické (viz tabulka 2) formě v tuzemsku a zahraničí.

Předvýzkum podpořil techniku sběru dat záměrným výběrem s ohledem na specifické zaměření tématu a potřeby získání validního vzorku zkoumaných dat. K tomuto poznatku dospěla autorka práce ve fázi vyhodnocení dat v předvýzkumu z důvodu obtížného dohledání literárních zdrojů, které by komplexně obsáhly řešenou problematiku.

1.3 Technika sběru dat

Technika sběru dat se zakládá na **obsahové analýze** následované **metodou nabalování**. Dle Miovského (1997, s. 131) metoda nabalování spočívá v dosažení co nejobsáhlejšího výběrového souboru, kterého lze dosáhnout pomocí vyčlenění

nerrelevantních pojmových konceptů, které by zkreslovaly validitu výběrového souboru. Postup k dosažení základního a výběrového souboru popisuje další podkapitola 1.4.

1.4 Popis základního a výběrového souboru

Základní soubor vznikl na základě zadané rešerše (viz příloha č. 4) dle klíčových slov: **alternativní péče, dlouhodobá péče** (long term care), **domácí péče** (home care) **komunitní péče, náhradní péče** (adult foster care), **senioři, staří, Spojené státy americké**. Tato klíčová slova jsou uvedena v zadání rešerše. V kontextu diplomové práce byl základní výzkumný soubor vymezen dle těchto kritérií: **geografická oblast USA a autoři publikující o problematice různých modelů alternativní péče v USA**.

Vzhledem k probíhající deinstitucionalizaci v USA v sedmdesátých letech 20. století² bylo rozšířeno rozpětí roku vydání zdrojů na období od roku 1970 až do současnosti. Rozsah sběru dat byl rozšířen o „podpůrné“ zdroje, např. webové stránky konkrétních programů pro seniory v USA, o kterých bude pojednáno v kapitole č. 5, a to modely péče o seniory v USA a bude na ně řádně odkazováno v textu práce a v seznamu použitých zdrojů.

Nejprve byly shromážděny veškeré zdroje ze seznamu v rešerši k této práci v tištěné (viz příloha 1) a elektronické (viz příloha 2) podobě. Tento získaný soubor byl podroben obsahové analýze. Obsahová analýza je nejprve zaměřena na vygenerování výběrového souboru, který bude dále analyzován s cílem získat co nejvíce vazeb mezi oblastmi, tematickými celky a pojmy s cílem vytvořit „sít“ vazeb oblastí, kategorií a charakteristik témat vztahujících se k modelům péče o seniory v USA.

Základní výzkumný soubor tvoří **41** zdrojů, z nichž **15** jsou odborné monografie, dále **24** odborných článků zahraničních zdrojů a **2** kvalifikační práce studentek Kičmerové (2012) a Soukalové (2010).

První fáze, redukce základního souboru zdrojů na výběrový soubor, bude prováděna pomocí výzkumných metod obsahová analýza a metody nabalování.

Výběrový soubor tvoří 37 zdrojů, z toho to 22 článků a 15 monografií (včetně odborných studií), přičemž česky psané monografie budou využity

² Pfeiffer (Pfeiffer in Sherman, Newman 1988, s. 11) definoval vládu, rodinu a další osoby jako iniciátory alternativních modelů péče o seniory již v roce 1973, což stvrzuje potřebu rozšířit rozpětí roku vydání zdrojů až do r. 1970 s cílem získat dostatečně validní zdroje pro výzkumnou část práce.

v kapitole 6 pro popis modelů péče o seniory v ČR. Ze základního souboru byly též vyňaty obě výše zmíněné kvalifikační práce studentek³.

Pro potřebu výzkumné části byl pro lepší orientaci při práci s datovými maticemi vytvořen seznam odborných monografií (viz tabulka 5) a seznam článků (viz tabulka 6) v rozsahu 1 až 15; články jsou očíslovány v rozsahu 1 až 24⁴.

1.5 Metodika kvalitativního a kvantitativního výzkumu

V úvodu diplomové práce byla zmíněna disertační práce Thelenové (2014), jejíž metodologie se stala inspirací pro metodiku výzkumu této diplomové práce. Nejprve budou analyzovány obsahy monografií a článků na stejném metodologickém základu. Pomocí obsahové analýzy budou analyzovány nadpisy kapitol a podkapitol včetně obsahu monografií (popř. studií) a článků. Výsledným souborem dat budou dvě samostatné datové matice znázorňující četnosti mezi oblastmi (hlavními tematickými celky) a zkoumaným pojmem a zároveň vztah mezi dílčím zkoumaným tématem a konkrétním pojmem.

Řádek „**Pořadové číslo monografie v rešerši**“ obsahuje evidenční čísla monografií (1 až 15) a řádek „**Pořadové číslo článku v rešerši**“ u článků v rozsahu čísla 1 až 24.

Do prvního sloupce „**Seznam kategorií a pojmů**“ byly v průběhu analýzy zaznamenávány a doplňovány dílčí tematické kategorie (podbarveny zelenou barvou); pod které se budou v průběhu obsahové analýzy „nabalovat“ další slovní výrazy, hesla.

Každý výskyt nalezeného pojmu v monografii nebo v článku bude zaznamenán znakem „X“, a to do „místa průsečíku“ příslušního zdroje (vertikální směr) a tématu (horizontální směr). Takto označený průsečík **značí jeden vztah pojmu (řádku) a konkrétního zkoumaném tématu** (sloupce) a je zároveň vstupním údajem pro fázi kvantifikace takto získaných dat. Přínos této metody spočívá ve výsledném sestavení přehledu seznamu dílčích tematických celků (označen na horizontální úrovni zelenou výplní v tabulce) a podružných znaků. Výsledným schématem kvalitativního výzkumu bude matice se strukturou kategorií a jejich znaků, která dále musí být převedena

³ Práce Kičmerové (2012) se zabývá pouze modelem domácí péče v ČR; práce Soukalové (2010) popisuje sociální zabezpečení v USA a netýká bezprostředně modelů péče o seniory.

⁴ Pořadové číslo zdroje monografie (viz tabulka 5 na str. 177) nebo článku (viz tabulka 6 na str. 179) odpovídá pořadovému číslu uvedeného u zdroje v rešerši k této práci.

do numerické hodnoty za účelem zjištění nejvyšší četnosti (tj. neintenzivnějšího) dílčího vztahu mezi kategoriemi. Tento přehled témat bude následně podroben zkoumání pomocí kvantifikace s cílem zjistit seznam témat s nejvyšší četností výskytu.

Kvantifikace dat dílčích tematických vztahů

Jak již bylo uvedeno výše v textu, bude touto metodou kvantifikováno **22** článků a **15** monografií. Vstupními daty pro kvantifikaci jsou schémata tabulek č. 7 (**Sít vztahů monografií**) a tabulek č. 8 (**Sít vztahů článků**). Do stávajících schémat bude před započítáním kvantifikace přidán sloupec „**absolutní četnost vztahů**“, který označuje počet celkových výskytů jednoho pojmu k analyzovanému tématu monografie nebo článku.

Tato hodnota vypovídá o tom, ke kterým dílčím tematickým celkům z rešerše se zkoumaný pojem vztahuje, např. pojem **financování** bude protínat monografie č. 1, 3, 5, 7, 9. Tyto hodnoty určují (kódují) čísla zdroje z rešerše, a tak lze vysledovat, které vztahové „dvojice“ ve schématu vznikly. Účelem tohoto postupu je nalézt tyto vztahy za účelem prezentace dat v závěru metodologické části.

Zjištěné vztahy vyjádřené numerickou hodnotou budou v závěrečné části identifikovány, definovány, shrnuty do výčtu témat a kriticky reflektovány s ohledem na téma práce. Účelem kvantifikace dat je určení dílčích tematických okruhů, kapitol a podkapitol této práce, které se budou opírat o výsledky výzkumu.

Kvantifikace dat - zjištění hlavních tematických celků

Tabulky 7 a 8 též nabízejí po realizaci první fáze výzkumu četnost výskytu **všech** zkoumaných hesel (z celkového počtu hesel) ve vztahu ke konkrétnímu tématu. Tato hodnota je zachycena v řádku „**Seznam kategorií a pojmů**“ k tématu monografie či článku. Tato četnost značí opět celkový počet obsazených průsečíků horizontální a vertikální úrovně, i zde každý nalezený výskyt z počtu zkoumaného pojmu monografií (**110** pojmů celkem) či zkoumaného počtu článků (**71**) bude označen „X“⁵. Takto označené hodnoty budou zaznamenány z tabulky č. 7 Sít' (matice) vztahů monografií (rešerše) **do řádku „Celkový počet vztahů pojmů ke zkoumanému tématu monografie“** a tabulky 8 Sít' (matice) vztahů článků rešerše do řádku **Celkový počet**

⁵ „X“ = 1 výskyt, tj. jeden vztah zkoumané dvojice pojmu a hlavního tématu, tj. názvu monografie v rešerši.

vztahů pojmů ke zkoumanému tématu článků⁶. Tímto způsobem se určí sít' nejvýznamnějších tematických celků s nejvyšším počtem výskytů ve vztahu k četnosti zkoumaného pojmu či kategorie. Zjištěné četnosti budou doplněny zpětně do tabulek č. 5 a č. 6. Tento krok zdůvodňuji potřebou sekundárně zjistit vypovídací hodnotu zdroje ve vztahu k tématu a cíli práce.

1.6 Prezentace a hodnocení získaných dat

Tato kapitola se věnuje prezentaci výsledných datových matic monografií a článků z tabulek 7 (viz str. 182) a 8 (viz str. 189).

1.6.1 Prezentace matice monografií

Pro účely práce byla zkoumána datová matice s objemem 15 monografií (na vertikální úrovni) obsahující **110** pojmů (na horizontální úrovni), které vznikly v průběhu kvalitativní metody zkoumání dat.

Byla vyhodnocena část tabulky 7, a to řádek **Celkový počet vztahů pojmů ke zkoumanému tématu monografie**, který zahrnuje celkový součet všech zkoumaných dat ve vztahu k dílčímu zkoumanému tématu rešerše, tj. monografie.

Tyto zjištěné hlavní tematické celky budou tvořit pátevní strukturu práce. Popsaným postupem se chce autorka vyvarovat sestavení nedostatečně husté struktury práce, aby tak mohla dosáhnout naplnění cíle práce.

Z tabulky 7 byly zjištěné tyto tematické celky:

A. Systém dlouhodobé péče o seniory (legislativa, financování, poskytovatelé):

- *poskytování sociálních služeb* (viz monografie č. 1; výskyt 42×),
- *management „dlouhodobé“ (sociální) péče o seniory* (viz monografie č. 12; výskyt 19×),
- *statistická data na téma dlouhodobá péče: Evropa a Severní Amerika* (viz monografie č. 7; výskyt 8×),
- *mezigenerační solidarita v péči o seniory* (viz monografie č. 9; výskyt 3×).

⁶ X“ = 1 výskyt, tj. jeden vztah zkoumané dvojice pojmu a hlavního tématu, tj. názvu článku v rešerši.

B. Standardy kvality péče o seniory:

- *zvyšování kvality péče sociálních služeb o seniory* (viz monografie č. 15; výskyt 17×),
- *zajištění kvality služeb ve formě komunitního bydlení a domácí péče o seniory* (viz monografie č. 4; výskyt 15×),
- *studie OECD: poklidné stárnutí* (monografie č. 5; výskyt 6×).

C. Systém zdravotní péče, stárnutí, péče o seniory:

- *systém zdravotní péče* (viz monografie č. 3; výskyt 10×),
- *komunitní ošetřovatelství* (viz monografie č. 8; výskyt 12×),
- *péče o rodinné příslušníky* (viz monografie č. 10; výskyt 9×),
- *zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách* (viz monografie č. 6; výskyt 6×),
- *dlouhodobá péče o seniory* (viz monografie č. 11, 6×),
- *komunitní péče ve stárnoucí společnosti* (viz monografie č. 2; výskyt 2×),
- *autonomie ve stáří* (viz monografie č. 14; výskyt 4×),
- *zachování autonomie ve stáří* (viz monografie č. 13; výskyt 1×).

Z výše uvedeného výčtu lze vymezit **tři hlavní tematické celky**, které dále budou rozšířeny o analýzu dílčích tematických vztahů (kategorií a charakteristik) a to z hodnot ve sloupci „četnost vztahů“ v tabulce 7.

Jedná se o tyto tematické celky:

- systém zdravotní péče (**8** monografií),
- systém dlouhodobé péče (**4** monografie)
- standardy kvality péče o seniory (**3** monografie či studie).

Kvantifikace dílčích vztahů z monografií

Předmětem kvantifikace bude datová matice (viz tabulka 7), a to konkrétně **110** pojmů ve vztahu k počtu četností konkrétního pojmu napříč všemi monografiemi.

Sloupec „absolutní četnost vztahů“ vykazuje rozpětí hodnot od čísla 1 až 6, přičemž hodnota šest (výskytů) značí nejvyšší četnost vzniklé dvojice vztahů.

Četnost šest vykazují tyto dílčí tematické celky, ke kterým bude přiřazen dílčí tematický pojem v místě označeném „X“.

Jedná se o tyto vztahy:

- **zákony** (témata č. 1, 4, 5, 8, 12, 15),
- **standardy kvality péče** (1, 3, 4, 8, 11, 15),
- **péče v komunitním bydlení** (1, 4, 6, 8, 10, 12),
- **definice dlouhodobé péče** (tj. charakteristika; témata (1, 4, 7, 11, 12, 15).

Pětkrát jsou zaznamenány tyto dílčí tematické celky, ke kterým bude přiřazen dílčí tematický pojem v místě označeném „X“.

Jedná se o tyto vztahy:

- **financování** (1, 3, 11, 12, 13),
- **demografické faktory** (1, 6, 10, 11, 14),
- **typy poskytovatelů v domácnosti** (1, 6, 8, 9, 10),
- **nespokojenost se stavem sociální a zdravotní péče**
(tj. charakteristika (vyjádřující nespokojenosti), znak (1, 4 5, 11, 15).

Čtyři výskyty vykazují tyto dílčí tematické celky, ke kterým bude přiřazen dílčí tematický pojem v místě označeném „X“.

Jedná se o tyto vztahy:

- **instituce:** charakteristiky: federální (1, 3, 8, 15), regionální (1, 8, 12, 15),
- **domy pěstounské péče** (1, 6, 8, 10).

Počet výskytů tři byl nalezen u dílčích tematických celků, ke kterým bude přiřazen dílčí tematický pojem v místě označeném „X“.

Jedná se o tyto vztahy:

- **historie USA:** historie (federace) USA (1, 14, 15),
- **historie modelů péče o seniory v USA** (4, 8, 9),
- **instituce na úrovni jednotlivých států USA** (1, 8, 12),
- **pracovníci přímé péče pracující v soukromých domácnostech** (1, 7, 10),
- **rezidentní péče** (4, 12, 15),
- **financování:** zdroje a financování (4, 10, 11); funkce a účel financování (1, 7, 10).

Pouze **dvakrát** se vyskytují tyto dílčí tematické celky, ke kterým bude přiřazen dílčí tematický pojem v místě označeném „X“.

Jedná se o tyto vztahy:

- **teorie a praxe systémů péče** (3, 14),
- **historie** (1, 3),
- **zákony:** federální (1, 12), státní (12, 15),
- **organizace:** federální (1, 15),
- **standardy kvality:**
 - kritéria měření standardů kvality péče (4, 5),
 - systém péče o seniory (5, 15),
 - měření kvality a zvyšování standardů sociálních služeb v Evropě (5, 15),
 - klienti domácí zdravotní péče (2, 8).
- **financování:**
 - příjemci domácí zdravotní péče (1, 7),
- **systém zdravotní péče Medicaid v USA** (12, 15):
 - nerovnoměrné využití (subjektů) péče a služeb (3, 4),
 - plátcí do systému Medicaid (2, 10),
 - věk seniora s ohledem na nárok na příspěvky na péči z Medicaid (4, 14).
- **poskytovatelé** (10, 12),
- **stárnutí seniorů** (4, 14),
- **monitoring potřeb klientů** (1, 12),
- **klienti:** charakteristiky:
 - etnická a kulturní příslušnost (3, 14),
 - rodinné zázemí (bydlení s rodinou o samotě (2, 7) nebo rodinné zázemí,
 - bydlení s rodinou, o samotě (1, 8),
 - zdravotní stav klienta (3, 10),

- snížená mobilita (1, 12),
- **vzdělávání odborného zdravotnického personálu** (12, 15),
- **domácí pečovatelé na hlavní pracovní poměr** (1, 12),
- **péče v komunitním bydlení:**
 - zásady péče o seniory, posuzování zdravotního stavu v domácí péči a v komunitním bydlení (6, 8),
 - ošetrovatelský proces v komunitě (5, 7),
- **Medicare** (1, 2),
- **zdravotní péče** (6, 8).

Pouze jedenkrát byl nalezen výskyt těchto dílčích tematických celků, ke kterým bude přiřazen dílčí tematický pojem v místě označeném „X“. Významným zdrojem v této kapitole sehraává monografie č. 1 o poskytování systému péče o seniory v USA, se kterým je většina pojmů tematicky spojena.

Pro účely práce s hodnotou výskytu **jedna** bude vypsán výčet dílčích tematických celků a příkladu charakteristiky dle matice monografií:

Jedná se o tyto vztahy:

- **zákony:** lokální (1),
- **instituce:** lokální (2),
- **organizace:** státní (1), lokální (12),
- **standardy kvality:** forma zajištění kvality (4),
- **financování:**
 - odpovídající financování (1),
 - zdravotní pojištění (12),
- **Medicare** (1): domovy certifikované Medicaid (1), platba za úhradu na zdravotní či sociální péči (1), příjem pečovatelů ze sociálního zabezpečení (1), finanční podpora pro pečovatele (1),
- **charakteristika nepojištěných jedinců** (3),

- **socioekonomické faktory** (14),
- **klienti** (15): klienti s intenzivnější potřebou ADL (1), duševní zdraví (1), zdravotní péče (1), kritéria měření socializace klienta (1), tělesné postižení (1), věková skupina (8),
- **agentura domácí péče** (15),
- **metody práce s klienty** (12)
 - obvodní lékaři (3),
- **neodpovídající financování** (3),
- **domácí pečovatelé**
 - rizika spojená s profesí v sociální péči (2),
- **péče o válečné veterány**
 - válečný veterán (9),
- **role komunitní sestry, menšiny** (4),
- **rezidentní bydlení** (4),
- **komunitní bydlení:** základní poradenství a nácvik soběstačnosti (1), zmírnění bolesti a péče o bolest (tzv. pain management), paliativní péče (12), opatrovnictví (1), sociální programy v praxi (12),
- **výzvy v problematice péče o seniory** (1).

Analýza dílčích tematických celků monografií zajistila dílčí tematické celky, např. historie, demografie, profil poskytovatelů, klientů. Dále byly zjištěny modely péče o seniory (domácí péče, komunitní bydlení, metody práce s klientem, zdravotně-sociální služby atp). Tyto tematické celky budou zpracovány do textu práce a popsány.

1.6.2 Prezentace matice článků

Vstupním zdrojem pro hodnocení dat bude samostatná datová matice - tabulka 8 se základním souborem článků. Byla rozšířena o sloupec **Celkový počet vztahů pojmů ke zkoumanému tématu článku**, který označuje součet vztahů mezi hlavními tematickými celky řešerše a objemem všech zkoumaných dat v průsečíku

sloupce konkrétního tématu rešerše (vertikální směr) a řádku (horizontální směr), kde každý výskyt kategorie či pojmu byl označen „X“⁷.

Pro účely práce byla zkoumána datová matice článků (tabulka č. 8) s objemem 22 článků (vertikální směr) obsahující 71 pojmů (horizontální směr), které vznikly v průběhu kvalitativní metody zkoumání dat.

Zjištěné hlavní tematické celky budou tvořit tematickou strukturu práce. Tímto se chce autorka vyvarovat případnému sestavení nedostatečně husté struktury práce a mohla tak naplnit cíl práce.

Z tabulky 8 byly zjištěné tyto tematické celky:

A. Systém dlouhodobé péče o seniory (poskytovatelé, financování, legislativa):

- systém dlouhodobé péče (viz článek č. 1, výskyt 9×),
- přehled dlouhodobé péče v USA (viz článek č. 15, výskyt 9×),
- jak vykázat výdaje v domácí péči: snaha o vykázání („skrytých“) výdajů v domácí péči (viz článek č. 13; výskyt 8×),
- profil pracovníků přímé péče v USA pro seniory v pozdním stáří (viz článek č. 16, výskyt 1×),
- sociální zabezpečení v USA u seniora ve věku 75 let: mezinárodní stanovisko (viz článek č. 23, výskyt 5×),
- dopad investic vložených do institucionální péče na úkor modelu domácí péče (viz článek č. 3; výskyt 2×).

B. Standardy kvality péče o seniory:

- standardy kvality dlouhodobé péče o seniory v USA (viz článek č. 11; výskyt 10×),
- posuzování kvality péče ve dvou zemích (viz článek č. 10; výskyt 3×).

C. Systém zdravotní péče, stárnutí, péče o seniory:

- domácí zdravotní péče (viz článek č. 4, výskyt 12×),

⁷ X“=1 výskyt, tj. jeden vztah zkoumané dvojice pojmu a hlavního tématu rešerše článku, tj. názvu článku nebo monografie v rešerši.

- třicet let oslav modelů domácí a komunitní péče: alternativní přístupy modelu domácí péče (viz článek č. 9; výskyt 9×),
- komparativní analýza zákonů států Oregon a Maryland v problematice péče o rodinného přísluníka (viz článek č. 17; výskyt 9×),
- nízkokapacitní domy se sociální službou pro IADL seniory - seniory s vyšší mírou závislosti na péči druhé osoby (viz článek č. 6; výskyt 6×),
- bydlení s asistenční službou - neprozkoumaná oblast v péči o duševně nemocné uživatele (článek č. 5; výskyt 6×),
- výhled vývoje domácí péče v domácím prostředí klienta (článek č. 19; výskyt 6×)
- využití služeb sociální péče ve stárnutí (viz článek č. 7; výskyt 6×),
- zpřístupnění paliativní péče v domácí péči (viz článek č. 14; výskyt 6×),
- náhradní rodinná péče ve státě Oregon: mainstream nebo alternativa domovů seniorů? (viz článek č. 2; výskyt 5×),
- domov uživatele jako řešení pro integrovanou péči v USA (viz článek č. 21; výskyt 5×),
- výběr mezi domovem náhradní pěstounské péče a domovem seniorů: vnímání změny bydlení,
- z alternativního do tradičního modelu z pohledu seniorů (viz článek č. 24; výskyt 5×),
- dopad péče o rodinného příslušníka na příjem pečující osoby (viz článek č. 22; výskyt 5×),
- geriatrické rehabilitační služby v rámci péče o veterány (článek č. 8, výskyt 4×),
- celostní přístup pro sociálně-slabé občany (viz článek č. 12; výskyt 1×).

Z výše uvedeného výčtu lze vymezit tři hlavní tematické celky, které dále budou rozšířeny o analýzu dílčích tematických vztahů (kategorií a charakteristik), a to z hodnot ve sloupci „absolutní četnost vztahů“ v tabulce 8.

Jedná se o tyto tematické celky:

- **systém zdravotní péče, stárnutí, péče o seniory** (14 článků),
- **systém dlouhodobé péče o seniory** („dlouhodobé“) péče (6 článků),
- **standarty kvality péče o seniory** (2 články).

Z výše uvedeného výčtu lze vymezit hlavní 3 tematické celky, které dále budou rozšířeny o analýzu dílčích tematických vztahů (kategorií a charakteristik), a to z hodnot ve sloupci „absolutní četnost vztahů“ v tabulce 8.

Kvantifikace dílčích vztahů článků

Předmětem kvantifikace bude datová matice (viz tabulka 8), a to konkrétně 71 pojmů ve vztahu k počtu četností konkrétního pojmu napříč všemi články (24 celkem).

Sloupec „absolutní četnost vztahů“ vykazuje rozpětí hodnot od čísla 1 až 9, přičemž hodnota čísla devět značí nejvyšší pravděpodobnost výskytu vzniklé dvojice vztahů.

Devětkrát byl nalezen jeden dílčí tematický celek, ke kterému bude přiřazen dílčí tematický pojem v místě označeném „X“.

Jedná se o tento vztah:

- **zákony** (4, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 17, 21).

Ze zkoumaného objemu dat nebyl nalezen žádný pojem vyskytující se **osmkrát**.

Sedmkrát byl zaznamenán jeden dílčí tematický celek, ke kterému bude přiřazen dílčí tematický pojem v místě označeném „X“.

Jedná se o tyto vztahy:

- **zákony** (4, 6, 9, 11, 17, 22, 23).

Šest výskytů vykazuje jeden dílčí tematický celek, ke kterému bude přiřazen dílčí tematický pojem v místě označeném „X“.

Jedná se o tento vztah:

- **Medicaid** (1, 3, 4, 5, 15, 19).

Pět výskytů vykazují dílčí tematické celky, ke kterým bude přiřazen dílčí tematický pojem v místě označeném „X“.

Jedná se o tyto vztahy:

- **zákony** (4, 9, 13, 19, 21),
- **osoby s žádnou nebo mírným** (tj. I. stupněm) **závislosti na pomoci druhé fyzické osoby** (4, 5, 9, 10, 13).

Četnost čtyři vykazují dílčí tematické celky, ke kterým bude přiřazen dílčí tematický pojem v místě označeném „X“.

Jedná se o tyto vztahy:

- **modely péče o seniory - historie** (9, 11, 14, 23),
- **zařízení péče služeb o seniory certifikováno Medicaid** (1, 3, 9, 19),
- **Medicare** (4, 15, 17, 21),
- **politické faktory** (13, 15, 16, 19).
- **profil odvětví dlouhodobé péče o seniory a jeho charakteristiky** (1, 5, 11, 15).

Třikrát byly nalezeny dílčí tematické celky, ke kterým bude přiřazen dílčí tematický pojem v místě označeném „X“.

Jedná se o tyto vztahy:

- **zákony; lokální** (9, 13, 15),
- **instituce; lokální** (13, 21, 23),
- **formy poskytovaných služeb** (1, 2, 19),
- **zdroje financování** (11, 15, 22),
- **charakteristika klientů** (6, 8, 24).

Dvakrát jsou zaznamenány dílčí tematické celky, ke kterým bude přiřazen dílčí tematický pojem v místě označeném „X“.

Jedná se o tyto vztahy, tj. **charakteristiky**:

- **teorie systému péče o seniory** (13, 14),
- **legislativa na federální úrovni USA** (4, 7),
- **organizace zřízené vládou USA** (15, 23),

- **správa plateb a směrnice pro bydlení s asistenční službou pro osoby s postižením** (5, 22),
- **agentura domácí péče** (4, 5),
- **samoplátci za sociální služby** (15, 22),
- **bydlení s pečovatelskou službou** (9, 14),
- **demografické faktory** (2, 14),
- **domovy seniorů - institucionální forma bydlení** (2, 17),
 - domovy s pečovatelskou službou a chronicky nemocné (5, 6),
- **pěstounská péče o seniory** (4, 6),
- **zařízení sociálních služeb:** komunitní bydlení (11, 12), např. pro veterány (7, 8),
- **klienti** - charakteristika:
 - věkové rozmezí seniorů (1, 22), socioekonomické faktory (1, 17),
- **zdravotnický personál:** lékaři (4, 7), služba lékařské pomoci po telefonu „telemedicine“ (7, 24),
- **kritéria posuzování (zdravotního stavu) uživatele** (2, 6).

Četnost jedna vykazuje dílčí tematické celky, ke kterým bude přiřazen dílčí tematický pojem v místě označeném „X“.

Jedná se o tyto vztahy:

- **financování** (17):
 - funkce a účel zdrojů (2),
 - dopad sociální politiky na výši příspěvku příbuzných (21),
 - pozůstalostní pojištění pro handicapované (23),
 - řádný způsob financování služeb dlouhodobé péče o seniory federální vládou USA (4),
 - sektor soukromého připojištění (5),
 - dílčí charakteristiky: ambulantní zařízení, zdravotnický personál, paliativní

péče, sociální programy v praxi, denní centra pro seniory, akutní péče, mimoústavní péče.

Kvantifikací matice z článků vycházejí tyto závěry: odborné články vnášejí do problematiky pohled odborníků z oboru sociální péče a ostatních oborů na něj navazujících. Kvantifikace ukázala, že články obsahují významné dílčí informace zejména k tématu modelů domácí a komunitní péče (např. článek č. 9).

Závěr metodologické části diplomové práce

Výzkum podpořil výsledky analýzy monografií a našel totožné hlavní tematické celky: **systém dlouhodobé péče, standardy kvality služeb a problematiku zdravotně sociálních služeb**. Články lze vnímat jako podpůrný zdroj k monografiím a je nutné jak k analýze monografií, tak článků doplnit, že zjištěné výsledky empirické části lze vztahovat pouze na zkoumaný objem dat a lze je vnímat jako jedno z inspirativních řešení v praxi.

1.7 Etická a jazyková stránka diplomové práce

Při čtení diplomové práce je třeba přihlídnout ke skutečnosti, že se autorka zaměřila především na území USA a sama ovládá americkou angličtinu. Je nutné doplnit, že texty v rešerši této práce jsou psané převážně americkými autory a z toho důvodu autorka spatřuje další úskalí v porozumění významu slov z anglického do českého jazyka.

Při práci s textem v anglickém jazyce autorka práce používá pro výklad anglických výrazů do českého jazyka tzv. „thesaurus“, tj. výkladový slovník anglických slov.

Proto by měl čtenář zvážit či vynechat použití internetových slovníků a naopak na tuto práci nahlížet z pozice rodilého mluvčího hovořícího anglickým jazykem a neomezovat se na výklad jednoho konkrétního slova ve frázi či větě, která může být zavádějící. Konkrétním příkladem je slovo „care“. Slovo „care“ můžeme v anglickém jazyce přeložit z gramatického hlediska jako **sloveso** nebo **substantivum**.

Dle výkladového slovníku anglického jazyka autorky Walter (2005, s. 180–181) slovo „care“ znamená ve slovesném významu: **pečovat, mít starost**, resp. věnovat detailům určité situace pozornost, mít náklonnost k (něčemu, někomu). V americké angličtině slovo „care“ lze použít ve spojení vyjádření znepokojením někoho nad něčím

nebo vůči druhé osobě (Walter 2005, s. 181). Ve smyslu podstatného jména lze vyložit výraz „care“ jako péče, touha, znepokojení, neklid, úzkost.

Z výše uvedeného příkladu vyplývá určitá rozmanitost v překladu z anglického do českého jazyka, a proto jsou některé výrazy v diplomové práci přeloženy opisem či jiným vhodným výrazem v českém jazyce. Z tohoto důvodu autorka přistoupila k sestavení slovníku pojmů, ve kterém bude zachycen výklad jednotlivých pojmů. Slovník pojmů bude oporou při čtení textu s cílem minimalizovat rozdíly mezi vlastním výkladem pojmů a významu pojmu v kontextu řešené kapitoly či podkapitoly.

Pro srozumitelnost textu budou v práci vyznačeny nadpisy a podnadpisy kapitol a podkapitol **tučným písmem** a dále ta **slovní spojení**, na která v kontextu dané kapitoly, podkapitoly či dílčího textu chce autorka upozornit. Příklady lze spatřit hned v následující části diplomové práce.

Informace k používání slovníku pojmů této diplomové práce

Tato „příručka používání anglických výrazů v této práci“ si klade za cíl podat informace a vysvětlit způsob prezentace slovních spojení uvedených ve slovníku pojmů této práce. Slovník pojmů zahrnuje čtyři „kategorie“ slovních spojení či názvů pojmů uvedených ve slovníku pojmů této práce, z nichž každý se liší od ostatních popisovanou charakteristikou dále v textu. Autorka tyto výčty pojmů označila pro přehlednost písmeny A–D, tj. první až čtvrtá „kategorie“ (výčet) pojmů.

Nejprve budou vysvětleny první dva soubory anglických pojmů, které nelze vyjádřit zkratkou. První „kategorie“ výčet obsahuje **anglické názvy pojmů, které nelze přeložit do českého jazyka** (viz písm. A této kapitoly) a druhý výčet (viz písm. B této podkapitoly) shrnují **anglické pojmy, které lze přeložit do českého jazyka a nelze jak první** (tj. „A“), **tak i druhý výčet** (tj. „B“) **vyjádřit zkratkou**. K oběma výše uvedeným typům slovních spojení bude ve slovníku pojmů ke každému z nich doplněna stručná charakteristika významu pojmu.

Třetí (viz písm. C) a čtvrtý typ (viz písm. D dále v textu této podkapitoly) pojmů uvedený dále v textu lze zaznamenat v anglickém jazyce a současně je lze vyjádřit zkratkou. Třetí typ, označený „C“ nelze přeložit do českého jazyka a je zapsán ve formátu: **anglický název; (zkratka)**. Čtvrtý typ „D“ jsou anglické pojmy či názvy

s možností překladu do českého jazyka a lze je vyjádřit zkratkou a jsou uváděny ve formátu: českého významu následovaného anglickým výrazem a zkratkou.

Nyní lze přistoupit k prezentaci jednotlivých výčtů, a to konkrétně prvním, tj. označeným „A“.

A. Anglické názvy organizací, institucí, které nelze přeložit do českého jazyka a nelze vyjádřit zkratkou

Jedná se o slovní spojení či názvy vztahující se k oblasti sociálního zabezpečení v USA bez zkratky, které nelze přeložit do českého jazyka. Pojmy jsou zachyceny ve slovníku pojmů v tomto formátu:

př. anglický název (**Medicare**). V řádku pod uvedeným pojmem bude ve slovníku pojmů vysvětlen slovy význam pojmu v českém jazyce. Tím se rozumí tyto názvy:

- Medicaid,
- Medicare,
- Health Advocate for Older People,
- Social Security Act (1935) v platném znění.

Další shluk pojmů, část „B“ obsahuje pojmy v anglickém jazyce, které je možné přeložit do českého jazyka a není možné tyto pojmy vyjádřit zkratkou.

B. Anglicky uvedené slovní spojení s možností překladu do českého jazyka s absencí zkratky

Jedná se o pojmy „**anglického slovního výrazu, jehož význam lze přeložit či definovat ve významově podobné formě s následným uvedením českého překladu a u kterého se neuvádí zkratka**, bude ve slovníku pojmů zachycen takto:

př. **Komunitní bydlení**; Community based settings.

Do této skupiny pojmů jsou zahrnuta tato slovní spojení:

- institucionální péče; formal (institutional care),
- komunitní bydlení; community (based) settings,
- neinstitucionální péče; informal care,
- zařízení rezidentní (pobytové) péče; residential care settings,

- senior, elderly, older persons.

Další skupina pojmů „C“ obsahuje většinou jména institucí, které lze zaznamenat zkratkou.

C. Názvy institucí uvedeny v anglickém znění bez možnosti překladu do českého jazyka doplněné o zkratku

Tím se rozumí tento výčet pojmů či názvů institucí, popř. programů péče o seniory bez možnosti překladu do českého jazyka, které lze vyjádřit zkratkou. Stručný význam jednotlivých pojmů bude uveden vzápětí psaným textem.

Ve slovníku pojmů této práce bude zachycen v tomto formátu:

př. Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS).

Tato definice se vztahuje k tomuto seznamu anglicky uvedených názvů:

- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS),
- Division of Mental Health (DMH),
- Internal Revenue Services (IRS),
- Office of Mental Health (OMH),
- Office of Mental Retardation (OMR),
- Palliative Access Through Care at Home (PATCH),
- Resident assesment instrument (RAI),
- Supplement Security Income (SSI),
- (U.S.) Department of Helath and Human Services (DHHS),
- (U.S. Department of) Human and Urban Development (HUD).

D. Anglická slovní spojení či názvy s možností překladu do českého jazyka a jejich vyjádření pomocí zkratky

Tato slovní spojení v této části „D“ zachycuje anglické výrazy s možností přeložit anglický pojem do českého jazyka a tento pojem lze vyjádřit zkratkou.

Ve slovníku pojmů zaznamenány takto: př. dlouhodobá péče; **Long term care;** (LTC).

Tím se rozumí tato slovní spojení:

- aktivity běžného dne; Assisted daily living (ADL),
- domácí péče; home care; home health care (HHC),
- dlouhodobá péče o seniory; long term care (LTC),
- domov seniorů; Nursing Home (NH),
- nástroj měření kvality: míra závislosti osoby na péči druhých osob (IADL),
- náhradní péče o seniory; adult foster care (AFC); adult foster care (homes); (AFC) homes,
- Program přirozeného dožití seniora v penzijním věku v přirozeném prostředí v komunitě - Naturally Occured Retirement Community (NORC),
- Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj v Evropě - Organisation of Economic and Cooperation and Development - (OECD),
- pobytová služba s pečovatelskou službou pro sociálně slabší uživatele; Assisted Living Facilities (ALF),
- Program komplexní péče o seniory; Program All-inclusive Care for Elderly (PACE).

Slovník pojmů

Aktivity běžného dne; Assisted daily living (ADL)

ADL označuje souhrn aktivit, které slouží jako kritérium pro posouzení míry soběstačnosti seniora, a to: přesun z lůžka na židli a zpět, udržení chodu domácnosti, kontrola nad podáním léků, zaopatřit si běžný nákup (Feasley 1996, s. 10).

Center for Medicare and Medicaid Services (CMS)

Kontaktní místo pro pilíře zdravotního pojištění Medicare, obdoba České státní správy sociálního zabezpečení.

(U.S.) Department of Health and Human Services (DHHS)

DHHS lze přirovnat k obdobě českého Ministerstva zdravotnictví ČR a podléhá dikci Federální vlády USA (viz obrázek č. 1, s. 197).

(U.S. Department of) Human and Urban Development (HUD)

Ministerstvo pro bytovou politiku a místní rozvoj USA (viz obrázek č. 1, str. 197), které se podílí na rozvoji sociálního bydlení rezidentního typu a podporuje rozvoj sociálních programů prostřednictvím grantové politiky (HUD.gov online):

Dlouhodobá péče o seniory; Long term services (LTC)

Dlouhodobá péče zahrnuje ústavní (institucionální) a neinstitutonální formu.

Za institucionální formu se myslí ústavní péče; za neinstitutonální, tzv. „neformální“ péče a neústavní např. domácí péče (home care) a komunitní (community settings) péče.

Domácí péče; home care; Home health care

Jedná se o péči poskytovanou jak odborným zdravotním personálem, tak i agenturami (home health care). Mohou spolupracovat např. se zařízeními nemocničních služeb, které zajišťuje následnou hospitalizační péči (Health and Public Committee, Health and public policy Committee, American College of Physicians 1986, s. 454).

Domov seniorů; Nursing Home (NH)

Domov seniorů lze považovat za zařízení pobytových služeb institucionálního charakteru (Becker, aj. 2002, s. 72). Dle Walterové (2005, s. 865) se jedná o zařízení zdravotní a sociální péče, do kterého jsou umisťováni staří a nemocní lidé.

Division of Medicine and Health (DMH)

Division of Medicine and Health je nově přejmenováno od 15. března 2016 z původního názvu Institute of Medicine na Division of Medicine and Health (Division of Medicine and Health 2016). Je součástí tohoto integrovaného výzkumného centra v oblasti medicíny a plní funkci zastupujícího poradenského orgánu v otázce financování a standardů kvality dlouhodobé péče o seniory (The national academies of science, engineering and health. health and medicine division 2016).

Internal Revenue Services (IRS)

Odbor správy výběru daní z příjmů fyzických osob v působnosti „Ministerstva financí“ USA – U.S. Department of Treasury and Finance, tzv. (viz obrázek č. 1, s. 197).

Institucionální péče; Formal (institutional) care

Za institucionální péči lze označit např. domovy seniorů nebo akreditovaná licencovaná zařízení zřizovaná státem s mechanismem kvality péče o seniory s cílem minimalizovat riziko snížení kvality péče o seniory (Colombo, aj. 2013, s. 22).

Komunitní bydlení;

Community care setting, popř. community based settings

Forma bydlení neinstitucionálního charakteru určena buď formou individuálního bydlení v komplexech rezidentních (pobytových) služeb s přítomností pečovatelské služby, kterou si ovšem uživatel určuje sám. Zahrnuje služby např. zdravotní péči, opatrovnictví, ošetřovatelství a sociální práci (Cox 2004, s. 94).

Medicaid

Medicaid jako jeden z pilířů veřejného zdravotního pojištění v USA zaujímá základní rámec zdravotních služeb pro seniory s nízkým příjmem, popř. rozšířené o handicap

(Docteur, aj. 2003, s. 7). Medicaid byl založen v roce 1965 jako pilíř základní preventivní zdravotní péče pro chudší vrstvu společnosti a ty, kteří byli ohroženi patologickými jevy, např. chudobou (Becker, aj. 2002, s. 72).

Medicare

Medicare vedle Medicaid představuje druhý pilíř veřejné zdravotní péče pro seniory v USA, ze kterého je hrazen starobní důchod. V tomto programu jsou zahrnuty osoby se zvýšenou mírou závislosti na druhých nebo jim jsou hrazeny příspěvky na péči (Docteur, aj. 2003, s. 7). Medicare je určen pro seniory, tělesně postižené osoby nebo uživatele s duševním onemocněním. Příspěvky ze systému Medicare tvoří jeden ze zdrojů systému zdravotního pojištění řízeného federální vládou USA (Feder, aj. 2000, s. 40).

Náhradní péče o seniory; Adult foster care (AFC) homes

Náhradní péče o seniory je model péče určený pro uživatele s různou mírou závislosti na pomoci druhých osob poskytovaný v certifikovaných, soukromých domech domácí péče (Sherman, Newman 1988, s. 11). Inspirací tomuto modelu se stala pěstounská péče pro děti ve Velké Británii, kdy děti bydlí v rodinném prostředí jiné rodiny (McCain in Sherman, Newman 1988, s. 11).

Osoby s vyšší mírou závislosti pomoci druhé osoby na péči;

Instrumental assisted daily living; (IADL)

Pojem lze definovat jako soubor kritérií používaný při posouzení míry soběstačnosti seniorů. Příjemci IADL jsou často chronicky nemocní uživatelé s vážným postižením, které jim znemožňuje vést plnohodnotný život a bývá jim přiznán příspěvek třetího nebo čtvrtého stupně závislosti na péči druhé osoby.

Neinstitucionální péče; Informal care

Za neformální (neinstitucionální) péči lze označit takovou škálu služeb, která je poskytována přáteli, rodinou nebo placenou (soukromou) službou.

Organisation of Economic and Cooperation and Development; (OECD)

Sdružení států za účelem ekonomické spolupráce a rozvoje v Evropě, jehož je USA členem.

Odbor sociální péče pro osoby s duševním onemocněním;

Office of Mental Health (OMH)

Jedná se o odbor sociální péče úřadu nižší místní samosprávy pro osoby se zdravotním postižením. Lze jej přirovnat k úseku „péče o osoby s duševními poruchami“ sociálního odboru s působností v určité oblasti – district, či obci – county (Newman, Sherman 1988, s. 36–37).

Odbor sociální péče pro osoby s vývojovými poruchami;

Office of Mental Retardation (OMR)

Tento úřad lze přirovnat k českému sociálnímu odboru České správy sociálního zabezpečení, který se zabývá problematikou osob s vývojovými poruchami či vývojovými vadami. Tento úřad vytváří sociální programy pro osoby s vývojovými vadami (Sherman, Newman 1988, s. 36–37).

Paliativní a geriatrická péče v domácím prostředí;

Palliative Access Through Care at Home (PATCH)

Program komplexní geriatrické a paliativní péče pro uživatele se žádnou nebo mírnou závislostí (nejvýše I. stupeň závislosti na péči druhé osoby) nebo osoby s přiznaným druhým až čtvrtým stupněm závislosti péče na druhé osobě. Program se soustřeďuje na uživatele s diagnózou duševních onemocnění, např. s Alzheimerovou chorobou (Holley, aj. 2009, s. 1925).

Domov s pečovatelskou službou; Assisted living facility (ALF)

Pojem má dva významy (Becker, aj. 2002, s. 72):

- ve státě Oregon (USA) se tímto označuje domov seniorů;
- v druhém významu to znamená alternativní model péče rezidentního typu s asistenční službou.

Program dožití seniorů v přirozeném prostředí uživatele v komunitě;

Naturally Occuring Retirement Program (NORC)

Jedná se o sociální program zaměřený na potřeby uživatelů integrující subjekty zdravotní a sociální péče s cílem zajistit udržitelnou (dostupnou) hranici nákladů za péči o dospělé (Guo, Castillo 2012, s. 220–221).

Program dožití klienta v jeho přirozeném prostředí;

Naturally Occured Retirement Care - Clearview Assistance (NORC-CAP)

Nabídka „podpůrných“ sociálních a asistenčních služeb v rámci programu přirozeného stáří (NORC - SSP). Zkratka SSP označuje nabídku podpůrných (asistenčních) služeb pro seniory, který je v programu NORC - CAP (tzv. Clearview Assistance) nabízen.

Předmětem programu NORC - CAP je zajistit služby sociální prevence a podpořit klienta dožít stáří v jeho přirozeném prostředí. Program NORC - CAP se soustřeďuje zejména na oblast individuálního plánování, v jehož rámci sociální pracovník usiluje o začlenění uživatele do komunity formou např. edukačních a aktivizačních aktivit. Program dále zahrnuje služby osobní asistence a fakultativní služby, např. donáška obědů či zajištění dopravy, odborné právní poradenství, apod. (Field 1998b online).

Program komplexní péče o seniory;

Program All-inclusive Care for Elderly (PACE)

Sociální program komplexní péče zaměřený na podporu a udržení uživatele v přirozeném prostředí.

Rezidentní (pobytová) péče; Residential care settings

Model rezidentní péče o seniory je modelem komplexního bydlení s asistenční službou v USA. Zřizuje je federální vláda za účelem zajištění co nejhustší sítě sociálních a zdravotních služeb (Feasley 1996, s. 10).

Mechanismus hodnocení kvality péče;

Resident assessment instrument (RAI)

Původní jednotný mechanismus pro hodnocení kvality péče o seniory v domovech seniorů v USA (Wunderlich, aj. 2001, s. 7). Jedná se o období sociálního šetření potřeb uživatele prováděného sociálním pracovníkem v ČR; zjišťuje úroveň pozornosti, tělesného zdraví a celkové soběstačnosti uživatele (Wunderlich, aj. 2001, s. 7).

Senior, Elderly (starší osoby); Older persons

Senior v USA je osoba ve věku 65 let a starší (OECD 2005, s. 17).

Supplement Security Income (SSI)

Dorovnávací příspěvek na úhradu výdajů spojených se základní zdravotní péčí uživatele; jedná se o období dávky hmotné nouze v ČR.

Zákon o sociálním zabezpečení; Social Security Act (1935)

je závazná legislativní norma uzákoněná roku 1935 obsahující 11 kapitol, z nichž šest se zabývá výčtem sociálních programů pro různé cílové skupiny a zbylých pět kapitol se věnuje ostatním sociálním programům či podmínkám přiznání příspěvku občanům ze sociálního programu (např. pro handicapované, válečné veterány apod. (Poole 2006, s. 26).

2 Systém dlouhodobé péče o seniory v USA

Problematika alternativních modelů péče o seniory v USA je spojena s tematickými celky, které byly zjištěny v teoretickém výzkumu této práce. Předmětem výzkumu bylo zjistit, se kterými klíčovými tématy je problematika modelů péče o seniory v USA provázána a jak jsou zasazena v historickém, demografickém a legislativním kontextu.

Z výzkumné části této práce byla vyvozena témata: **systém dlouhodobé péče** (tj. v kontextu historie, legislativy a financování), **standards kvality služeb** o seniory, **systém zdravotních a sociálních služeb** v kontextu sociální práce ve vztahu péče o seniory a managementu dlouhodobé péče (tj. poskytovatelé, klienti a modely péče o seniory). Tyto tematické celky budou dále v textu „obohaceny“ o dílčí tematické celky a budou zpracovány v souvislostech v druhé až šesté kapitole této práce.

Kapitola č. 2 tvoří čtyři tematické celky. Kapitola č. 2.1 shrnuje nejvýznamnější historické události od 18. století do současnosti, kde jsou vyzdvíženy historické a legislativní milníky a vývojové trendy soudobé péče o seniory v USA. V závěru této kapitoly je definována podstata a rozsah dlouhodobé péče o seniory.

Kapitola 2.2 popíše fungování legislativního rámce a uvede význam nejdůležitějších institucí či organizací, které se zabývají problematikou péče seniory v USA. Navazující kapitola 2.3 obsáhne možnosti financování, systém zdravotního a sociálního zabezpečení, a to z veřejných zdrojů - „pilířů“ Medicare a Medicaid či sektor soukromého pojištění. Z těchto zdrojů jsou financovány sociální programy, které jsou poskytovány dle určitých kritérií za účelem dosažení tzv. standardů kvality sociálních služeb, kterým se věnuje kapitola 2.4. Závěr kapitoly se věnuje současným demografickým trendům v USA.

2.1 Historicko-legislativní kontext, typy a formy péče o seniory v USA

Tato kapitola nastíní původ myšlenky domácí „pěstounské“ péče o seniory v USA a shrne významné historické a legislativní události, které dotvářely postupně systém dlouhodobé péče do podoby, v jaké je v současnosti známe.

2.1.1 Vznik myšlenky péče o seniory v USA

Počátky modelu náhradní péče o seniory v USA sahají až do 14. století n. l. Katolické kostely byly jedním z míst, kde se poutníkům a chudým lidem dostalo materiální a nemateriální podpory (Sherman, Newman 1988, s. 1). V této době neexistovala zařízení péče o choré občany. Princip pomoci se zakládal na pomoci bližních v rodině a sousedů. Později vznikaly „domy náhradní péče“ o bezmocné, chudé osoby s duševními či vývojovými poruchami (Sherman, Newman 1988, s. 1–2).

Tyto domy alternativní péče o seniory obstarávaly opatrovnickou a rehabilitační péči pro tři skupiny obyvatel, a to pro **klienty s psychickým onemocněním, choré či klienty s duševní či vývojovou poruchou** (Sherman, Newman 1988, s. 2).

V tuto dobu se začala formovat podoba domácí péče o seniory i komunitní péče, která se soustřeďovala v katolických kostelech. První dotovaný program péče o choré a duševně nemocné občany řízený **katolickou církví** byl zaznamenán v roce 1852 ve městě Gheel ve státě Severní Karolína v USA. Státní správa převzala správu nad výše jmenovaným programem jako reakci na přeplněné kostely, které byly centrem materiální a nemateriální podpory (Sherman, Newman 1988, s. 1–2).

Období od počátků průmyslové revoluce až do 40. let 20. století

Počátky federální vlády USA sahají až do roku 1781, kdy z bývalých britských otrokářských a původních kolonií USA byla složena federace USA. S příchodem průmyslové revoluce a s ním spojeným úbytkem práce v zemědělství byla upřednostněna potřeba finančně zabezpečit rodiny doposud žijící tradičním zemědělským způsobem života (Poole 2006, s. 2). V důsledku migrace mladé generace za prací do měst je zmiňována nízká společenská úroveň klientů, kteří byli z důvodu nedostatku finančních prostředků vyčleňováni do tzv. **chudobinců** nebo do **domů náhradní rodinné péče o seniory** (Sherman, Newman 1988, s. 2).

V roce 1896 byla po občanské válce v USA přijata první významná legislativní norma - Zákon o občanských právech lidu (**Civil Rights Act**), který měl zmírnit nadřazování bělošského etnika nad černošskou menšinou (Poole 2006, s. 2). Etnická příslušnost byla spojována s dlouhodobou potřebou zavedení **spravedlivého sociálního systému**, který přetrvával až do 20. let 20. století. Tato dekáda se vyznačovala projevy

sociálních nerovností mezi majoritním (bělošským) a minoritním (černošským) etnikem (Poole 2006, s. 1–2).

V období 30. let 20. století USA procházely hlubokou ekonomickou krizí, což posílilo nevýhodné sociální a ekonomické postavení Afroameričanů, kteří směli pracovat pouze jako pomocná síla v domácnosti. Dle Smithové (Smith 2007, s. 1835) spočívala profese „pomocnice v domácnosti“ v zajištění chodu domácnosti a přípravě stravy. Zde spatřuje autorka práce počátky profese, tzv. „pomocníka v domácnosti“ jako jedné z možností péče o seniory, o které v roce 2006 píše také Poole (2006, s. 19).

Dlouhá pracovní doba, neutěšené pracovní podmínky a společenské postavení etnických menšin se stalo podnětem k uzavření Zákona o sociálním pojištění (**New Deal** - „Nová dohoda“), který byl schválen v roce 1933 a zakotvil maximální týdenní pracovní dobu (Smith 2007, s. 1852). Součástí byl tzv. **Social Security Act**, kterým se budeme zabývat dále v textu.

Model nastolený pomocí **Social Security Act** spočíval v rovnoprávném přístupu obyvatel k sociálnímu pojištění a péči o seniory (Social Security Administration: Official Social Security Website online). Tato norma zefektivnila přerozdělování finančních prostředků vládou USA do sociálních programů a zároveň zmírnila diskriminaci dle „černošské“ a „bělošské“ pleti (Poole 2006, s. 22). Zavedení nového sociálního systému spočívalo na přispívání pravidelné částky do společného tzv. peněžního fondu sociálního zajištění (**Social Security Trust Fund**) zaměstnavateli i zaměstnanci. Tento fond sociálního zabezpečení byl součástí prvotní obdoby státního rozpočtu, tzv. **Economic Security Bill**, který prezident Roosevelt v lednu 1935 zaslal Kongresu USA ke schválení (Social Security Administration: Official Social Security Website 2010). Předkládaný dokument vedl ke zmírnění sociálních nerovností a prohlubující se chudoby (Poole 2006, s. 2).

Účel tzv. **Economic Security Bill** spočíval v založení účtu veřejného státního rozpočtu, ze kterého byly hrazeny výdaje na rozvoj školství, vznik nových pracovních míst (Social Security Administration, online) a rovnocenného sociálního systému (Poole 2006, s. 2).

V systému dlouhodobé péče o seniory v USA nebyly až do 60. let 20. století vymezeny podmínky pro poskytování péče v zařízeních zdravotních a sociálních služeb také pro poskytovatele a klienty v domácí péči. Zdravotní péči poskytovala rodina uživatele.

Zdravotní sestry či ošetřovatelky poskytovaly sociální péči seniorům v domácnosti na základě živnostenského listu a nazývaly ji tzv. „podpůrnou“ dlouhodobou péčí (Kane 2012, s. 6). V další části se budeme zabývat etapou historického vývoje péče o seniory v období od 60. let 20. století do současnosti.

Období od 60. let 20. století do současnosti

Průlom nastal uzavřením legislativy Zákona o zacházení se seniory (**Old American Act**) v roce 1965, který ustanovil seniorům právo na zajištění odpovídající kvality péče a zavedl nárok na jistou výši penze. K tomu uzákonil povinnost tzv. komunitního plánování a diskriminaci označil za neoprávněnou. Znamenalo to také významný posun v rozvoji sociálních programů modelu komunitní péče - „**dotovanou stravu**“ („meals on wheels“) spočívající v rozvozu teplé stravy do domácnosti uživatelů za zvýhodněnou cenu a je poskytována dodnes. Tato služba se částečně financuje z prostředků sociálního programu (Collins, aj. 2013, s. 80–81).

Zákon **Old American Act** též zavedl další formy dobrovolnictví a umožnil rozšířit programy základního poradenství či pomoci v tíživé sociální situaci, např. formou veřejného dobrovolného systému zdravotního pojištění (Collins, aj. 2013, s. 80–81).

V období 60. let 20. století byl založen systém veřejného zdravotního pojištění zahrnující dva „pilíře“ systém Medicare⁸ a systém Medicaid⁹, které v roce 1965 umožnily větší přísun zdrojů na zakládání zařízení institucionálního charakteru (Kane 2012, s. 6). Zvýšila se tak popularita institucionálních zařízení. V 70.–80. letech 20. století se popularita těchto zařízení „otřásla“ v základech, a to kvůli podezření z nedostatečného zacházení s klienty, což dalo podnět k hledání alternativních způsobů péče o seniory mimo ústavní péči (Kane 2012, s. 7). Trend zvyšujícího se počtu obyvatel, kteří budou potřebovat péči, se projevuje na vzrůstajícím počtu obyvatel v seniorském věku. Tento trend lze předpokládat až do roku 2050 (Colombo, aj. 2011, viz graf 1, s. 201). Trend stárnoucího obyvatelstva lze spatřit i v současnosti v jednotlivých státech USA, proto se další text zabývá demografickými trendy, jež tento fenomén popisují.

⁸ definice viz kapitola 1.7 Etická a jazyková stránka diplomové práce, část slovník pojmů, str. 38–39 této diplomové práce.

⁹ definice viz kapitola 1.7 Etická a jazyková stránka diplomové práce, část slovník pojmů, str. 38–39 této diplomové práce.

Demografické trendy

V roce 2000 tvořila populace seniorů v USA 12 % z celkového počtu obyvatel (Guo, Castillo 2012, s. 210) a předpokládá se, že se celkový počet obyvatel v USA roce 2050 zvýší až na 65 milionů a senioři by tvořili až 72 % počtu obyvatel v USA. Dokazuje to demografický vývoj USA, kdy např. stát Florida zaznamenal v roce 2008 podíl 17,4 % obyvatel ve věku 65 let a více, přičemž ve stejném roce stát Aljaška patřil ke státům s nejnižším podílem seniorů, tj. 7,4 % (Stone 2011, s. 5).

Dle grafu 1 (viz str. 201 této diplomové práce) lze spatřit trend v nárůstu populace seniorů v celosvětovém měřítku v období let 2000 až 2050 u věkové skupiny mezi 65 až 79 lety z 15 % na 25 % a dále u věkové skupiny 80 a více let v období 2000 až 2050 z 4% na 14 % (Colombo, aj. 2011, s. 65). Ze jmenovaného grafu lze zjistit trend narůstajícího počtu obyvatel a předpokládat trend zvyšování podílu seniorů na celkové populaci v USA. Demografické a socioekonomické ukazatele mohou být podnětem ke vzniku klíčových událostí či mohou přispět k řešení určité problematiky. S ohledem na výše uvedený historicko-legislativní kontext toto dokládají dvě legislativní normy, které jsou zmíněny ve stručném shrnutí této kapitoly dále v textu.

Shrnutí

Z dosud uvedeného historického kontextu USA lze shrnout tyto legislativní normy vztahující se k péči o seniory: roku 1886 vznikl první zákon uznávající práva občanů (Civil Rights Act) a za další lze považovat rok 1935, ve kterém vznikl tzv. Zákon o sociálním zabezpečení (**Social Security Act**). Tím byl položen **základ systému veřejného sociálního zabezpečení v USA**. V 60. letech 20. století vznikl systém zdravotního a penzijního pojištění skládající se ze dvou pilířů Medicare a Medicaid.

Od 80. let 20. století probíhá v USA deinstitutionalizace systému dlouhodobé péče, a proto jsou v následující kapitole vymezeny, formy, rozsah a typy dlouhodobé péče. Následně budou diskutovány modely péče o seniory v USA, etnické složení a legislativní obtíže, které s tím souvisí.

2.1.2 Vymezení dlouhodobé péče v USA

Dlouhodobá péče o seniory (Long Term Care, zkr. LTC) je dle zprávy OECD určena pro **jedince, kteří potřebují podporu v každodenním životě po delší dobu** (Colombo, aj. 2011, s. 39). Dle Kane a Penrod (1995, s. 2) dlouhodobá péče spočívá

v **poskytnutí pomoci starým lidem** a dle Federa, aj. (2000, s. 47) osobám s psychickým nebo fyzickým, popř. zdravotním omezením. Pomoc je poskytována zejména **rodinou či dalšími pečujícími osobami**.

Pojetí dlouhodobé péče v USA se jeví jako nejednotné, ale Singh (2014, s. 16; viz obrázek č. 2 Nabídka forem a modelů péče o seniory v USA na s. 198) nabízí inspirativní schéma forem a typů péče v USA, které se stalo pilířem pro popis modelů péče o seniory v USA v této práci. Schéma zachycuje hlavní formy (institucionální, komunitní a neinstitucionální) a „podřadné“ modely tradiční a alternativní péče v USA.

Alternativní modely péče v USA není možné identicky klasifikovat dle používaného modelu forem a typů v ČR, což potvrzuje i mnohočetný výklad forem autorky Stone (Stone 2011, s. 2) a dalších (Feasley 1996, s. 7). Schéma obsahuje tři formy modelů péče o seniory, o kterých pojednává podkapitola 2.1.3.

2.1.3 Formy péče o seniory v USA

Pojem dlouhodobá péče zahrnuje dvě oblasti, a to **institucionální** (formální) a **neinstitucionální** (neformální) typy péče o seniory, jejichž význam bude vysvětlen níže v textu.

Institucionální (formální) péče

Institucionální (formální) péče je uskutečňována v zařízení ústavní péče (OECD 2005, s. 17), které se vyznačuje několika charakteristikami. Za zařízení institucionálního charakteru lze považovat např. nemocnice (OECD 2005, s. 16–17) a lze je popsat jako **velkokapacitní zařízení** (sociálních a zdravotních služeb) poskytující služby pro seniory řízeným způsobem. Zřizovatelem tohoto zařízení může být organizace, která zajišťuje péči uživatele prostřednictvím kvalifikovaného zdravotnického personálu (zdravotních sester a zdravotnických asistentů), popř. nekvalifikovaného personálu (OECD 2005, s. 17).

Kane (2012, s. 6) upozorňuje na dilema v období 60. let 20. století spočívající v nedostatečně poskytnuté domácí péči seniorům s diagnózou Alzheimerovy choroby. Pro její náročnost ji nedokázali zajistit rodinní příslušníci či zdravotní sestry v domácí péči. Z tohoto důvodu byli senioři umístováni do domovů seniorů. Domovy seniorů oproti domácí péči garantovaly snížení výdajů na péči prostřednictvím nároku

na příspěvek na péči ze systému veřejného zdravotního pojištění Medicaid (Kane 2012, s. 6–7). O něm pojednává kapitola 2.3.4.

OECD (2005, s. 17) definuje domov seniorů jako synonymum k výrazu zařízení dlouhodobé péče („long-term care institutions“). Jedná se o zařízení sociálních a popř. zdravotních služeb, do kterých jsou umisťováni uživatelé s omezením dle klasifikace míry závislosti osoby na péči druhé fyzické osoby - ADL (viz definice Aktivita běžného dne - Assisted daily living; slovník pojmů str. 38), kterým je poskytována pobytová služba a poskytovány služby osobní asistence a zdravotní péče.

Dále se institucionální péče liší od ostatních typů zařízení sociálních služeb poskytováním tzv. **odlehčovací služby**. Model odlehčovací služby vznikl ve Velké Británii a následně byl přenesen do USA a Kanady - do zařízení akutní či odborné sociální péče (nemocnic) a domovů seniorů (Montgomery in Kane, Penrod 1995, s. 30). Specifikem poskytování odlehčovací služby je délka pobytu seniora v domově seniorů, jedná se například o 2–3 dny týdně nebo o nezbytně dlouhou dobu, po kterou musí pečující osoba opustit domácnost a nemůže se o seniora postarat.

Neinstitucionální (neformální) péče

Převážná většina neinstitucionální neformální) péče se odehrává v domácím prostředí klienta dle rozsahu potřeb klienta. Mezi hlavní oblasti dlouhodobé péče se řadí např. podpora při běžných denních činnostech; např. příprava jídla, pomoc s nákupem, úkony osobní hygieny (Feder, aj. 2000, s. 47). Wunderlich, aj. (2001, s. 27) definují formální péči jako **placenou péči** poskytovanou v zařízeních sociálních služeb např. v domovech seniorů, neformální péči (**neplacenou**) poskytuje rodina či blízcí.

Důležitým aspektem systému dlouhodobé péče o seniory jsou typy zdravotní péče. Stone (2011, s. 83) definuje čtyři oblasti zdravotní péče¹⁰: **akutní, základní, chronic-kou a nepřetržitou**. O nepřetržité se zmiňuje autorka v kapitole 5.2.7 na téma komplexní geriatrické péče o válečné veterány v USA.

¹⁰ Wunderlich, aj. (2001, s. 27) definují zdravotní péči jako **zdravotní, ošetrovatelskou a další péči poskytovanou zdravotními sestrami, ošetrovatelkami, terapeutky, obvodními lékaři či ostatním personálem poskytují dlouhodobou péči potřebným.**

Cox (2004, s. 18–24) rozděluje dlouhodobou péči na tři samostatné systémy, a to na **neformální péči** (např. domácí péči), **komunitní bydlení** a **institucionální péči**. Tyto pojmy jsou vysvětleny v kapitole č. 5.

Se systémem péče o seniory v USA souvisí pojmy **Assisted Daily Living** (ADL) a **Individual Assisted Daily Living** (IADL) jako ukazatele míry soběstačnosti jedince. Wunderlich, aj. (2001, s. 27) vysvětlují, že tyto pojmy spojují kritéria sebeobslužnosti, resp. míry závislosti na druhých s výší sociálního příspěvku na péči.

ADL označuje člověka, který se sám o sebe dokáže postarat při **přesunu z židle na lůžko, připravit si stravu a najíst se, při oblékání nebo zvládání osobní hygieny** (Wunderlich, aj. 2001, s. 27).

IADL představuje rozšířenou formu ADL, avšak je zaměřen na ty klienty, kteří potřebují intenzivnější a komplexnější péči. Klient se o sebe již nedokáže sám postarat. Proto pracovník v přímé péči vykonává úkony ADL rozšířené o úklid domácnosti nebo poskytuje doprovod k lékaři, na úřady atp., je zaměřen na osoby s vyšším stupněm závislosti (Wunderlich, aj. 2001, s. 27).

2.1.4 Typy služeb v systému péče o seniory v USA

Nabídka služeb péče pro seniory se v USA soustřeďuje na zachování klientovy autonomie, pocitu bezpečí a soukromí (Guo, Castillo 2012, s. 214).

Existují čtyři druhy péče (Guo, Castillo 2012, s. 214), a to zdravotní péče (**health care**), péče o duševní stav klienta (**mental health**), sociální podpora (**social support**) či prostředí klienta (**residential amenities**).

Zdravotní péče (health care) se zakládá na prevenci a zmírnění např. chronického onemocnění klienta, zejména koordinací dílčích aktivit poskytovatelů péče. Dále v rámci zdravotní péče plní významnou roli i sledování klienta po odchodu z nemocničního zařízení.

Péče o duševní stav klienta (mental health) spočívá v podpoře duševního stavu klienta (např. podrážděnost), může být uskutečněna pomocí léčiv nebo jinými alternativními způsoby, a to třetím typem péče, tj. **sociální (společenskou) podporou** klienta.

Společenská podpora (social care) klienta může být poskytována rodinou, blízkými přáteli, profesionálními aktivizačními agenturami či dobrovolníky. Dalším podpůrným

článkem v poskytování společenské (sociální podpory) jsou organizace a jejich pracovníci působící v rámci komunity (Guo, Castillo 2012, s. 214). Výčet typů péče uzavírá to nejdůležitější, a to **vlastní vybavení neboli zázemí klienta**.

Vlastní zázemí klienta by jej mělo stimulovat k pocitu nezávislosti, prostoru pro soukromí či bezpečnosti a pohodlí. Vybavení by mělo mít i charakter zábavných aktivit, např. cvičebního náčiní nebo televizoru, díky nimž si klient udržuje sociální kontakt s vnějším okolím (Guo, Castillo 2012, s. 214). Právě spektrum potřeb uživatelů může vyvolávat otázky k současnému nastavení systému péče o seniory v USA, které obtížně dokáže obsáhnout všechny cílové skupiny seniorů. Zmíněné demografické trendy, zvyšující se výdaje na péči a tím i nároky na legislativu mohou vyvolávat otázky (dilemata), jak na problematiku systému péče o seniory nahlížet. V následující kapitole se autorka zamyslí nad současnými problémy v otázce poskytování tradičních a alternativních modelů péče o seniory v USA.

2.1.5 Dilemata alternativních modelů péče o seniory v USA

Dilematický v poskytování péče o seniory je finanční aspekt, který nepřímo ovlivňuje uživatelské možnosti v jeho umístění do zařízení služeb o seniory (institucionálního či neinstitucionálního).

Státní agentury (např. U.S. State Health Agency) zajišťují péči v domácnosti uživatelů. Přesto federální vláda USA proplácí prostřednictvím systémů zdravotní péče Medicare a Medicaid uživatelům v institucionálním zařízení sociálních služeb vyšší částku za péči, než pokud by uživatel bydlel v alternativní formě zařízení péče o seniory.

Větší podpora tradičních modelů péče o seniory oproti alternativním modelům péče tak „vytěsňuje“ domovy alternativní péče, které se tak dostávají do znevýhodněné situace, přestože uplatňují méně „restrikcí“ a snaží se přiblížit uživatelům zázemí podobné běžnému domovu.

Existuje však argument, že v modelech domácí či komunitní péče není průkazně evidováno, zda pečující personál v domácí péči či v komunitním bydlení je dostatečně proškolen k výkonu pracovníka v sociálních službách či jiné odborné profesi v oblasti sociální péče. Úskalí spočívá ve vyhledání a nastavení efektivních kritérií měření kvality péče o seniory, dle kterých by bylo možno jednotně hodnotit úroveň péče (Feasley 1996, s. 39).

Vzhledem k tomu, že potřeby a nároky na péči každého uživatele jsou jiné, nelze kritéria hodnocení kvality jednotně vymezit, a to v alternativních formách bydlení, jako jsou domácí péče, rezidentní či komunitní bydlení (Wunderlich, aj. 2001, s. 27). Reinrady, Kane (1999, s. 579) provedli studii, která se věnovala zkoumání rozhodujících faktorů při změně bydlení z tradičního (domovů seniorů) do alternativního modelu náhradní péče o seniory (adult foster care). Nejvíce respondentů považuje za výhodu tradičních modelů péče o seniory přítomnost dohledu pracovníků v sociálních službách (86 % respondentů), asistenci při osobní péči (81 % respondentů), zdravotní péči (78 % respondentů), lokalitu či okolí (62 % respondentů).

K ostatním faktorům jako **nákladnost péče**, **nabídka volnočasových aktivit** nebo **rehabilitační péče** se respondenti vyjadřovali menší spokojenost. Dilema mezi vysokými náklady na péči, omezenou nabídkou volnočasových aktivit v institucionálním zařízení služeb pro seniory způsobuje vzrůstající popularitu alternativních modelů péče o seniory nad tradičními domovy seniorů (Reinrady, Kane 1999, s. 579).

Ubývající počet klientů v domově seniorů způsobuje nerovnoměrné pokrytí poptávky v sektoru domovů seniorů. Tato nerovnost v obsazení domovů seniorů v různých regionech nevytváří dostatečné konkurenční prostředí mezi domovy seniorů. Wunderlich, aj. (2001, s. 247) podporují navrhované řešení státem, a to pokračování v „odklonu“ z ústavní péče směrem k domácí či komunitní péči.

Financování versus stárnutí populace

Velmi ožehavé téma je **náročnost financování alternativních modelů péče o seniory**. USA mají neobvyklý systém financování zdravotních a sociálních služeb závislých na demografických a socioekonomických faktorech, např. podílu stárnoucího obyvatelstva na celkové populaci USA (Docteur, aj. 2003, s. 7).

Současný trend zvyšujících se výdajů a přibývajících podíl stárnoucí populace vytváří **deficit** mezi **příjmy** a **výdaji** na zdravotní a sociální péči. Systém dlouhodobé péče v USA je závislý na vývoji socioekonomických faktorů jako je např. zaměstnanost a demografických trendů, jako je míra úmrtnosti (Docteur, aj. 2003, s. 7). Docteur, aj. (2003, s. 7) poukazují na nerovnováhu mezi příjmovou stránkou v sektoru zdravotního pojištění a neprůhledností vazeb subjektů napojených na systém dlouhodobé péče.

S ohledem na liberální způsob života Američanů a jejich dobrovolné rozhodnutí zapojit se nebo nezapojit do systému pravidelných plateb na sociální a zdravotní

pojištění se tak vytváří **nestabilní prostředí pro bezplatné zdravotní a sociálních služby pro seniory**. Jako příklad lze uvést neochotu a nedůvěru hispánského etnika k založení účtu na soukromé připojištění. Není tak využita příležitost přivést do systému zdravotní péče další zdroje financování, což se může nesporně promítnout v poskytování kvality služeb či možným vládním škrtkům na zdravotní péči v budoucnosti (Docteur, aj. 2003, s. 7–8). Skryté riziko tvoří také velký počet nepojištěných uživatelů, kteří tak nepřímo ovlivňují svým rozhodnutím nepřispívat do státního rozpočtu skladbu a dostupnost současných a v budoucnosti dostupných sociálních programů.

Etnická dilemata

Multikulurní společnost a sociální diverzita populace USA potvrzuje **náročnost proveditelnosti legislativní změny, jedná-li se o alternativní modely péče o seniory v USA**. Becker, aj. (2002, s. 72) přináší argument, že v alternativních domovech péče o seniory (Assisted Living Facilities, ALF) může docházet k **nedostatečnému zacházení** se seniory, např. k podvýživě. Dodává, že **latinskoamerické etnikum** v zásadě nastupuje do zařízení sociálních služeb zejména v pokročilém stádiu nemoci a staví se zdrženlivě k platbám odvodů ze mzdy na zdravotní pojištění (Becker, aj. 2002, s. 72–74).

Černošská komunita si nemůže dovolit bydlet v téměř žádné formě komunitního bydlení (Becker, aj. 2002, s. 72) a je závislá na zdravotním systému Medicaid, což dokládají zvyšující se náklady na péči přesahující příjmy této populace. Černošské etnikum více upřednostňuje umístění do domova seniorů oproti bělošské komunitě (Becker, aj. 2002, s. 74).

Becker, aj. (2002, s. 74) dále uvádějí pozoruhodný údaj, a to trend vzrůstu **hispánské populace** v poměru k celkovému počtu obyvatel. Předpokládá se, že se počet Hispánců do roku 2050 ztrojnásobí. Zde vyvstává dilema, jak bude tato situace řešena, jestliže se hispánské etnikum v USA zdráhá podporovat systém veřejného zdravotního pojištění. Z toho plyne riziko, že počet nepojištěných osob bude rapidně narůstat a systém zdravotní a sociální péče v USA zůstane neufinancovatelný. Proto bude muset vláda USA zavést určitá legislativní opatření, avšak kulturní a etnická různorodost se jeví jako faktor nesourodosti systému péče o seniory v USA.

Legislativní opatření

Studie OECD s názvem **Health Project** (2005, s. 35) upozorňuje na určitou nesourodost v managementu dlouhodobé péče napříč všemi úrovněmi samosprávních celků (federální, státní, regionální, lokální) způsobenou nejednotnou legislativou a pravidly v poskytování zdravotních a sociálních služeb v USA. S tím je spojeno i přijetí legislativních opatření, kterými se federální vláda USA bude muset pravděpodobně intenzivněji zabývat a legislativně vyvážit podmínky pro poskytování tradičních a alternativních modelů péče o seniory v USA.

Lze předpokládat, že všechny modely péče o seniory v USA mají zpravidla splňovat kritéria pro poskytování sociálních služeb v horizontu do roku 2050. Hrozí tak, že ubytovací kapacity domovů seniorů nebudou zvládat nápor seniorů. Takagi, aj. (2013, s. 426) se zmiňují o emoční a psychické zátěži, která je přenesena na děti seniorů, které o ně pečují. Demografické trendy ukazují též zvyšující se podíl populace ve věkovém rozmezí 65 až 79 let. Z tohoto lze usoudit, že děti dospělých rodičů se stanou sami seniory a nebudou tak moci zvládat finanční zátěž, budou-li oni sami a jejich rodiče pobírat penzi a bude to jejich jediný příjem (Colombo, aj. 2011, s. 65).

Z tohoto důvodu bude vláda USA zřejmě muset přehodnotit současný systém sociálních programů a mohlo by dojít k rozšíření služeb alternativních modelů péče o seniory. Současný systém legislativních programů je zahrnut v legislativním systému dlouhodobé péče v kapitole 2.2, která představí strukturu legislativního systému LTC ve Spojených státech amerických.

2.2 Legislativní systém dlouhodobé péče o seniory v USA

Zvyšující se výdaje na dlouhodobou péči na úkor kvality služeb či demografické trendy jsou výzvy, se kterými se státní aparát v USA bude muset vypořádat. Autorka pokládá za smysluplné představit strukturu a fungování institucí státního aparátu pro ucelení tematického celku, protože každý občan nebo organizace v USA se může se svými požadavky obrátit na instituce na **lokální, regionální, státní a federální** úrovni. Tyto instituce pracují na základě moci **zákonodárné, exekutivní a soudní** (Stevenson, aj. 1987, s. 34).

2.2.1 Instituce výkonné, zákonodárné a soudní moci v USA

Výkonná moc v USA je svěřena Federální vládě a zákonodárná moc Kongresu. Mezi důležité pravomoci Federální vlády USA patří vymezení působnosti a odpovědnosti nižších správních úřadů na státní, regionální a lokální úrovni (Stevenson, Bramson in OECD 2013, s. 251). **Federální vláda** ukládá jednotlivým státům jako kontrolním orgánům USA vést a řídit agendu a zároveň ukládá jejich občanům povinnost respektovat zákonodárnou, exekutivní a soudní moc.

Zákonodárná moc je přenesena na tzv. **Kongres** (Stevenson, aj. 1987, s. 37), který projednává, schvaluje a navrhuje zákony, které zahrnují požadavky či pozměňovací návrhy vycházející z nižších správních celků států USA (organizace i občané).

Exekutivní moc provádí prezident, který schvaluje legislativní návrhy schválené Kongresem USA a má právo veta. Návrhy zákonů shledané v rozporu s Ústavou USA postupuje prezident k posouzení Vrchnímu federálnímu soudu (Supreme Court), který je může vrátit zpět k projednání do Kongresu USA.

Soudní moc Vrchního soudu (Stevenson, aj. 1987, s. 37) spočívá též v projednávání právních sporů nejen v otázce legislativy, ale i v otázce omezování lidských práv. V případě soudního nálezu vrací tyto návrhy zákonů tzv. (vládní) **Kabinetu** (Stevenson, aj. 1987, s. 37).

Vládní **Kabinet** spolupracuje s Federální vládou (Federal Government) USA. Ta je zastoupena **Department of U.S. Secretary**, který se dále člení na jednotlivá ministerstva dle řešené oblasti.

V kontextu tématu práce se jedná zejména o tato ministerstva:

Ministerstvo financí USA (U.S. Department of The Treasury and Finance) pomocí obdobné formy českého finančního úřadu, odboru správce daní z příjmů fyzických a právnických osob - **Internal Revenue Services, IRS**) dohlíží na správu odvodů z mezd (Kane, Penrod 1995, s. 9).

Správa sociálního zabezpečení USA (**The United States Social Security Administration**) řeší nároky seniorů na přiznání penze. Dále posuzuje nárok uživatele s tělesným či mentálním postižením na příspěvek na jeho péči (Social Security Administration: Office of research, evaluation and statistics 1997, s. 22).

Ministerstvo pro bytovou politiku a místní rozvoj (**U.S. Department of Housing and Urban Development**, zkr. HUD), které vypisuje programy a spravuje granty pro založení či rozvoj nových či stávajících zařízení sociálních či zdravotních služeb.

Mimo jiné se HUD zabývá problematikou bytové politiky sociálně znevýhodněných obyvatel formou grantových programů na sociální bydlení pro seniory. Předmětem podpory grantové politiky je podpora klienta s cílem zajistit mu dostupné bydlení v některém z alternativních modelů péče o seniory v USA (Housing and Urban Development online).

Ministerstvo zdravotnictví, práce a sociálních věcí (U.S. Department of Health and Human Services - DHHS) řeší agendu, která je v České republice v kompetenci Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí, a vystupuje navenek jako jeden celek. Hlavní náplní tohoto „ministerstva“ je zpřístupnění zdravotní péče zejména nepojištěným občanům USA a nastavení výhodných podmínek pro udržení stávající klientely v systému zdravotního pojištění (Human and Health Services 2014).

2.2.2 Instituce na úrovni vlády států USA

V souvislosti s výše uvedeným úřadem Ministerstvo zdravotnictví, práce a sociálních věcí USA (**Department of Health and Human Services**) je nezbytné vysvětlit vztah tohoto „ministerstva“ a jeho organizační strukturu na úrovních nižších správních celků. Jednotlivá ministerstva Federální vlády USA mají zastupitelské úřady v jednotlivých státech USA. Znamená to, že každý stát zřizuje „svá“ ministerstva, která mohou přijímat své vlastní zákony a může tak docházet k legislativním rozkolům mezi zákony federální vlády a vlády jednotlivých států USA. Tak dochází k propojení ministerstva federální vlády až na nižší správní celky na regionální a lokální úrovni. Pro porozumění struktury institucí bude uvedena struktura úřadů na příkladu státu Massachusetts, USA.

Zde je patrné působení sekce Federální vlády USA, tj. **U.S. Department of Health and Human Services** (obdoby Ministerstva zdravotnictví, práce a sociálních věcí v ČR) a jeho zastupitelského úřadu pro stát Massachusetts jedná se o **Massachusetts Health and Human Services** (U.S. Department of Health & Human Services 2014).

Tento úřad zpracovává např. koncepci rozvoje a systému zdravotního pojištění a dále systému kvality služeb na úrovni státu Massachusetts. Záměrem této koncepce je např. **provázání základní a preventivní péče s modelem komunitního bydlení,**

čímž se myslí optimalizace sítě zařízení zdravotních a sociálních služeb jak na regionální, tak i lokální úrovni (U.S. Department of Health & Human Services 2014).

Jmenovaný **U.S. Department of Health & Human Services** se v rámci organizační struktury dělí na tzv. (odbory) „departmenty“, které delegují své kompetence na zastupitelské úřady v hlavních městech jednotlivých států, které dále pomocí svých odborů (úseků) dle dané problematiky, tzv. divizí (division) zakládají oblastní pobočky, aby bylo možné zpřístupnit konkrétní problematiku.

Zastupitelský úřad vlády pro problematiku zdraví ve státu Massachusetts (**Massachusetts Health and Human Services**) řídí vícero oblastí: (The Official Website of the Executive Office of Health and Human Services. Health and Human Services, *Departments & Division* 2016):

- oblast veřejného zdraví (**Department of Public Health**),
- péče o duševní zdraví jedince (**Department of Mental Health**),
- problematiku stárnutí a záležitosti (**Department of Elderly Affairs**).

Odbor podpory veřejného zdraví (The Official Website of the Executive Office of Health and Human Services: Department of Public Health 2016) je pověřen zajištěním co neoptimálnější sítě zdravotní a sociální péče s dosahem až na lokální úroveň. Pracuje s existujícími systémy dlouhodobé péče a jejich články (subjekty), správami a úřady a poskytuje jejímu personálu jak legislativní, tak i vzdělávací a technickou podporu (The Official Website of the Executive Office of Health and Human Services: Department of Public Health 2016).

- **Odbor pro péči o jedince s duševním onemocněním (Department of Mental Health)** působí jako zastřešující instituce v otázce zajištění a zpřístupnění služeb všem cílovým skupinám. Díky standardům kvality péče o seniory se snaží nabídnout služby podporující rozvoj duševního zdraví. V rámci působnosti též dohlíží na naplnění individuálních potřeb uživatelů a kontroluje dodržování lidských práv. Mimo jiné zapojuje do systému dlouhodobé péče další subjekty - například rodiny, jednotlivce, komunity, ve kterých působí poskytovatelé péče o seniory (The Official Website of the Executive Office of Health and Human Services Commonwealth Massachusetts: Executive Office of Elder Affairs 2016).

- **Odbor pro podporu ochranu a důstojné zacházení se seniory (Department of Elderly Affairs)** vytváří koncepci rozvoje služeb, která zahrnuje nástroje prevence proti např. zneužívání seniorů (týrání, podvýživa) či podporu (rozvoj) soběstačnosti seniora realizováním konkrétních aktivizačních programů. V rámci koncepce jsou aktivizovány rodiny (The Official Website of the Executive Office of Health and Human Services: Department of Elder Affairs 2016).

Příklady státních zastupitelských úřadů (Sherman, Newman, s. 34–37):

- **Odbor péče pro osoby s duševním one onemocněním (Department of Mental Hygiene/Office of Mental Health; OMH)** existuje např. ve státě New York a zabývá se problematikou osob s duševním onemocněním. Na státní úrovni vytváří podmínky a kritéria měření standardů kvality péče, které uplatňuje na lokální úrovni, o čemž bude pojednáno v kapitole 2.2.4.
- **Úřad pro osoby s tělesným či duševním postižením, popř. vývojovými vadami (Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities; OMR)** existuje např. ve státě New York a zaměřuje se prostřednictvím „rodinných programů“ na dlouhodobou péči pro osoby klasifikované stupněm střední až úplné míry závislosti péče na druhé osobě (IADL). Rodinnými programy se myslí aktivizace rodiny za účelem poskytnutí péče osobě, o kterou je ještě možné se postarat v jeho přirozeném prostředí a zatím nepotřebuje zvýšenou péči či umístit v jedné z typů zařízení pobytových služeb (Sherman, Newman 1988, s. 38).
- **Správu komunitního bydlení (Administration of Community Living)** lze uvést jako příklad úřadu nejvyššího správního celku na úrovni vlád jednotlivých států USA. Jedná se o správní úřad poskytující služby v oblasti domácí péče a komunitního bydlení. Tento úřad zaujímá významnou roli v oblasti zvyšování kvality péče a spolupracuje se všemi subjekty - vládou, agenturami, zdravotnickými zařízeními a klienty. Vydává certifikáty k poskytování kvality služeb různým formám a typům zařízení. Činnost těchto zařízení zdravotně - sociálních služeb má přesah také i na regionální úrovni (U.S. Department of Human and Health Services. Administration of Community Living, online).

2.2.3 Regionální samospráva systému péče o seniory v USA

Kapitola 2.2.3 se zabývá popisem činnosti vybraných institucí na regionální úrovni.

Department of Mental Health zřizuje oblastní pobočky („office area“) v regionech státu (distriktech), kde dohlíží na uplatňování koncepce daného plánovacího období např. v oblastech financování standardů kvality péče o seniory. V rámci struktury veřejné správy si tyto instituce zřizují zastupující oblastní pobočku (tzv. offices) v každé oblasti v příslušného státu USA. Stát Massachusetts je geograficky rozčleněn na pět oblastí (distriktů): **Boston, Brockton, South Hampton, Tewksbury a Worcester** (The Official Website of the Executive Office of Health and Human Services: Department of Mental Health. Departments and Divisions 2016), ve kterých působí organizace např. v oblasti komunitního bydlení (**Administration of Community Living**) a Centrum péče a služeb poskytovaných z pilířů Medicare a Medicaid (**Centers for Medicare and Medicaid Services**).

Spolupráce Odboru péče o osoby s duševním onemocněním (DMH) lze spatřit i v oblastech kvality péče a sociálního zabezpečení. DMH ve spolupráci s organizací **Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)** rozhoduje o udělení **osvědčení o registraci** v registru poskytovatelů zdravotního a sociálního pojištění, což je podmínkou k udělení příspěvků na péči a taktéž akreditace pro poskytování zdravotních a sociálních služeb.

Centra služeb Medicare a Medicaid (Centers for Medicare a Medicaid Services, CMS) posuzují a vydávají registraci poskytovatelům zdravotních či sociálních služeb o splnění podmínek pro začlenění do systému veřejného zdravotního pojištění. Dále Centers of Medicare and Medicaid services zřizují centrální registr certifikovaných poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb a spravují agendu stávajících a nových žadatelů v systému veřejného zdravotního pojištění (Centers of Medicare and Medicaid Services, online).

Wunderlich, aj. (2001, s. 55) uvádí příklad **agentury sociálních služeb** jako poskytovatele na regionální úrovni, které jsou držiteli osvědčení pro poskytování sociálních a zdravotních služeb. Neregistrované subjekty u **Centers for Medicare and Medicaid Services** tak nemohou uplatit nárok na uplatnění náhrad za poskytnuté zdravotní či sociální služby. Výhodou registrace subjektů (klientů či poskytovatelů) v systému sociálního zabezpečení je možnost čerpání služeb v rámci sociálních programů prostřednictvím např. oblastní agentury péče o seniory (Area Agency of Aging).

Oblastní agentura péče o seniory (Area Agency of Aging)

Oblastní pobočka agentury pro stáří se zabývá financováním sociálních služeb programu CHOICE¹¹. Program je realizován např. ve státě Indiana (USA) a myšlenka jeho financování je založena na principu částečné úhrady klientem a dotací ze zdrojů Federální vlády USA. Předmětem tohoto programu je zpřístupnění péče či doplňkových aktivit, např. dopravy či zdravotnického vybavení, jestliže jedincova mobilita nepřesahuje status (Cox 2004, s. 158).

2.2.4 Místní samosprávné úřady a organizace

Vláda zajišťuje péči o seniory pomocí lokálních zařízení péče o seniory - zařízení komunitní péče či pomocí odborníků ve zdravotní či sociální péči (Cox 2004, s. 155).

Příkladem s nejvíce rozvinutou úrovní služeb alternativních modelů péče o seniory se jeví stát Oregon. Federální vláda USA poukazuje finanční zdroje na programy podpory domácí péče o seniory nebo komunitního bydlení z příspěvků systému sociálního zabezpečení. Tento program CHOICE lze definovat jako program podpory dožití seniora v domácím prostředí a je vyhrazen pro seniory s nárokem na příspěvky z pilířů Medicare a Medicaid (Cox 2004, s. 158).

Tyto finanční zdroje jsou poukazovány **Agentuře péče o seniory ve stáří (Agency of Aging)**, která z těchto zdrojů financuje služby péče o seniory, z nichž jednou je **individuální plánování**. Jeho předmětem je seznámit klienta v obecné rovině se spektrem a obsahem dostupných služeb (např. denní centra pro seniory, domácí péče, AFC, dále pečovatelské služby). Vyjádří-li uživatel souhlas se podílet na individuálním plánování, je uživatel zavázán uskutečnit schůzku s tzv. klíčovým pracovníkem - **case managerem** (Cox 2004, s. 157).

Pracovní náplní case managera je poskytování základního poradenství a sestavení individuálního plánování, popř. s ohledem na zdravotní stav sestavení tzv. multidisciplinárního týmu, tj. multioborového týmu, složeného z odborného zdravotního personálu, case managera či lékárníka (Cox 2004, s. 154–155). Tento multioborový tým posuzuje duševní zdravotní stav klienta, rozsah užívané medikace a výši vlastních zdrojů na péči (Cox 2004, s. 157).

¹¹ The Community and Health Options to Institutional Care = rozšířená forma programu Medicare (Cox 2004, s. 158).

Neméně důležité je též zmínit působnost místních organizací - charit, komunitních spolků a uživatelů v zařízeních tradičního nebo alternativního modelu péče o seniory, kteří spolupracují s úřady a institucemi popsány v kapitole 2.2.2 (vládní úroveň) a regionální úroveň (2.2.3), které pomocí kvalifikovaného personálu a dalších subjektů naplňují své poslání a vizi (Commonwealth of Massachusetts 2016). Naplnění předmětu činnosti různých institucí, organizací a úsilí jedinců by se neobešlo bez financování systému zdravotní a sociální péče, kterým se zabývá kapitola 2.3.

2.3 Financování systému dlouhodobé péče o seniory v USA

Tato kapitola se zaměřuje na popis financování z veřejných zdrojů z hlediska příjmů státního rozpočtu USA (část 2.3.1). Tyto zdroje jsou dále přerozdělovány pomocí „grantové politiky“ USA (2.3.2) a systému zdravotní péče Medicare (2.3.3) a Medicaid (2.3.4). Tyto dva hlavní systémy, resp. příspěvky z pilířů zdravotního a sociálního pojištění představují důležitý zdroj příjmů pro specifické skupiny příjemců - sociální příspěvky. Sociálními příspěvky ze sociálního zabezpečení pro specifické skupiny seniorů se zabývá část 2.3.4. Navazující podkapitola 2.3.5 ozřejmí význam privátního pojištění soukromého sektoru. Závěrečná podkapitola 2.3.6 stručně shrne tzv. out of pocket spending - hotovostní platby klientů za zdravotnické úkony.

2.3.1 Financování státním rozpočtem USA

Federální vláda USA zaujímá pozici nejvýše postavené instituce veřejného charakteru, která s pověřením **Department of Treasury and Finance** (Ministerstvo financí USA) zajišťuje a spravuje veškeré zdroje příjmů. Shromažďováním, správou a přerozdělováním daňových příjmů získaných převážně z odvodů z mezd zaměstnanců se zabývá Ministerstvo financí USA (**U.S. Department of Treasury and Finance**), které prostřednictvím tzv. Správy odvodů daní z příjmů (**Internal Revenue Services**) zaujímá pozici **správce daňových příjmů** (tzv. income tax) od domácností, firem a ostatních subjektů. Je tedy podstatné jmenovat tyto hlavní zdroje příjmů (Social Security Administration 2016, s. 211):

- **Jednotlivci** (občané) participující v systému odvodů sociálního pojištění.
- **Zaměstnavatelé** - jako plátcí sociálního a zdravotního pojištění a daní z příjmů za provozovanou obchodní činnost a jiné poplatky spojené s podnikáním, např. daň z příjmů fyzických osob (zaměstnanců).

- **Živnostníci** - osoby pracující na živnostenský list.

V rámci **výdajové stránky veřejného sektoru** se Federální vláda USA (Federal Government) spolu s vládami jednotlivých států (**state government**) federace a úřady nižších správních celků podílejí na zřízení a správě „sítě zdravotnických zařízení zajišťující zdraví a jistotu občanů“ – napříč USA (Docteur, aj. 2003, s. 7).

Výdajová stránka státního rozpočtu USA také spočívá v přerozdělování zdrojů z účelových fondů, které jsou vytvářeny pro potřeby znevýhodněných skupin obyvatelstva. Jedná se o různé typy příspěvků – příspěvky vyplácené formou **penze** a **sociálních příspěvků** (benefitů).

Příspěvek na penzi, resp. na starobní důchod (**Old–Age Benefit**) se odvádí do penzijního fondu za účelem výplaty penze v penzijním věku.

Existují další účelové fondy pro přiznání příspěvků pro specifické skupiny osob, např. s vyšší mírou postižení od druhého stupně závislosti (střední závislost) až po čtvrtý stupeň závislosti na pomoci druhé osoby (**Disabled Benefit**), pro válečné veterány (**Veteran Benefit**) a ovdovělé osoby s handicapem (Social Security Administration, Office of Research, Evaluation and Statistics 1997, s. 9–78).

Velmi diskutovaná otázka efektivity současného nastavení veřejného zdravotního systému v USA budí rozpaky u poskytovatelů, mají-li udržet cenově dostupnou péči pro klienty a zároveň nemohou zvyšovat ceny za poskytnuté zdravotní a sociální služby zahrnuté právě v sociálních programech. Tato reflexe odráží neefektivnost subjektů poskytujících programy pro veřejnost a naráží na přílišné nebo nedostatečné legislativní uchopení problematiky systému dlouhodobé péče (Docteur, aj. 2003, s. 36).

Prostředky na financování programů výše jmenovaných skupin lze udržet za předpokladu nastavení profitabilní příjmové politiky, např. zvýšením sociálních odvodů bohatých s cílem uchovat udržitelnost programů domácí péče, např. v District of Columbia (Doty in Kane, Penrod 1995, s. 95). Udržitelnosti programů pomáhá i „grantová politika“, která podporuje rozvoj alternativního bydlení, např. rezidentní a komunitní (Cox 2004, s. 98).

2.3.2 Formy financování státními vládami pomocí grantů

V úvodní části kapitoly 2.2.1 bylo představeno Ministerstvo pro bytovou politiku a místní rozvoj (**Department of Housing Development**), které od roku 1959 poskytuje

státním vládám USA finanční prostředky (např. granty) na podporu alternativních forem bydlení pro cílovou skupinu slabých, nemohoucích občanů či seniorů s nízkými příjmy (Cox 2004, s. 98).

Poskytnutí grantu na podporu sociálního bydlení je poskytováno např. prostřednictvím programu **Congregate Housing Services Program** (Cox 2004, s. 100), kde se příjemci grantů podílí na úhradě nákladů spojených s bydlením ve výši 40 % a uživatel se musí podílet 10 %. Předmětem těchto programů je od roku 1978 poskytnutí sociální péče klientům s nižšími příjmy nebo ve variantě IADL (Cox 2004, s. 100).

Další možností je např. program Hope for Elderly Independence Demonstration (Cox 2004, s. 100), který lze definovat jako další alternativu podpůrného bydlení na bázi pětiletého **smluvního vztahu** s klientem s nízkými příjmy.

V současnosti tyto programy sociálního bydlení narážejí na fluktuaci klientů mezi AFC a domovy seniorů. Z tohoto důvodu vznikají buď prázdné apartmány z důvodu opuštění jedincem, popř. následným neobsazením. Apartmán se prodá dalšímu zájemci nebo se tento projekt již neobnoví, čímž dochází k úbytku alternativních forem bydlení pro seniory (Cox 2004, s. 98–104).

2.3.3 Systém veřejného zdravotního pojištění Medicare

Tato kapitola spolu s kapitolou 2.3.4 popisuje systém zdravotní péče, a to **Medicare** a **Medicaid**. Účelem těchto „pilířů“ systému zdravotního pojištění je snaha státu zpřístupnit zdravotní a sociální služby klientům a zmírnit sociální nerovnosti, o kterých bylo pojednáno v kapitole 2.1. V této podkapitole bude představen účel Medicare a bude diskutováno současné nastavení Medicare, které nese určitá omezení v otázce výše úhrady za poskytnutou péči seniorům.

Medicare lze definovat jako primární program veřejného zdravotního pojištění (Cox 2004, s. 51), který je určen pro úhradu výdajů za poskytnutou **hospitalizační péči** a následnou pohospitalizační péči (Guo, Castillo 2012, s. 212). Je financován ze dvou zdrojů, a to z **odvodů sociálního pojištění** (Docteur, aj. 2003, s. 7), které odvádějí zaměstnavatelé za zaměstnance ze mzdy a dále z **příspěvků na péči**, které příjemci dostávají, mají-li na ně nárok (Guo, Castillo 2012, s. 209–210). Ze systému Medicare jsou také vypláceny dávky starobních penzí. Senior ve věku 65 let může zažádat

o starobní penzi po splnění určitých kritérií, v případě předčasného odchodu do důchodu se jedná o věk 62 let (Guo, Castillo 2012, s. 209).

Základním legislativním prvkem pro Medicare je dodatek k zákonu o sociálním zabezpečení **Social Security Act** (Cox 2004, s. 51), a to část XVIII. schválená roku 1965. Obsahem tohoto dodatku se vláda zavázala pomoci seniorům s částečnou úhradou výdajů na péči. Medicare se rozděluje na programy A až D, pro účely práce budou vysvětleny varianty programu Medicare A a B.

Medicare „A“ se soustřeďuje na úhradu výdajů za akutní hospitalizační péči. V omezené míře pomáhá seniorům uhradit náklady na zdravotní péči v domovech seniorů, hospicové či domácí péči (Cox 2004, s. 51).

Medicare „B“ je poskytován především pro úhradu nezbytných výdajů u lékařů - specialistů, např. obvodního lékaře, služeb preventivní péče či nezbytné základní zdravotní pomůcky (Cox 2004, s. 51).

Pravidla pro úhradu výdajů za péči se řídí tzv. „vyhláškou úkonů“, tj. příručkou Medicare, tzv. **Medicare Handbook** (Social Security Administration, Retirement Benefits, online), ve které je zahrnut seznam bezplatně poskytovaných úkonů zdravotní péče, které přiznává obvodní lékař. Může se jednat např. o odbornou zdravotnickou péči, nárazovou péči nebo logopedickou či tělesnou terapeutickou léčbu. Tento seznam se hlavně uplatňuje s úhradou za úkony handicapovaným (Guo, Castillo 2012, s. 209–210). Jelikož Medicare nehradí veškeré náklady spojené s péčí o uživatele, existuje ve více variantách: v základní míře **Medicare** a rozšířené **Medicare+CHOICE** program (Guo, Castillo 2012, s. 209–210).

Variantu **Medicare** lze definovat jako program **základní zdravotní péče** fungující na reciprocitě státu a občana; stát jako výběřčí poplatků (tj. příjemce) a občan jako plátce. Vláda tak vybízí občany k převzetí odpovědnosti za své zdraví (Guo, Castillo 2012, s. 209–210).

Medicare and Choice je zahrnut v tzv. Balanced Budget Act of 1997 (Cox 2004, s. 72), který umožňuje příjemcům příspěvků na péči registrovat se v sociálních programech a umožnit využívání služeb, které zajišťují.

Pomocí sociálních programů vláda usiluje o zajištění větší dostupnosti lékařských služeb uživatelům. Tím se myslí snažší dostupnost léků na lékařský předpis,

dále zabezpečení preventivních prohlídek např. u očního a zubního lékaře (Cox 2004, s. 52). V souvislosti s programem Medicare převládá nejednotný názor, a to jaký typ a rozsah služeb by měl být v tomto programu zahrnut a zda by současný rozsah služeb měl být také proplácen.

Omezení systému Medicare

Medicare nehradí v plné výši např. plnou zdravotní péči, kompenzační pomůcky či jiné podpůrné pomůcky ke zvýšení pohodlí (ortopedické podložky), donáškovou službu stravování („meals on wheels“), ale nese s sebou jistá omezení. Dle vlastní zkušenosti autorky této práce je hrazeno poskytnutí pouze základní akutní péče (tzv. „emergency care“) - obdoba české zdravotní pohotovostní služby a nehradí preventivní péči (Guo, Castillo 2012, s. 210).

2.3.4 Systém Medicaid

Vznik systému Medicaid byl reakcí na početnou skupinu obyvatel, kteří v důsledku sociálního znevýhodnění nedosáhli na registraci do programu Medicare, a tudíž se ocitli ve finanční nejistotě a nemohli si tak dovolit adekvátní zdravotní péči (Feder, aj. 2000, s. 40).

Na tuto situaci zareagovala vláda USA a v roce 1965 schválila dodatek k balíčku sociálních programů Social Security Act. V části XIX zavedla program finanční pomoci tzv. **Medicaid**.

Cílem **Medicaid** je prevence sociálních nerovností nejchudší vrstvy obyvatel USA (Social Security Administration: Office of research, evaluation and statistics 1997, s. 61). Program je financován ze zdrojů Federální vlády USA a z fondů vytvořených vládou jednotlivých států, lze jej definovat též jako federální nebo státní program zdravotního pojištění (**tj. oblasti sociální péče**).

Zakládá se na dobrovolné registraci a příspěvcích do fondu tomu určeném. Je zaměřený na sociálně slabé, chudé a nemohoucí občany či rodiny (domácnosti), kteří se nechtěně dostali do finanční tísně v důsledku uhrazení nákladů spojených s dlouhodobou péčí nebo lékařskými službami a nevystačí se svým měsíčním rozpočtem (Feder, aj. 2000, s. 40–42).

OECD dle Colombo, aj. (2011, s. 46) definuje dlouhodobou péči jako kombinaci zdravotní a sociální péče. Medicaid zahrnuje konkrétní programy pro jednotlivé cílové

skupiny, např. pro občany s jedním či kombinovaným typem postižení, např. nevidomého a duševně nemocného člověka. Jedním z programů Medicaid je tzv. „dorovnávací příspěvek“ na zdravotní péči v rámci tzv. **Supplemental Security Income** (Feder, aj. 2000, s. 42) určený pro nevidomé občany a občany se sníženou mírou sebeobslužnosti (Social Security Administration: Office of research, evaluation and statistics 1997, s. 63). V praxi to znamená, že pokud uživatel splňuje kritéria pro přiznání Medicaid, následně je mu na základě jeho žádosti přiznán i tzv. dorovnávací příspěvek - **Social Security Income** (definice viz slovníček pojmů, s. 41–42).

Hlavním kritériem pro přiznání příspěvku na zdravotní péči z pilíře Medicaid je **nízký příjem** jedince. Příkladem může být manželský pár, v němž jeden z partnerů potřebuje umístit do domova seniorů a druhý zůstane v přirozeném prostředí (Social Security Administration: Office of research, evaluation and statistics 1997, s. 62).

V roce 1998 bylo financováno 40 procent veškeré dlouhodobé (zdravotní) péče ve 44 státech USA výdaji ve výši 150 bilionu dolarů (Feder, aj. 2000, s. 40–42). Úskalím Medicaid je skutečnost, že v roce 1995 potřebovalo zajistit finanční prostředky na dlouhodobou péči 5,6 mil. občanů a 6,6 milionů seniorů ve věku 65 a více (Feder, aj. 2000, s. 40). V rámci dlouhodobé péče Medicaid zahrnuje úhradu **za návštěvu u obvodního lékaře, nemocniční nebo následnou nemocniční péči**.

Specifikem pilíře **Medicaid** je možnost každého státu USA si stanovit v souladu s federálními zákony rozsah a výši hrazených úkonů. Medicaid lze charakterizovat jako program podporující seniory, jejichž zdravotní stav vyžaduje dlouhodobou péči, nebo umístění seniora do institucionálního zařízení sociálních služeb (Cox 2004, s. 54).

Dlouhodobá péče může být též poskytována formou domácí péče a Medicaid přiznává příspěvky na tzv. pracovníky přímé péče v domácnosti (home health aides), dále fyzioterapii a jiné aktivizační činnosti, hradí i základní zdravotnické pomůcky či léky (Cox 2004, s. 54).

„Produktem“ Medicaid je tzv. **Program podpory modelů domácí péče a komunitního bydlení pro seniory vyplácený bezhotovostní formou šekových poukázek (Home and Community Care Waiver Program)**, jehož cílem je podpořit uživatele v domácím prostředí, a to zvýšenou částkou příspěvku na náklady spojené s bydlením. Tímto chce vláda USA předcházet umístění uživatelů do zařízení služeb s institucionálními prvky (Cox 2004, s. 54).

Jak už bylo uvedeno v textu práce, Medicaid se soustřeďuje na sociálně slabší občany, kde je část nákladů na péči financována z vlastních zdrojů či jejich rodiny. Financování zdravotních či sociálních služeb ze soukromého sektoru se věnuje následující kapitola.

2.3.5 Sektor privátního připojištění v USA

Předchozí část pojednávala o programech sociální a zdravotní péče, které jsou hrazeny z veřejného rozpočtu. V této části se autorka zmíní o soukromém sektoru, ze kterého jsou financovány služby pro seniory v USA.

Privátní sektor tvoří soukromé subjekty - **společnosti, jednotlivci a firmy** či **soukromé pojišťovací společnosti** sjednávající zdravotní a penzijní připojištění. Soukromé pojištění je tvořeno sedmi procenty z celkového objemu výdajů za dlouhodobou péči (Feder, aj. 2000, s. 40–44). Jedním z produktů privátního sektoru je obdoba českého penzijního připojištění, tzv. „**Private insurance**“.

Penzijní připojištění v USA je možnost dobrovolného připojištění zaměstnanců na penzi, které spočívá v pravidelném měsíčním příspěvku na účet penzijního připojištění ve výši pět až deset procent z měsíční mzdy. Výhoda tohoto produktu je v ukládání finančních příspěvků na stáří a získání úroku z vkladu. Investice nepodléhá daňovému zatížení do doby výběru této částky z účtu. Naspořenou částku lze využít pro úhradu zdravotních či sociálních služeb či je investovat do akcií společností (Social Security Administration: Office of research, evaluation and statistics 1997, s. 75–76).

2.3.6 Out of pocket spending - přímé platby za zdravotnické úkony

Další formou financování systému dlouhodobé péče jsou tzv. „**out of pocket spending**“. Jedná se o přímé hotovostní nebo bezhotovostní platby od jednotlivců nebo jiných subjektů za poskytnuté sociální či zdravotní služby seniorům. Systém LTC je hrazen z více než 25 % těmito platbami, což poukazuje na nepružnost struktury dlouhodobé péče především pro ty, kteří jsou závislí na určitém rozsahu dlouhodobé péče a zdravotní péči potřebují. Vláda USA doposud nezavedla povinnou účast na platbách za sociální a zdravotní pojištění, a tím vystavuje nepojištěné a sociálně slabé občany nutnosti hotovostních plateb za zdravotní péči. Tato forma úhrady se odráží v sociálních nerovnostech ve struktuře financování dlouhodobé péče, které představují

velký zásah do finančního rozpočtu pro nepojištěné či sociálně slabé občany (Docteur, aj. 2003, s. 13–14).

Dle zprávy OECD se 4 miliony lidí v zemích OECD, jehož jsou USA a ČR členy, setkaly se zkušeností špatného zacházení či nedostatku stravy (Murakami, Colombo in OECD 2013, s. 15). V důsledku decentralizace zdravotní péče započaté v 80. letech 20. století státy OECD doposud nevyřešily otázku zavedení jednotných pravidel kvality péče o ty klienty, kteří nečerpají příspěvky ze systému zdravotního a sociálního pojištění (Docteur, aj. 2003, s. 5). Proto se systém dlouhodobé péče stal nejvíce legislativně a finančně regulovaným odvětvím ze všech odvětvích ekonomiky USA (Stevenson, Bramson in OECD 2013, s. 247). Vláda dává důraz na zajištění kvality péče o seniory a toto téma je předmětem následující kapitoly 2.4.

2.4 Standardy kvality péče o seniory v USA

V této kapitole budou shrnuty významné legislativní normy, instituce spravující agendu standardů kvality péče a užívané metody hodnocení kvality poskytovaných sociálních služeb pro seniory v USA.

2.4.1 Instituce a legislativní rámec standardů kvality péče o seniory

v USA

Proces hodnocení kvality nelze nastavit bez vymezení legislativního rámce a institucí, které vytvářejí podmínky či udělují akreditace pro poskytování sociálních či zdravotních služeb pro seniory v USA. Důležitou legislativní normou byl dodatek k Zákonu o zacházení se seniory (**Older American Act**; 1965) zahrnující dva pilíře veřejného zdravotního pojištění Medicaid a Medicare a dále přijetí tzv. **Omnibus Budget Reconciliation 87** (tzv. OBRA 87). Vláda USA tak aktualizovala podmínky měření kritérií kvality dlouhodobé péče o seniory. Průlom OBRA spočívá v rozšíření měření kvality péče dále na klienty posílením práv seniorů a doporučuje podporovat uživatele v bydlení mimoústavního typu (Cox 2004, s. 49).

Poskytovatelům domovů seniorů ukládá povinnost provozování zařízení sociálních (a zdravotních) služeb a umožňuje uživatelům začlenit se do systému úhrad Medicare či Medicaid. Toto jsou jedny z předpokladů k získání certifikace k provozování

sociálních a zdravotních služeb pro seniory (Stevenson, Bramson in OECD 2013, s. 247–253).

Federální vláda USA vyžaduje od jednotlivých vlád států USA záruku, že budou aplikovat efektivní metody zajišťující kvalitní péči v modelech komunitního bydlení a domácí péče. Studie organizace OECD uvádí i určitou nejednotnost v požadavcích na akreditační proces, a proto vláda USA klade důraz na kvalifikaci personálu jako jistotu kvality péče o uživatele (OECD 2005, s. 77).

Dalším orgánem činným v procesu akreditace zařízení sociálních služeb je Úřad dohlížející na financování zdravotní péče (**Health Care Financing Administration**), což je certifikační orgán zastoupený vládou USA, který prostřednictvím smluvních organizací spravuje jednotnou databázi poskytovatelů (zařízení) zdravotních služeb a zároveň posuzuje a prověřuje zařízení péče o seniory a podané žádosti o udělení certifikátu k poskytování služeb péče o seniory (Wunderlich, aj. 2001, s. 112).

V souvislosti se správou zmíněné databáze poskytovatelů je spojena činnost CMS. Centers for Medicare and Medicaid Services je instituce pověřená jednotlivým státem USA a stanovuje kritéria standardů kvality péče o seniory. Dále vykonává funkci poradního orgánu vlád jednotlivých států USA a může zasahovat či zpochybnit rozhodnutí v otázce systému dlouhodobé péče o seniory (Stevenson, Bramson in OECD 2013, s. 253).

CMS však spolupracuje i s Institutem zlepšování kvality (**Quality Improvement Organization** (QIO)). Tato organizace plní roli poradenské činnosti mezi poskytovateli služeb pro seniory a klientem. Dále poskytuje poradenství v otázce správného výběru vhodné péče klientům (Stevenson, Bramson in OECD 2013, s. 252). Mimo jiné QIO spolupracuje s poskytovateli modelů tradiční a alternativní péče o seniory a v těchto zařízeních provádí šetření ohledně poskytování kvality péče o seniory (Stevenson, Bramson in OECD 2013, s. 252).

Oblast poskytování péče o seniory a s tím spojeného procesu akreditace se liší dle vlastní legislativy příslušného státu USA. Legislativa státu Michigan např. uvádí, že žadatel po podání žádosti o certifikaci je vyzván úřadem Department of Health Services k projednání podané žádosti (koncepce) formou osobních jednání, na kterých musí představit koncepci poskytování služeb pro seniory (LARA 1994, s. 3).

Na vybraném příkladu, státu Michigan bude prezentován příklad legislativních opatření pro udělování licence na poskytování zařízení služeb pro seniory, tzv. (Licensing rules) v domovech AFC. Tato pravidla stanovují kritéria provozování tohoto alternativního modelu péče (LARA 1994, s. 4). Z dokumentu „**Licensing rules**“ (pravidla pro poskytování oprávnění k poskytování služeb v rozsahu domova náhradní péče o seniory; modelu AFC) vyplývají i povinnosti pro poskytovatele. Tomu bude věnována následující část.

Příklad povinnosti poskytovatelů náhradní pěstounské péče ve státě

Michigan

Autorka se rozhodla popsat v diplomové práci na vybraném příkladu proces udělování akreditace žadatele o sociální službu na modelu náhradní péče o seniory, aby tak naplnila dílčí cíl práce. Vybrala si stát Michigan, protože tento stát navštívila a viděla v něm stopy multikulturní diverzifikace a sociální nerovnosti (chudoba, bezdomovectví). Sociální nerovnosti lze rovněž spatřit i v České republice, a proto postup (žádosti) k získání akreditace náhradního modelu péče o seniory, by mohl být inspirativní pro české prostředí.

Základní povinností zájemce o provozování zařízení služeb pro seniory modelu AFC v rozsahu 13 až 20 osob je sestavit koncepci, rozpis individuálního plánu péče a aktivit pro různé cílové skupiny (LARA 1994, s. 2–5). Lze je charakterizovat jako běžné rodinné domy, jejichž část je vyhrazena pro péči o seniory za předpokladu, že poskytovatel splňuje podmínky k certifikaci pro poskytování sociálních služeb seniorům dle platné legislativy.

Legislativa ukládá poskytovateli či žadateli povinnost zajistit poskytování služeb s ohledem na **hygienické** (např. prevence šíření nákazy) a **technické** (bezpečnost a ochrana zdraví) normy. Zákon též stanoví povinnost prokázat zkušenost s poskytováním AFC domova v délce 12 měsíců. V jiném případě bude přidělen tomuto žadateli supervizor, který bude dohlížet na průběh poskytování péče. Předpokladem jsou kvalifikační předpoklady z odborných znalostí a znalost potřeb cílové skupiny obyvatel a základů první pomoci. Úkony v oblasti přímé péče může provádět pouze kvalifikovaný personál. Ten je povinen zajistit evidenci veškeré lékařské a nelékařské dokumentace uživatele; např. podmínky pro umístění uživatelů a dále vést agendu smluv a veškeré smluvní vztahy s externími subjekty řádně evidovat (LARA 1994, s. 4).

Externími subjekty se např. myslí **zajištění dopravy** pro uživatele nebo služby osobní asistence. **Službami osobní asistence** se myslí např. nácvik soběstačnosti či sociálních dovedností. Dále je poskytovatel povinen umožnit uživateli sociální kontakt s blízkými přáteli či rodinou. Do osobního rozvoje program AFC zahrnuje i aktivizaci uživatele v podobě nácviku soběstačnosti, např. kroužky vaření, dopomoc s úklidem či zařazení osobních záležitostí, podporu ve finanční gramotnosti.

Nedílnou součástí individuálního plánování je i zapojení seniora do běžného života v místní komunitě (LARA 1994, s. 10). Norma též vymezuje situace, ve kterých je využita metoda práce s uživatelem, např. **krizová intervence**.

Intervencí se myslí vstup (zásah) do zátěžové situace např. mezi pracovníkem přímé péče a uživatelem. Účelem intervence je poskytnutí podpory pracovníkům přímé péče v rozpoznání faktorů, které ovlivňují poskytování kvality péče směrem k uživatelům. Tu lze zefektivnit prostřednictvím vzdělávacích aktivit pracovníků přímé péče (Cox 2004, s. 125). Studie ukázaly, že poskytování supervizí přinesly pozitivní výsledek ve zvýšené psychické zdatnosti pracovníků přímé péče. Intervence může být poskytnuta i formou vzdělávacích aktivit, což prokázala i tyto studie. Proškolením pracovníků přímé péče lze předejít symptomům vyčerpání (např. syndrom vyhoření), což by mohlo ovlivnit poskytování kvality péče seniorům. Právě pracovníci přímé péče jsou těmi prvními, kteří přicházejí do kontaktu se seniory. Ti často potřebují vyjádření souznělosti a emocionální podporu ze strany pečující osoby jako způsob k odlehčení jejich tíživé situace (Cox 2004, s. 125). Protože poskytování služeb, resp. kvalita péče o seniory, není měřitelná dle náplně práce, byly k tomu vytvořeny metody měření dle předem stanovených kritérií. O nich a jejich následném hodnocení kvality péče o seniory pojednává následující podkapitola.

2.4.2 Metody hodnocení standardů kvality péče o seniory v USA

Předcházející kapitola se věnovala akreditačním požadavkům na poskytovatele alternativního modelu péče Adult Foster Care. Jedním z požadavků na akreditaci je **spoluúčast zařízení pro seniory na průzkumu** do tzv. OSCAR databáze, tzv. Hodnotící zpráva z průzkumu Hodnocení (kritérií) certifikace, tj. **On - Survey and Certification Assessment Reporting system** (Wunderlich, aj. 2001, s. 12).

Databáze OSCAR zahrnuje informace z provedených inspekcí, a to Správy financování zdravotní péče (**Health Care Financing Administration**) a státními agenturami ohledně certifikace (Obdoba registru zařízení sociálních služeb v ČR).

Dále obsahuje přístupné údaje o všech poskytovatelích péče zahrnutých v systému Medicare nebo Medicaid (Wunderlich, aj. 2001, s. 112). Obsahuje charakteristiku registrovaného zařízení služeb pro seniory, rozsah poskytovaných služeb, zjištěné odchylky při kontrolních šetřeních. Mimo jiné zahrnuje charakteristiku uživatelů, personálu, zjištěné rozdíly v rozsahu a náročnosti poskytování služeb (Wunderlich, aj. 2001, s. 113).

Wunderlich, aj. (2001, s. 113) doplňují, že jak tradiční zařízení sociálních služeb (domovy seniorů), tak i alternativní, jsou povinny se účastnit na plošném průzkumu kvality péče o seniory.

Získaná data slouží pro **Health Care Financing Organisation** jako srovnávací vzorek v hodnocení poskytovatelů a úrovně poskytované péče. Databáze OSCAR obsahuje název zařízení, rozsah certifikovaných služeb, počet a profil uživatelů, např. lékařskou diagnózu (Wunderlich, aj. 2001, s. 113). Dílčím cílem průzkumů je úsilí sjednotit kritéria hodnocení kvality služeb, a proto byl vytvořen seznam oblastí tzv. **Resident Assessment Items** (RAI). Obsahuje 18 oblastí hodnocení kvality péče o seniory, tzv. **Mini Data Set** a je využíván zejména v domovech seniorů (Wunderlich, aj. 2001, s. 115).

Mini Data Set je soubor indikátorů kvality, které byly sestaveny v rámci srovnávací studie s názvem Nursing Home Casemix and Quality Resident Status Measurement Study. Předmětem této studie bylo pozorovat změny v různých oblastech péče v domovech seniorů (Wunderlich, aj. 2001, s. 118). Mini Data Set obsahuje 24 indikátorů, které mají pomoci odhalit stupeň spokojenosti uživatelů s péčí například o pohybový aparát, výměnu inkontinenčních pomůcek, způsobu řešení a záznamu pádu či zranění uživatele, péči o proleženiny a prevenci vzniku infekce).

Resident Assessment Instrument (Nástroj hodnocení kvality péče o seniory) spočívá v obsáhnutí hodnocení 18 oblastí hodnocení soběstačnosti při prvotním individuálním plánování. Jedná se o 15 oblastí - např. sociální kontakt s ostatními, diagnóza, požadavky na stravování či zdravotní stav (Wunderlich, aj. 2001, s. 116).

Resident Assessment Instrument a Mini Data Set (Soubor indikátorů kvality péče o seniory) se nejčastěji používají v domovech seniorů, avšak existuje i nástroj měření kvality modelu domácí péče, který provádějí agentury domácí péče prostřednictvím tzv. metody **OASIS** (Outcome and Assessment Information Set).

OASIS byl vyvinut na univerzitě v Colorado v USA a obsahuje 89 kritérií hodnocení kvality péče o uživatele. Jedná se o: stávající zázemí, v kterém uživatel žije; otázky týkající se zacházení s uživatelem a zohlednění zdravotního stavu včetně podání léků. Dále OASIS zahrnuje data týkající se spokojenosti klienta se službami v daném zařízení. (Wunderlich, aj. 2001, s. 121).

Kapp (in Kane, Penrod 1995, s. 125) poukazuje na etické a legislativní nedostatky v neexistující právní úpravě v otázce poskytované péče přímo rodinnými příslušníky v domácím prostředí, což může mít dopad na sníženou kvalitu péče ve formě zneužívání seniorů. Wunderlich, aj. (2001, s. 91–112) se zmiňují o rozdílech v oblastech kvality péče o seniory dle typu a formy péče, které by mohly být převzaty a též být inspirací pro vytvoření standardů kvality péče o seniory AFC (Wunderlich, aj. 2001, s. 91–112):

- podpora interakce klienta s okolním prostředím a komunitou,
- správné stanovení základního rámce péče a dohledu nad klientem,
- úroveň zajištění vlastního soukromí klienta,
- uzpůsobení vybavení alternativního domu vzhledem k potřebám a diagnóze klienta,
- zajištění dostatečné péče v osobní hygieně klienta,
- zpřístupnění lékařské prohlídky v domácím prostředí klienta,
- zavedení povinné evidence typů a forem péče poskytovaných klientům, (zda je klient v denním stacionáři, nebo je mu od lékaře předepisována medikace),
- plánování výdajů na pokrytí zdravotní péče.

Výše jmenované oblasti mohou být inspirativním výčtem pro zvyšování kvality služeb alternativních modelů péče, kterým se věnuje další část práce, kapitola č. 3

Poskytovatelé péče o seniory v USA.

3 Poskytovatelé péče o seniory v USA

V rámci této kapitoly bude nejdříve zaměřena pozornost na vymezení základních pojmů, popis a ukotvení dlouhodobé péče jako odvětví a vedena diskuse, zda alternativní modely dlouhodobé péče o seniory by měly mít stejné postavení jako institucionální péče. Z historického hlediska vždy domácí péče plnila účel bezplatného poskytování vzájemné pomoci.

S demografickým trendem stárnutí obyvatelstva, a tím spojenými zvyšujícími se náklady na péči v institucionálním zařízení, si domácí péče získává na popularitě (Smith 2007, s. 1837–1841). Smithová (2007, s. 1845) přináší zajímavý názor, že se péče o seniora v domácím prostředí odehrává na základě principu sounáležitosti bližního. Tento názor nelze však generalizovat, protože v USA existuje početná skupina seniorů, kteří žijí sami a potřebují si „najmout“ někoho pro pomoc v domácnosti.

Dle Smithové (2007, s. 1837) lze domácí péči charakterizovat jako **služby osobní asistence poskytované v domácnosti za sjednanou finanční odměnu osobě, která pečuje o osoby se sníženou soběstačností.**

Z výše uvedené definice domácí péče se nabízí otázka, zda lze za typy služeb v rozsahu poskytovaných mimoústavních forem péče stanovit adekvátní finanční ohodnocení. V některých formách poskytované péče se souběžně překrývají role mezi poskytovatelem a klientem a dle typu „objednané“ služby. Blíže se v této otázce věnuje text níže, který definuje typy poskytovatelů (subjektů) a vymezuje jejich role v systému dlouhodobé péče o seniory.

Subjekty systému péče o seniory

Poskytovatelé v systému LTC zaujímají několik rolí současně. Jednou z rolí, kterou zastávají, je poskytování různých forem pomoci dle modelu péče.

Na federální a státní úrovni působí několik typů organizací. Jedná se např. o organizace mezinárodního charakteru, např. OECD, které nezajišťují přímo péči, avšak působí na vlády států OECD např. výzkumnou činností, či napomáhají sjednocovat globální podmínky jak pro poskytovatele péče o seniory v rámci členských států OECD, tak i pro uživatele.

Lze tedy konstatovat, že federální vláda USA zaujímá významnou roli i v otázce externího působení na vládní instituce. Studie OECD potvrzují v návaznosti na již započatou diskusi o roli pečovatелů či pracovníků v domácím prostředí na nedostatečné podmínky. Zpráva OECD poukazuje na tzv. „neplacenou práci“ v domácnosti (Colombo, aj. 2011, s. 87) a lze ji označit jako subjekt, avšak je i přijímána (objektem)-uživatelé v domácí péči.

Matoušek (2013, s. 253) v této souvislosti v českém prostředí hovoří o přístupu harmonizace práce v rodině, která se zakládá na kombinaci využití možnosti finančně ohodnocené a neohodnocené práce s cílem optimalizovat pracovní a osobní život jedince.

S tímto souvisí potřeba charakterizovat v širší rovině všechny subjekty podílející se na péči v domácím přirozeném prostředí klienta či jiných modelech péče o seniory v USA.

Dle Smithové (2007, s. 1837–1867) tvoří senioři převážnou část objektů (příjemců) péče, tj. klientů v oblasti domácí péče, ve které působí tyto typy poskytovatelů (pomocníků, pečovatелů):

- **rodinní příslušníci a pracovníci** v přímé péči v domácím prostředí klienta,
- **soukromé organizace** poskytující pečovatelské služby (home health agency),
- **provozovatelé** licencovaných zařízení poskytující alternativní péči o seniory,
- **ostatní subjekty** v procesu péče o seniory v USA,
- **státní organizace** či zařízení poskytující zdravotnické služby,
- **neziskové organizace,**
- **profesionální personál** ve zdravotnictví,
- **činnost dobrovolníků,**
- **instituce,** a to úřady zastupující stát v zavedení a dodržování pravidel včetně mechanismu zpětné kontroly k poskytování sociální péče,
- **klienti** (viz kapitola 4).

3.1 Hlavní poskytovatelé péče o seniory v USA

Tato kapitola prezentuje stručný přehled hlavních poskytovatelů tradičních a alternativních modelů v USA. Mezi odborníky je stále vedena diskuse týkající se mnoha nevyřešených postupů a omezení v oblasti alternativních modelů péče, které

by měly být posuzovány rovnocenně jako institucionální péče. Jedná se především o **poskytovatele odborné zdravotnické péče** v modelu domácí péče, kteří poskytují péči uživatelům v tradičních a alternativních modelech péče o seniory (Health and public policy Committee, American College of Physicians 1986, s. 454). Tím se myslí, zda jsou služby poskytovány v zařízení s ústavními (tzv. „formální“) a mimoústavními („neformální“) prvky.

OECD (2005, s. 17) definuje **neformální péči** jako péči poskytovanou tzv. „care-givers“ - tj. „nosieli péče“, např. druhem či družkou, partnerem, partnerkou, přáteli, blízkými známými či sousedy a dalšími, kteří jsou schopni poskytnout péči. Poskytování „neformální“ péče je zpravidla vázáno principem solidarity (Matoušek 2013, s. 203) a projevy ochoty bez nároku na finanční ohodnocení.

3.1.1 Poskytovatelé v domácím prostředí klienta

Z historického hlediska byla domácnost obstarávána ženami a na počátku 20. století bylo **nemyslitelné legislativně zakotvit pracovní činnosti ženy v domácnosti (např. vaření, úklid) jako profesi**. Legislativní ukotvení práce v domácnosti jako profese nastalo až v roce 1940–1941 (Smith 2007, s. 1851–1852).

Původ domácí péče se též opírá o skutečnost, že pomocníci vykonávali práce v domácnosti a klient jim poskytoval ubytování a stravu. Charakter práce v domácnosti vyžaduje značnou flexibilitu i při poskytování úkonů nad rámec údržby domácnosti. Tím se myslí úkony osobní a zdravotní péče. I přes existující zákon New Deal (Smith 2007, s. 1852), kterým bylo zakotveno zlepšení sociálního a hospodářského a postavení zaměstnanců, pracovaly ženy sedmdesát až osmdesát hodin týdně. A to až do roku 1941, ve kterém byla stanovena maximální denní pracovní doba.

Velkou diskusí též vyvolávala otázka spravedlivého finančního ohodnocení a uplatnění principů nabídky (poskytovatelů) a poptávky (klientů). Do čtyřicátých let 20. století byla domácí práce legislativně ukotvena jako profesně neuznávaná činnost, ačkoli nejvíce žen pracovalo v domácnosti. Vláda státu Wisconsin jako jedna z prvních států zakotvila minimální hodinovou mzdu (Smith 2007, s. 1851–1852).

S ohledem na téma práce se rozlišuje skupina domácích pečovatелů dle činnosti, kterou vykonávají. Nejzákladnější forma je poskytnutí údržby domácnosti. Údržba domácnosti či péče o klienta jsou poskytovány prostřednictvím pracovníků přímé péče

či pracovníků úklidu (údržby), které nyní budou blíže charakterizovány (Smith 2007, s. 1838–1846). V rodinách, kde si rozsah péče o příbuzného žádá přítomnost **zkušeného zdravotnického personálu**, přechází role do statusu tzv. zdravotní sestry v domácí péči (**home health aide**). Jedná se o zdravotní péči, která je poskytována v domácím prostředí uživatele. V případě, že uživatel má určitá zdravotní omezení a nemá partnerku či manželku, péči zajišťují zpravidla sourozenci nebo vzdálení příbuzní (Takagi, aj. 2013, s. 474). Dle Smithové (Smith 2007, s. 1838) v domácí péči může pracovat pracovník úklidu v domácnosti (**home-care aide**), pracovníci přímé péče (**personal-care aides**).

Všechny výše uvedené kategorie spojuje péče o starší osoby (ve věku 65 let a více), které mají určitá zdravotní omezení a sami by se o sebe nepostaraly. Další typ poskytovatele služeb v domácnosti, tzv. pracovníci úklidu (**home care aides**), které lze charakterizovat jako pracovníky, jejichž náplň práce spočívá v zajištění úklidu domácnosti (Assisted Living Today 2016). Neméně významnou funkci v osobní péči o klienta zastávají tzv. pracovníci v sociálních službách poskytující základní ošetrovatelské služby nelékařského charakteru (**personal care aides**), které dle Castle, aj. (2009, s. 44) zprostředkují tzv. „třetí strany“ (např. agentura domácí péče).

3.1.2 Agentury domácí péče

Agentury domácí péče jsou certifikované nebo necertifikované subjekty, soukromé organizace poskytující služby domácí péče prostřednictvím **pracovníků přímé péče**. Pečovatelé pracují na bázi smluvního vztahu za sjednanou finanční odměnu. Jedná se o „poloprofesionály“ nebo profesionály, kterých dle odhadů pracovalo v odvětví v roce 1990 domácí péče 300 až 500 tisíc (Faesley 1995, s. 19). Dle Stone (2011, s. 59) lze definovat tento personál jako zkušené pracovníky či proškolený personál s osvědčením pro výkon profese pracovníka v sociálních službách či kvalifikované pracovníky (professionals) vykonávající různé typy služeb - např. terapeuti, pracovníci v sociálních službách. Na dodržování kvality poskytované péče „dohlíží“ úřady pověřené federální vládou prostřednictvím úřadů nižších správních celků. Předpokladem certifikace agentur domácí péče je i podmínka registrace poskytovaných služeb uživatelům, kteří tak mohou mít nárok na zpětné proplacení úkonů za zdravotní a sociální služby, jsou-li sami zaregistrováni v programu Medicare (Stone 2011, s. 114).

Tyto agentury zprostředkovávají pracovníky přímé péče také do tzv. Adult Foster Homes, o kterých bude pojednávat následující odstavec.

3.1.3 Domy náhradní péče o seniory v USA (Adult Foster Homes)

Domy náhradní péče o seniory jsou „produktem“ 80. let 20. století (Kane 2012, s. 6) a vznikly na základě iniciativy praktických lékařů v Oregonu, umožňovaly klientům čerpání příspěvku na péči v neinstitutčním zařízení pro seniory. Příliš drahá institucionální péče mohla být podnětem rodinám uživatelů k intenzivnějšímu poskytování péče v domácím prostředí. Vysoká náročnost péče o rodinného příslušníka v domácí péči přiměla rodinné příslušníky se poohlédnout po podpůrném řešení v otázce zajištění alternativní dlouhodobé péče. V této době vznikaly tzv. **domy náhradní péče o seniory**, tzv. Adult Foster Care homes (Kane 1991, s. 1113). Jedná se o nízkokapacitní licencované domovy poskytující péči především osobám se sníženou pohyblivostí nebo s duševním onemocněním, např. Alzheimerovou chorobou (Haeg 2013, s. 237).

Zakládání domovů AFC bylo reakcí na skandály spojené s poskytováním nedostatečně kvalitní péče uživatelům v zařízeních institucionální péče na začátku 80. let 20. století. Proto tyto domovy náhradní péče o seniory podléhají procesu akreditace v těch státech USA, ve kterých je to vyžadováno (Kane 2012, s. 7). Další možností poskytování alternativního modelu péče o seniory jsou agentury hospicové péče, kterým se věnuje další část práce.

3.1.4 Agentura hospicové péče

Dalším certifikovaným subjektem poskytujícím služby pro seniory je **agentura hospicové péče** („Hospice Care Agency“). Zaměřuje se na poskytování paliativní a asistenční služby. Předmětem činnosti této agentury je poskytování pomoci těm, kteří jsou v běžném denním životě omezeni tíživou či obtížnou situací (Cambridge University Press 2006, s. 1307). V roce 1996 bylo v USA registrováno 13 500 agentur hospicové péče, které poskytovaly pomoc asi 2,5 miliónu uživatelů. Hospicovou péči lze též definovat jako psychosociální, psychologické a terapeutické služby, které jsou poskytovány v nejtěžším období života jedince (Wunderlich, aj. 2001, s. 50). Služby hospicové agentury jsou využívány jak u modelů alternativní péče,

tak i institucionální péče či ostatních subjektů zdravotních služeb. O těchto subjektech zdravotních služeb pojednává následující kapitola 3.2.

3.2 Poskytovatelé odborné zdravotní péče

Jedním z omezení řádné kvality zajištění péče o seniory v oblasti zdravotnictví jsou finanční prostředky. Federální vláda a zástupci vlád států USA stále hledají efektivní řešení, jak snížit výdaje na poskytnutí odborné péče v domácím prostředí, jestliže institucionální péče (domovy seniorů) je méně nákladná než domácí péče.

Jelikož domácí péče se vztahuje také na poskytování odborných lékařských služeb, jsou dostupné tyto lékařské a nelékařské služby (Health and public policy Committee, American College of Physicians 1986, s. 454-459):

- **dentista,**
- **terapeutičtí specialisté,**
- **týmy domácí zdravotní péče** např. zubař; terapeuti; týmy HHC (multidisciplinární tým¹² odborníků z oblasti medicíny);
- **fyzioterapeuti;**
- **sociální pracovníci** (angl. care manager) v domovech domácí péče;
- **psychologové,**
- **logopedi** zabývající se patologickou vadou řeči, odborníci na dechová cvičení;
- **kliničtí dietologové,**
- **vybavení pro intravenózní (nitrožilní) terapii** (včetně výživy, antibiotik kontinuální chemoterapie), např. **respirátory,**
- **další vybavení** pro respirační a fyzickou terapii, pronájem přístroje na dialýzu,
- **pronájem kompenzačních pomůcek** (chodítka aj.),
- **praktičtí lékaři** - dle Akademie obvodních lékařů USA (1986, s. 454) není ošetřen kontrolní mechanismus evidence lékařských záznamů u uživatelů v domácí péči, jejichž zdravotní stav vyžaduje dohled specialisty odborné zdravotní péče.

¹² Multidisciplinární tým poskytuje odbornou lékařskou, morální a psychosociální pomoc, např. v rámci programu podporující poskytování paliativní péče v domácím prostředí uživatele (Palliative Access Through Care at Home). Jmenovaný tým se skládá většinou ze sociálního pracovníka, lékařského specialisty v oboru geriatrické a certifikované zdravotní sestry (Holley, aj. 2009, s. 1926).

Jako nástroj ke zlepšení zdravotního stavu klienta lze využít i další subjekty zainteresované v systému dlouhodobé péče v USA, např. organizacemi neziskového sektoru. Tyto organizace mohou uživateli být krátkodobým přínosem a napomoci v udržitelnosti jeho zdravotního stavu. Následující kapitola 3.3 se stručně dotkne neziskových organizací, které mají významnou úlohu v místních komunitách v USA.

3.3 Ostatní poskytovatelé péče o seniory v USA

Tato kapitola doplňuje výčet poskytovatelů o subjekty, které by mohly být inspirativním prvkem pro české prostředí.

3.3.1 Organizace neziskového sektoru

Resident Councils („rada rezidentů“)

V neziskovém sektoru působí organizace, které se angažují v oblastech nad rámec zdravotní a sociální péče. Jedná se o organizace např. usilující o dodržování práv klientů či vzdělávací spolky nebo neziskové organizace zasazující se o změnu legislativy např. v otázce prevence násilí a psychického týrání seniorů. Jako příklad lze uvést tzv. „radu rezidentů“ („**Resident Council**“). Předmětem těchto schůzek rezidentů je myšlenka sdílet společné aktivity, hodnoty a pravidla především u rezidentů domovů seniorů (Wunderlich, aj. 2001, s. 176). Tato iniciativa vychází z tzv. reformního Zákona o domovech seniorů (**The Nursing Home Reform Act of 1987**; Wunderlich, aj. 2001, s. 174), který povoluje uživatelům domovů seniorů a jejich rodinám zakládat iniciativy a být jejím členem. Tyto občanské „sněmy“ mohou vznášet podněty či připomínky týkající se pravidel poskytování péče o seniory či např. k nabídce aktivizačních činností (Wunderlich, aj. 2001, s. 176).

Díky této iniciativě v posledních letech došlo ke zlepšení poskytování služeb pro seniory v těchto zařízeních (Wunderlich, aj. 2001, s. 176). Organizace v oblasti poradenství jsou důležitým mezičlánkem mezi uživatelem a ostatními organizacemi v otázce naplnění plánu péče uživatele, např. vzdělání a osobního rozvoje.

3.3.2 Organizace v poradenství (Independent Advocacy Program)

Od 60. let 20. století vznikají na úrovni všech či jednotlivých států USA organizované programy s cílem podporovat **vzdělávání, osobní rozvoj či kvalitu péče** v zaříze-

ních systému LTC. Tyto programy zakládají organizace se silným společenským postavením, např. **Advocacy of Long term care quality consumers** (česky něco jako Sdružení uživatelů dlouhodobé péče o seniory; Wunderlich, aj. 2001, s. 176-177).

Tato organizace spolupracuje s poskytovateli služeb pro seniory, dále s vládními organizacemi a ostatními neziskovými organizacemi v oblasti LTC. Základní role neziskových organizací spočívá v podpoře zajištění a uplatnění potřeb uživatele. Potřebami se myslí např. vyřizování individuálních podnětů, práce s konkrétními cílovými skupinami s cílem zlepšit sociální integraci v komunitě, ve které uživatel bydlí. Dále neziskové organizace monitorují dodržování platných legislativních předpisů (např. OBRA 87) za účelem prevence nedostatečného zacházení se seniory (Wunderlich, aj. 2001, s. 175–176). Úskalí činností nezávislých iniciativ souvisí s omezenými kapacitami dobrovolnické činnosti a příspěvky z neziskových organizací či charit.

Charitativní organizace či spolky působí při komunitních centrech církví, které jsou zapojovány do sociálních programů či organizují bezplatné workshopy či přednášky v rámci komunit, jak se mohla autorka osobně sama přesvědčit. Církev pomocí náboženství usilují o stmelení místní komunity. Náboženství má v životech Američanů velmi silné postavení a tradičně se věřící scházejí v kostelích (např. presbyteriánských). Autorka se v úvodu této práce zmínila o vlastních poznatcích z komunitního bydlení v USA, konkrétně o společenské roli kostelů, ve kterých jsou organizovány i např. semináře či přednášky pro veřejnost.

3.3.3 Ostatní administrativní personál

Různé aktivity v modelech komunitního i tradičního bydlení vyžadují přítomnost administrativního personálu, který eviduje záznamy v oblasti financování a péče o klienta. Každé zařízení má svou organizační strukturu a tito pracovníci působí v oblastech managementu na různých úrovních - vrcholové, střední či základní.

Mezi pracovníky vrcholového managementu patří nejužší vedení zařízení, např. vedoucí zdravotní péče, vedoucí sociální péče a výkonný ředitel, který deleguje své kompetence na střední management. Jedná se o manažery personálního, ekonomického či provozního úseku či vedoucího zdravotních a sociálních služeb. V další nižší úrovni organizační struktury lze jmenovat vedoucí úseků - např. stravovacího, provozního, rehabilitačního, sociální práce (McSweeney-Feld, Oetjen 2012, s. 143).

Všichni tito pracovníci by měli spolupracovat vzájemně mezi s sebou, vyjadřovat určitou empatii a pochopení k potřebám uživatele a cíleně vytvářet uživatelům prostředí podobné tomu domácímu. Důležitou roli zde hraje **střední management**, např. sociální pracovník (social worker). Pracuje v rámci multidisciplinárního týmu jako case manager. Case manager a multidisciplinární tým aplikují na své podřízené manažerské metody, pomocí nichž mohou dosáhnout naplnění např. individuálního plánování s klientem. V rámci naplnění individuálního plánu uživatele lze zapojit jak klienta, tak i personál zařízení sociálních služeb. V praxi lze využít tyto manažerské metody: **empowerment, leadership a case management.**

Empowerment spočívá v možnosti vlastního rozhodování v rámci jednotlivých týmů (McSweeney-Feld, Oetjen 2012, s. 274).

Leadership lze definovat jako proces, ve kterém jsou lidé (např. zaměstnanci) vedeni. Je jim poskytována podpora a jsou ovlivňováni ve prospěch dosažení cílů organizace (McSweeney, Oetjen 2012, s. 126–130). Zakládá se na vedení pracovníků tak, aby oni sami částečně převzali iniciativu a podíleli se aktivně na dosažení poslání, vize a cílů dané organizace tak, aby to bylo přínosné jak pro zaměstnance, tak i pro klienty, o které zaměstnanci pečují (McSweeney-Feld, Oetjen 2012, s. 129).

Case management se zaměřuje na zjištění potřeb starších lidí se speciálními zdravotními potřebami. Zakládá na kumulované funkci multidisciplinárního týmu, jehož cílem je zmonitorovat potřeby klienta, a to jak v oblasti financování, tak v zajištění péče, příspěvku na péči, popř. medikaci (McSweeney-Feld, Oetjen 2012, s. 138).

Zpráva OECD se zmiňuje o „přenesení odpovědnosti“ za řízení dlouhodobé péče o seniory v České republice na tři sektory, a to **sociální péči a veřejný sektor zdravotních služeb a „víceúrovňový“ systém veřejné správy**, které jsou legislativně provázány se Zákonem o sociálních službách (Zákon 108/2006 Sb., § 1–122), tzv. **2007 Act on Social Services**. Zákon o sociálních službách v ČR ne zcela zachycuje metody práce s uživateli, a proto výše popsané metody mohou být inspirativním prvkem pro praxi v ČR. Uvedená legislativa a s tím spojená deinstitucionalizace sociálních služeb přirozeně posílila práva klientů, jejichž profil bude přiblížen v další kapitole č. 4.

4 Charakteristika klientů modelů péče o seniory v USA

Záměrem této kapitoly je prezentovat stručnou charakteristiku seniora, který čerpá nějakou službu v rámci tradičního či alternativního modelu systému dlouhodobé péče o seniory ve Spojených státech amerických.

Dle zkušeností autorky diplomové práce z pobytu v USA, kde pracovala se seniory v sociálních službách, je uživatelem dlouhodobé péče v USA senior v průměrném věku 65 let. Žije sám a může být znevýhodněn vážným tělesným nebo duševním postižením. Jde tedy o seniora, který ke svému životu potřebuje určitou pomoc, protože není schopen zvládnout sám všechny úkony běžného každodenního života. Tuto pomoc mu není schopna poskytnout jeho rodina či jeho blízcí. Rozsah potřebné péče se odvíjí od míry jeho znevýhodnění. Může být omezen fyzicky nebo mentálně.

Pokud se týká fyzického omezení, může být částečně nebo zcela imobilní, nemusí mu fungovat všechny smysly (sluch, zrak apod.). Častým projevem určitého omezení může být i tělesná hmotnost (obezita, podvýživa), většinou je u něho narušen pohybový aparát a může používat kompenzační pomůcky (berle, chodítka). Může se nevhodně stravovat i z důvodu zhoršeného stavu chrupu, zanedbává osobní hygienu.

Často dochází ke změně duševní pohody seniora. Může se u něj projevit roztěkanost, zapomnětlivost, nespokojenost či nervozita vyúsťující až v agresivitu.

Dle míry závislosti na péči druhé osoby si senior volí určitý druh péče. Feder, aj. (2000, s. 42) dodávají, že se často jedná o seniory, kteří si přejí sjednat určitou službu, nicméně finanční náročnost služby či překážky ve spolufinancování požadované služby mohou zůstat ze strany rodiny nevyslyšeny.

4.1 Profil seniora v domácí péči v USA

První model alternativní péče, tj. domácí péče, resp. „domácí zdravotní péče“ (home-health care) zahrnuje např. osoby s tělesným či mentálním postižením, které ke svému postižení potřebují průběžný dohled odborného zdravotnického personálu či pomoc.

Domácí péče bývá schvalována a předepsána obvodním lékařem. Uživatelé totiž jsou odkázáni na funkčnost medicínských přístrojů, např. domácí dialýza. Uživatelé v domácí péči mohou mít předepsanou medikaci či do jejich přirozeného prostředí může docházet zdravotnický personál za účelem provedení zdravotnického úkonu,

např. měření hladiny glukózy v krvi (Health and public policy Commitee, American College of Physicians 1986, s. 454–457). Osoby v domácí péči disponují různou mírou závislosti na pomoci druhé osoby a požadují různý rozsah dopomoci, např. při oblékání, stravě a osobní hygieně. Přesto osoby s velmi nízkým příjmem mají velké obtíže dosáhnout na příspěvek na domácí péči (Health and public policy Commitee, American College of Physicians 1986, s. 454).

Uživatelé ve svém přirozeném prostředí jsou integrováni do programu komplexní péče o seniory Program All inclusive care; PACE). S ohledem na sníženou hybnost využívají služeb osobní asistence v podobě dopravy do odborného zdravotnického zařízení, kde musí podstoupit např. rentgen nebo neurologické vyšetření (Castle, aj. 2009, s. 44–46).

Dle Carpentera a Hiderse (2013, s. 112) uživatelé v domácí péči mohou pociťovat častěji bolest než v jiných formách bydlení. Může to souviset s větší obtížností identifikovat bolest, jestliže uživatel v domácím prostředí není pod stálým dohledem ošetrovatelského personálu.

Bolest však může vznikat také z důvodu podávání nedostatečného množství stravy seniorům, což může vyústit v jeden ze způsobů týrání seniorů. Senioři se ze strany svých příbuzných mohou stát oběťmi fyzického, finančního, ale i psychologického násilí, protože senioři mají sníženou schopnost sebeobranu (Murakami, Colombo 2013 in OECD, s. 171). Uživatelé v domácí péči mohou být zaskočeni nízkou mírou tolerance ze strany vlastní rodiny, jež nese částečnou odpovědnost a zátěž za péči o svého bližního. Osoby staršího věku mohou reagovat negativně až agresivně na změnu prostředí, zejména je-li uživatel rodinnými příslušníky podněcován k přemístění z domácí péče do jiného typu sociálních služeb (Sherman, Newman 1988, s. xiv).

4.2 Profil seniorů - modelu náhradní péče o seniory v USA

Za další alternativní model péče o seniory v USA je považován model náhradní péče o seniory (Adult Foster Care). Tento model je určen pro osoby závislé na péči druhých, kteří jsou v pokročilém věku (Sherman, Newman 1988, s. xiii–xiv). Jedná se o klienty, kteří nemají vhodné podmínky v jejich domácím prostředí nebo jsou odmítnuti vlastní rodinou. Senioři se mohou cítit ohrožení finanční situací, a proto volí model péče AFC.

Byly definovány tři druhy klientů pro program „pěstounské rodinné péče“ pro seniory (Sherman, Newman 1988, s. 19):

- **Osoby bez postižení**, které jsou relativně v dobré mentální kondici a potřebují základní péči za účelem jejich integrace do společnosti.
- Uživatelé, kteří **potřebují návaznou terapii a hledají opětovně pocit bezpečí** a zkušenosti a jsou doprovázeni terapeutem.
- Umístění **uživatele s chronickými nemocemi**, který díky náhradní rodinné péči získá větší autonomii, bude mu dopřána větší možnost socializace a tím se mu bude někdo věnovat.

Uživateli náhradní péče o seniory mohou být též lidé, kteří by místo umístění do domova AFC byli jinak umístěni do zařízení hospitalizační péče (Sherman, Newman 1988, s. 23). Senioři s vyšší mírou závislosti pomoci na druhé osobě se musí vypořádávat též s vlastní aktuální životní situací, která je ovlivněna úrovní vzdělání a dosaženou výší příjmů z důchodové penze, ze kterého si zájemce o službu může dovolit sjednat určitý objem služeb.

S tímto souvisí např. i rodinný stav uživatele, zda je rozvedený, či ovdovělý nebo ženatý. Zejména osamělí uživatelé, kteří strávili určitou dobu v institucionálním zařízení a vrací se do domova náhradní péče, jsou zpravidla motivováni přiděleným pracovníkem přímé péče k postupné integraci do komunity (Sherman, Newman 1988, s. 47).

Do domovů náhradní péče (Adult Foster Care Homes) bývají umísťovány osoby s lehkým duševním onemocněním, které zvládají samostatně úkony osobní hygieny, samostatně obhospodařovat vlastní finance či se orientují v okolí svého bydliště (Sherman, Newman 1988, s. 49).

Tento model vyhledávají senioři, kteří se zpětně potřebují integrovat do společnosti či vyhledávají sociální kontakt se svými vrstevníky (Sherman, Newman 1988, s. 35).

Osoby s vývojovými vadami naopak nemusí zvládat úkony související s obhospodařením domácnosti a zajištěním jejího chodu. Tito uživatelé dle průzkumu Sherman a Newman (1988, s. 49) zvládají úkony osobní hygieny a ty, které si lze zapamatovat mechanickým memorováním. Dále se jedná o běžné činnosti dne,

např. oblékání, použití toalety či ohřát si jídlo nebo vyprat si prádlo (Sherman, Newman 1988, s. 49).

Další specifickou oblastí je i vnímání aktuálního stavu klienta ze strany poskytovatelů. Jeden respondent se vyjádřil, že domov AFC nese prvky institucionalizace, kde senioři trávili volný čas na pokoji a jedli též osamocení, nikoli pospolu. Z provedeného výzkumu dle Sherman a Newman (1988, s. 68) vyplývá, že uživatelé s duševním onemocněním častěji tráví volný čas v kruhu vlastní rodiny než s přáteli či sousedy, zatímco uživatelé s lehčími vývojovými vadami raději tráví čas s přáteli a sousedy než s rodinnými příslušníky.

4.3 Vlastnosti seniorů umístěných v institucionální péči

Institucionální péčí se myslí zařízení s pobytovými službami, např. nemocniční zařízení či domovy seniorů.

Institucionální péče byla velmi diskutovaná na počátku 80. let 20. století, kdy se utvářely prvotní ucelené definice modelů péče, ale i vlastností seniorů, například **křehkost** (Cox 2004, s. 18). **Křehkost** je přisuzována **osobám ve věku 75 let** a je spojována s těmi uživateli, u kterých dlouhodobě přetrvávají těžkosti a vypořádávají se s nimi na každodenní bázi. Zákon o zacházení se staršími lidmi (**Old American Act**) v roce 1965 (Cox 2004, s. 20) specifikoval seniory jako osoby se širokým spektrem potřeb vyžadující speciální zacházení a skupinu ohroženou „sociálními potřebami“. Sociálními potřebami (ve smyslu tohoto Zákona) se myslí naplnění sociálních a morálních potřeb tak, aby senior netrpěl pocity **osamělosti, izolace, sociálního odloučení**, apod. A to jednak v rámci své komunity, tak i kulturních potřeb určitého etnika (Cox 2004, s. 20).

Dle Sherman a Newman (1988, s. 82) se senioři potýkali s restrikcemi v podobě omezených možností vzájemné interakce mezi sebou. Restrikcí se myslí omezování uživatelů ze strany zařízení sociálních služeb, např. omezování osobní svobody uživatele (vycházky, zájmy).

Naplnění nejen osobních potřeb uživatele by mělo být dle Mukaramiho a Colombo (in OECD 2013, s. 39) v zemích OECD běžným „standardem“ jak ve formálním či neformálním typu péče. Osoby závislé na pomoci druhých touží po převzetí větší kontroly nad svým rozhodnutím, ačkoli jim to zdravotní stav neumožňuje.

Tento „neúspěch“ může přivodit pocity úzkosti až deprese, popř. člověk přestane mít zájem o vlastní život.

4.4 Demografické a ekonomické trendy v USA do roku 2040

Jedním z demografických trendů je stárnutí populace (viz tabulka 9, str. 173). Předpokládá se zvyšující podíl seniorů ve věku 65 až 84 let z 40,229 % v roce 2010 na 81,238 % v roce 2040 z celkového počtu obyvatel USA.

Již v roce 2030 by seniorského věku měl dosáhnout každý pátý Američan (Guo, Castillo 2012, s. 211). Rovněž se předpokládá nárůst počtu seniorů ve věku 85 let v roce 2040 na 14 milionů (Guo, Castillo 2012, s. 211).

Rovněž se předpokládá podstatný nárůst seniorů nad 85 let, a to z 5,751 % v roce 2010 až na 14,198 % v roce 2040 (Guo, Castillo 2012, s. 213).

S ekonomickými faktory souvisí i demografické trendy a zvyšující se náklady na poskytování péče seniorů. Na toto poukazují Feder, aj. (2000, s. 41) v časopise Health Affairs. V tomto článku jsou uváděny do souvislosti demografické, ekonomické i politické faktory. Politická rozhodnutí ovlivňují společnost a také vydávané legislativní normy či předpisy (tj. faktory). Tvůrci předpisů a norem doposud nejen v reakci na výše popisovaný demografický vývoj se potýkají s ukotvením pravidel, stanovujících rozsah, způsob financování a nástroje zvyšování kvality služeb dlouhodobé péče (Feder, aj. 2000, s. 41). Ekonomické systémy Evropy a USA na sebe vzájemně reagují, a tak lze v zemích OECD, jehož jsou USA a ČR členy, předpokládat trend nárůstu seniorské populace v období let 2021 až 2050 (Colombo, aj. 2011, s. 66). Odraz demografických, ekonomických a dalších faktorů se projevuje na změně struktury společnosti a s tím souvisí i změna struktury systému rodiny a bydlení. Tyto jmenované jevy lze prezentovat jako „specifika“ profilu seniora v USA. Se specifiky některých cílových skupin seniorů je třeba pracovat, např. formou modelů alternativní péče o seniory. Modelům péče o seniory v USA se věnuje následující kapitola.

5 Modely alternativní péče o seniory v USA

Tato kapitola popisuje jednotlivé charakteristiky alternativních modelů péče o seniory v USA. Vzhledem k tomu, že se dostupné modely péče nevyskytují rovnoměrně ve všech státech USA, budou v této kapitole prezentovány dva tematické celky, a to **modely domácí a denní péče o seniory** (kapitola 5.1) a **model komunitního bydlení** (kapitola 5.2). Autorka upozorňuje na skutečnost, že popsání modely péče o seniory dále v textu mohou být jedním z inspirativních řešení fungování modelů alternativních modelů péče o seniory v USA v praxi a vztahují se pouze na jeden výzkumný soubor uvedený v metodologické části této práce.

Guo a Castillo (2012, s. 216) se zmiňují o sociální integraci seniorů jako součásti procesu začleňování v komunitě v penzijním věku. Jako další alternativu dle průzkumu **Asociace seniorů v penzi v USA** (Guo, Castillo 2012, s. 214) 85 % respondentů uvedlo přání dožít penzi ve vlastní domácnosti. Z tohoto důvodu se klienti častěji uchylují k méně nákladnému modelu alternativní péče, např. modelu domácí péče, o kterém pojednává následující kapitola 5.1.

5.1 Modely domácí a možnosti denní péče o seniory v USA

V následujících částech této kapitoly budou popsány modely alternativní péče využitelné přímo či v kombinaci s modelem **domácí péče o seniory**. Jedná se o domácí zdravotní péči, tj. **Home Health Care** (viz 5.1), denní odlehčovací službu - **Adult Day Care** (5.2) a denní centra pro seniory - **Senior Center** (5.3).

5.1.1 Model péče o seniory v domácím prostředí

Účel domácí péče spočívá v poskytnutí podpory klientovi s cílem zachovat jeho autonomii, bezpečí, psychické a fyzické zdraví (Coughlin, Pope in Castle, aj. 2009, s. 44). Health and public policy Committee, American College of Physicians¹³ charakterizuje **model domácí péče** (tzv. Home Health Care) o seniory jako jednu z forem mimoinstitucionálního bydlení pro seniory (Health and public policy Committee, American College of Physicians 1986, s. 454).

¹³ American College of Physicians, tj. Akademie amerických obvodních lékařů USA (Castle, aj. 2009, s. 44)

Rozhodujícím kritériem pro definici modelu domácí péče je vlastní zázemí (prostředí) klienta. Domácí péče je dle Feasleyho (1995, s. 10) určena pro klienty s fyzickým či mentálním postižením. Jedná se o služby nelékařské povahy, např. o výpomoc s chodem domácnosti či terapeutické služby. Lékařské služby jsou poskytovány kvalifikovanými zdravotními sestrami, které dochází za uživatelem v domácí péči v rámci sjednaného individuálního plánování (tzv. case managementu, definice viz podkapitola 3.3.3).

Alternativní název pro služby poskytované v domácnosti jsou tzv. „**služby osobní péče**“, které se také poskytují uvnitř komunity (Feasley 1996, s. 16). Tyto služby osobní péče mohou být součástí nabídky grantových programů nebo mohou být financovány z vlastních zdrojů klienta nebo jeho rodiny.

Castle, aj. (2009, s. 44–45) rozlišují tři typy poskytovatelů domácí péče. **První** kategorii zastupuje tzv. agentura domácí péče zajišťující **odbornou zdravotní péči** v domácnosti (definice viz podkapitola 3.2).

Druhou kategorii služeb zahrnují **služby osobní asistence** v rámci běžného dne. V kapitole 3.1 byli vyjmenováni hlavní poskytovatelé v domácí péči, a to rodina, rodinní příslušníci, příbuzní a blízcí. V kapitole 3.1.1 této diplomové práce byly uvedeny tři hlavní kategorie služeb v domácnosti (Smith 2007, s. 1838):

Pracovník přímé péče v domácnosti (**home health aide, personal care aide, home aide care**)¹⁴ nese různorodý název a může být též různě vysvětlován ve zdrojích (Smith 2007, s. 1838). Pracovník přímé péče zajišťuje dopomoc starším a nemohoucím lidem či osobám s duševním onemocněním **v jejich přirozeném prostředí**. Specifikem tohoto povolání je **vykonávání přímé péče** v místě **domácího prostředí uživatele**. Pracovník je označen tzv. „live-in“ pracovníka, čímž se rozumí jeho přítomnost v domě 24 hodin denně. Pracovník má právo sdílet prostory uživateleova domácího prostředí dle předem stanovených pravidel a zároveň je pro něj vyhrazena část domu, kterou užívá mimo vlastní pracovní dobu (Smith 2007, s. 1838).

Třetí kategorii zastupují **certifikované agentury hospicové péče**, které vysílají pracovníky domácí péče za uživateli s nevléčitelnou nemocí či uživateli v terminálním stadiu života (Castle, aj. 2009, s. 44–45).

¹⁴ Definice pojmů **home health aide, personal care aide, home aide care** viz str. 77–78 této práce.

V souvislosti s poskytováním různého rozsahu péče byl již zmíněn program spokojeného dožití ve stáří v přirozeném prostředí klienta (**Naturally Occured Retirement Community**; definice viz slovník pojmů, str. 41).

Nabízí širokou škálu služeb v oblastech sociální práce, zdravotní péče, sociálních aktivizačních služeb pro seniory jak **v jejich domově** nebo v komunitním centru (Field 1998a online). Tento program se původně zakládal na iniciativě vzbudit povědomí o nedostatečné nabídce služeb pro seniory. A tím současně stoupl zájem seniorů o rozšíření nabídky těchto služeb před jejich umístěním do zařízení institucionální péče, zejména v místech se zvýšeným počtem seniorů (Guo, Castillo 2012, s. 219).

Program přirozeného dožití ve stáří (**Naturally Occured Retirement Community program**). **NORC** byl spuštěn v roce 1985 ve městě New York a postupně rozšiřován do dalších měst. Mezi hlavní zakladatele patří organizace Jewish Federation of North America (Guo, Castillo 2012, s. 218–219) a profesor Hunt z University Wisconsin - Madison, který upozornil na nedostatečnou integraci seniorů se stejným či podobným zdravotním omezením ve velkoměstech. Těmto seniorům hrozila sociální izolace nebo by mohli zůstat opuštěni v důsledku nezájmu vlastních dětí, popřípadě byli ohroženi negativními socioekonomickými faktory (Guo, Castillo 2012, s. 218–219).

Program usiluje o přiblížení externí **asistenční služby** seniorům, kteří doposud nevyžívali žádný ze sociálních programů a tyto služby jim byly doposud nedostupné (Guo, Castillo 2012, s. 219). Do programu jsou též zapojena i komunitní centra např. **Senior Friendly Neighborhoods in Baltimore** (Assistant Secretary for Planning and Evaluation: US Department of Health & Human Services online) nebo agentury sociální péče. Program nemá jednotné ukotvení napříč státy USA, avšak jej spojují tyto aktivity (Field 1998a online):

- **pomáhá** seniorům s **naplněním individuálních potřeb** a nastavením individuálního plánu péče,
- pomocí **služeb sociální prevence** předchází prohlubování sociální izolace mezi generacemi uvnitř místní komunity,
- pro **přípravu aktivizačních programů** vyhledává dobrovolníky mezi seniory a zapojuje do aktivit a činností určených pro komunitu (např. příprava oslavy Vánoc v komunitním centru),

- prostřednictvím **agentur domácí** nebo **komunitní péče** jsou sjednávány lékařské nebo nelékařské služby s poskytovateli, např. i doprava či donáška obědů atp.,
- podporuje uživatele v naplnění jejich potřeb prostřednictvím sjednaného plánu potřeb uživatele.

Individuální plán péče

V rámci domácí péče lze sjednat individuální konzultaci formou case managementu. Konzultace s klientem se mohou dotknout oblasti např. právního poradenství ohledně právních záležitostí klienta či způsobilost nebo nezpůsobilost k čerpání příspěvků ze sociálního zabezpečení. V rámci případových porad (case managementu) lze stanovit individuální plán péče zahrnující např. některé z nabídky sociálních služeb nebo odborné zdravotní péče či fyzioterapeuta nebo logopeda (Castle, aj. 2009, s. 45).

Aktivizační a edukační činnosti

Individuální plán péče je možné rozšířit o individuální aktivizační a edukační činnosti, např. karetní hry, výlety se členy komunitního centra, lekce počítačové gramotnosti atp. (Field 1998a online).

Agentury domácí péče

Agentury domácí péče jsou subjekty, které dle federálních zákonů USA a zákonů vydaných vládami příslušných států USA musí při poskytování služeb seniorům naplňovat soubor kritérií a podmínek obsažených v těchto zákonech (Feasley 1996, s. 32). Jedná se např. o **povinnost** agentury domácí péče registrovat se v systému zdravotního pojištění **Medicare** a **Medicaid**. Zatímco státy **Massachusetts** a **Ohio** (Feasley 1996, s. 32) nepožadují u agentur domácí péče povinnou certifikaci k poskytování sociálních služeb pro seniory, stát **California** legislativně zakotvil poskytování služeb agentury domácí péče na základě **získané licence** pouze příjemcům příspěvku sociálně znevýhodněným osobám ze systému zdravotního pojištění **Medicare** (Feasley 1996, s. 32).

Agentura domácí péče poskytuje služby seniorům v rozsahu dle jejich zdravotního stavu a je zároveň zapojena do programu přirozeného stáří (**Naturally Occured Retirement Community program**), který byl definován v podkapitole 5.1.1 a v tabulce 11 na s. 194 této práce.

Pokud to zdravotní stav klienta vyžaduje, agentura domácí péče v rámci jmenovaného programu NORC zajišťuje různé typy služeb dle rozsahu zdravotního omezení uživatele. Zdravotním omezením uživatele se myslí **kritérium míry závislosti uživatele** (functional limitations), a to **Assisted Daily Living** a **Individual Assisted Daily Living** (definice viz text dále).

Wunderlich, aj. (2001, s. 27) popisují **Assisted Daily Living (ADL)** a **Instrumental Assisted Daily Living (IADL)** jako hodnotící kritérium při měření míry soběstačnosti klienta, tj. potřebné péče v oblastech při **stravování, chůzi, oblékání, osobní hygienu a přesun ze židle na lůžko a zpět** (Wunderlich, aj. 2001, s. 27).

IADL lze interpretovat jako rozšířenou formu **ADL** pro klienty a zahrnuje více komplexnější služby v oblasti osobní a zdravotní péče pro klienty se střední či vysokou mírou závislosti pomoci na druhých a jejich duševní či fyzický zdravotní stav jim neumožňuje se o sebe postarat.

Feasley (1996, s. 10) upozorňuje na početnou populaci osob s různou mírou snížené mobility, kteří jsou odkázáni na péči druhých. V takové situaci se zapojují aktivně úřady na nejnižší úrovni hierarchie správních celků, např. Odbor sociálních služeb v New Yorku (**Department of Social Services of New York**) se prostřednictvím **Office of Mental Health**¹⁵, který vytváří programy pro různé cílové skupiny klientů, které již nepotřebují nepřetržitou nemocniční péči 24 hodin denně a lze provádět léčbu v jejich domácím prostředí (Sherman, Newman 1988, s. 36). Jedná se tedy o klienty, kteří mohou trpět např. občasnými projevy duševních onemocnění, např. demencí nebo Alzheimerovou chorobou a potřebují částečnou (nikoli úplnou) asistenci s chodem domácnosti a sebeobsluhou.

Tento koncept asistence, tzv. **Assisted Daily Living**, je možné definovat jako koncept osobní asistence v běžném denním životě uživatele Assisted Daily Living. (ADL), tzv. „aktivity běžného dne“. Jedná se např. **dopomoc s oblékáním, podpora při podání stravy, při přesunu z místa na lůžko a zpět na něj nebo dohled nad správným užíváním léků** (Field 1998b online). Dále v rámci osobní hygieny uživatelé potřebují poskytnout podporu při denní očištění či výměnu inkontinenčních pomůcek. Tato forma péče předpokládá zdravotní stav klienta srovnatelný s úrovní

¹⁵ Office of Mental Health lze přirovnat k úseku na sociálním odboru např. Krajského úřadu. Tento úsek by se věnoval problematice klientů s handikepem (Sherman, Newman 1988, s. 36).

závislosti uživatele na péči druhé osoby v rozsahu „žádná“ nebo „mírná“. Klient bývá samostatný a dokáže se o sebe postarat a některé úkony zvládne s dopomocí (např. v rámci poskytovaných služeb osobní asistence programu přirozeného dožití ve stáří - **Naturally Occured Retirement Community Clearview Assistance Program** (Field 1998b online), který také nabízí zdravotní péči (Field 1988b online).

Neumožňuje-li zdravotní omezení klienta se o sebe postarat, může požádat o pomoc s přípravou stravy apod. (Feasley 1996, s. 10). Domácí péči zajišťují jak organizace či rodiny, tak i zahrnuje odbornou lékařskou péči.

Se zvyšujícím se zájmem o domácí péči došlo k přehodnocení zpětné úhrady za poskytování základní lékařské péče v domácnosti a je tedy možné základní domácí péči poskytnout v rámci programu **Medicare**.

Odpovědnost za kvalitu zdravotní péče byla přenesena na obvodní lékaře, kteří se stali **stěžejními koordinátory** při léčbě klientů v domácí péči. Koordinují léčbu uživatele s ostatními poskytovateli péče, a to např. s ambulancí lékařské pohotovosti, nemocnicemi či řídí komunikaci mezi poskytovateli péče, pokud se sami podílejí na péči o klienta (Castle, aj. 2009, s. 45). Jedním z poskytovatelů spolupracujících s obvodními lékaři jsou denní centra pro seniory (tzv. **Adult Day Care**), která v rámci **Supportive Service Program - NORC - SSP** programu (Guo, Castillo 2012, s. 219–220) poskytují širokou škálu odborných zdravotních služeb v rámci např. grantových programů (Cox 2004, s. 76) zaměřených na skupinu seniorů ve vyšším věku, např. **NORC - SSP**.

Nejprve bude v následující podkapitole 5.1.2 v obecné rovině charakterizován model denní péče o seniory (**Adult Day Care**) a následně bude popsáno fungování Adult Day Care na programu komplexní péče o seniory PACE (Program All-inclusive Care for Elderly) a NORC (Naturally Occured Retirement Community program), které jsou soustředěny na osoby s různou mírou postižení. Pro tuto cílovou skupinu lze využít služeb tzv. denní odlehčovací služby, která bude popsána v následujícím odstavci.

5.1.2 Denní stacionáře (Adult Day Care)

Vzrůstá počet osamocенých lidí s tělesným či mentálním postižením, kteří bydlí v domácnosti a potýkají se s projevy deprese či syndromu neutěšených potřeb. Vzniká tak překážka (v možnosti) disponovat stálým pečovatelem z rodinného prostředí, protože tito uživatelé vyžadují celodenní péči (Holley, aj. 2009, s. 1925). První popsany

způsob domácí péče se zaměřil na péči v přirozeném prostředí člověka. Dle Stone (2011, s. 37) došlo v období 2002 až 2010 k nárůstu počtu poskytovatelů denních stacionářů (Adult Day Care) na 4 600 v USA, což je nárůst o 35 procent vůči období před rokem 2002. Dále Stone (2011, s. 23) rozděluje Adult Day Care na dva modely, a to modely **sociální** a **zdravotní** péče poskytované v domácím prostředí nebo v komunitním centru nebo v kombinované formě. 37 % denních stacionářů (Adult Day Care) v USA je zacíleno na domácí péči, 21 % na model sociální péče a 42 % se zabývá kombinovanou formou.

Sociální model zahrnuje v nabídce zdravotně-sociální služby, volnočasové aktivity a zaopatření stravy uživatelům. Rozšířená forma sociálního modelu - tzv. **model zdravotní péče** - spočívá v **dohledu a intenzivním sledování zdravotního stavu uživatele a jeho zapojení v terapeutických činnostech** (Stone 2011, s. 22). Smith (2007, s. 1838) poukazuje na přepracovanost u pečovatелů v domácí péči, což se odráží na kvalitě péče v domácnosti.

Tuto rozpolcenost způsobuje též zvyšující se věk pečovatелů ve věkové hranici mezi 50 až 60 lety a další demografické trendy, např. zvýšená rozvodovost, zvýšený počet bezdětných rodičů (Stone 2011, s. 9). Odlehčením zátěže pracovníků přímé péče mohou být právě sociální programy, jejichž účelem je zmírnit pracovní zátěž pracovníkům v přímé péči, např. se jedná o program PACE, o kterém je podrobně pojednáno dále v textu.

Program komplexní péče o seniory - PACE

Program komplexní péče o seniory PACE (**Program All-inclusive Care for Elderly; PACE**) vznikl ve čtvrti Chinatown v San Francisku v roce 1971 (Kodner 2005, s. 384). Náplní programu PACE - tzv. **Programu všeobecné péče seniorům** je poskytnutí pomoci cílové skupině seniorů ve věku od 55 let. Program pomáhá klientům trpícím chronickým či akutním onemocněním (např. demence) nebo se klient nachází ve stavu „kriticky nemocných“. Rozhodujícím **kritériem** pro **poskytnutí pomoci** z programu PACE se je **nízký příjem klienta** (Stone 2011, s. 85). PACE program dále naplňuje roli **integračního mechanismu** a pomáhá nemohoucím či bezmocným občanům v sociální integraci s místní komunitou (Kodner 2005, s. 386) a tím se snaží oddálit možný návrat uživatelů do institucionálního zařízení. Program PACE je rozšířen do 36 států USA. V roce 2005 měl již 10 523 členů. Leutz (in Kodner 2006, s. 385) považuje PACE

za program, který se soustřeďuje na poskytování paliativní péče pro slabé, bezmocné či klienty.

Podmínkou poskytování modelu péče klientovi je získání nároku na čerpání příspěvků z federálního programu sociálního zabezpečení tzv. „kapitační platby“ z programů Medicare nebo Medicaid (Stone 2011, s. 85). Kapitační platbou se myslí paušální odměna za základní ošetření registrovaného pacienta ve zdravotnickém zařízení za určité období, za které je registrovaný pacient léčen či neléčen. Kapitačním obdobím se může myslet např. rok. Nutno podotknout, že tento paušální výdaj z pohledu pacienta je dále odstupňován dle věku klienta a nelze jej plošně využít ve všech oborech zdravotnictví (Krebs 2007, s. 343).

Srovnávací studie z roku 1998 (Stone 2011, s. 85) porovnávala kvalitu péče v certifikovaných zařízeních péče v rámci programu komplexní péče Program All-Inclusive Care for Elderly, hospitalizačních zařízeních a domovech seniorů. Průzkum se uskutečnil v osmi státech v rámci domácí péče a komunitní péče. Většina klientů uvedla vyšší spokojenost s poskytováním péče v zařízení v rámci programu PACE než v nemocničním zařízení a domovech seniorů (Stone 2011, s. 85).

Dle Národní asociace PACE programu (Kodner 2006, s. 385) lze běžného uživatele programu PACE charakterizovat člověka ve věku 80 let a více a nezvládne samostatně nejméně tři činnosti. Rozsah péče lze sjednat s uživatelem individuálně např. se sociálními pracovníky, lze využít tzv. **integrovanou péči** za účelem zlepšení zdravotního stavu (Leutz in Kodner 2006, s. 385). Integrovaná péče zahrnuje jak **edukativní** činnosti, tak i doplňkové **zdravotní služby** (terapeutické, odlehčovací, rehabilitační služby, služby osobní asistence, aktivizační programy s **cílem sjednotit kvalitu poskytované péče poskytováním jednoho z modelu péče Adult Day Care** (Stone 2011, s. 85). Pro účel edukace a poskytování modelu **komunitní péče** byla zřízena komunitní centra, např. Westerley Adult Day Care ve státě Rhode Island v USA (PACE Organisation of Rhode Island 2016).

Toto komunitní centrum poskytuje denní péči seniorům nejčastěji s **potížemi se sebeobsluhou, a kterým byla diagnostikována např. Parkinsonova choroba, nebo demence** (PACE Rhode Island with Adult Day Care of Westerly 2016). Kromě odborných lékařských služeb tato centra poskytují též edukační služby pro „komunitu“, zejména pro již zmíněné pečovatele, a to ve způsobu v zacházení se seniory. Diskusní skupina zájemců o tuto aktivitu se schází jednou za 14 dní s cílem diskutovat

o tématech, kterými jsou např. komunikační techniky, jednání s náročnými klienty či stres management nebo prevence syndromu vyhoření (PACE Rhode Island with Adult Day Care of Westerly 2016). V závěru této kapitoly je nutno podtrhnout skutečnost, že se Adult Day Care poskytují ambulantní formou tak jako Senior Center - seniorská centra, která jsou popsána v podkapitole 5.1.3.

5.1.3 Seniorská centra (Senior Center)

Záměrem těchto seniorských center je dočasný pobyt seniora po dobu, kdy např. rodinný příslušník potřebuje na nezbytnou dobu zajistit úklid domácnosti nebo nákup léků pro ošetřovaného seniora.

Například Seniorské centrum sv. Samuela v New Yorku se věnuje členům (seniorům) se zájmem o **volnočasové, vzdělávací a společenské** programy s cílem podpořit seniory v rozvoji a dosažení stálého či zlepšujícího se fyzického či psychického zdravotního stavu a lze jej využít v rámci forem péče - domácí péče a komunitního bydlení. Toto komunitní centrum je zaštitěno programem NORC, tzv. Clearview Assistance Program (Field 1998b online). Jedná se o program s nabídkou asistenčních služeb či služeb základního poradenství.

V rámci doprovodných programů tohoto modelu domácí péče si může klient vybrat konkrétní **aktivitu z aktivizačních programů**, na kterou **lze docházet**; např. skupinové cvičení na židli, reminiscenční terapie nebo diskusní kroužky na aktuální témata (Field 1998a online). Seniorská centra též poskytují edukační aktivity, např. formou výletů či kursů počítačové gramotnosti. Program také poskytuje asistenční služby, např. zajištění nákupu či dle potřeby i komunitní centrum zajistí dopravu či základní poradenství v právních záležitostech klienta. Mimo jiné také program zajišťuje odbornou zdravotní péči uživatelům modelu domácí péče (Field 1998b). Přínos v popisu modelu domácí péče o seniory spatřuje autorka v navázání na model založeného na aktivitách pro komunitu, a to modelu tzv. **komunitní péče**.

5.2 Komunitní péče

Kane (2012, s. 6–7) v článku časopisu Generations vydaného Americkou společností seniorů (American Society on Aging) na téma **30 let existence komunitních center a služeb** reflektuje „nedocenenost“ podpůrných služeb v systému dlouhodobé péče a vyzdvihuje (zbytečnou) pochybnost o účelu komunitních center. Zároveň zpochybňuje

skutečnost, že zavedením sociálního systému Medicare a Medicaid došlo ke snadnějšímu přístupu obyvatel k institucionální péči. Upřednostnění této institucionální péče pro klienty vytlačuje alternativní zařízení (mimoinstitutcionální) z transparentního prostředí (Kane 2012, s. 6–7). Mimo jiné Kane (2012, s. 6–7) klade otázku, jak zacházet se seniory, kteří se rozhodli pro čerpání domácí či komunitní, popř. „pěstounské“ péče.

Od 70. let 20. století se právníci bouří proti nedostatečnému financování alternativních modelů péče o seniory, neboť již **v 70. a 80. letech 20. století** bylo 50 procent příspěvků Medicaid (určeného pro sociálně slabé občany) uhrazeno na péči v institucionálním zařízení místo na rozvoj alternativních modelů péče (Kane 2012, s. 7). Tato „křehká“ platforma vzbuzuje hledání odpovědi na otázku, zda odklon od institucionální péče byl již dokonán.

Významnou roli při rozhodování mezi tradičním či alternativním modelem péče o seniory sehrává finanční náročnost péče o seniory. Haeg (2013, s. 241) uvádí, že v roce 2011 činily náklady na jedno lůžko v tradičním modelu (např. domově seniorů) ročně 75 000 dolarů, přičemž certifikované zařízení poskytující službu v modelech domácí či komunitní péče o seniory (viz 5.1.1. až 5.1.3) účtovalo hodinovou sazbu 19 amerických dolarů, což by za cenu nákladů roční tradiční péče v domově seniorů bylo možné poskytnout péči třem uživatelům formou alternativního modelu.

V souvislosti s vývojem modelu komunitní péče o seniory je nutné se zmínit o cílové skupině osob s tělesným či mentálním postižením. V roce 1990 prezident George H. W. Bush podepsal Zákon (o rovnoprávnosti) osob s postižením, tzv. **The Americans with Disabilities Act**, čímž bylo uznáno právo na rovnocennou péči **osobám s postižením**, tak jako osobám bez postižení (Olmstead Rights online).

*Přesto dvěma ženám s tělesným či duševním postižením, bylo i po přijetí tohoto Zákona odepíráno právo na péči v modelu komunitní péče o seniory (Olmstead Rights online). Tato právní žaloba znamenala „revoluci“ v přiznání práv osobám s postižením a zároveň přinesla významnou změnu v nahlížení na tuto cílovou skupinu. Tímto soudním rozhodnutím **Olmstead Decision (1999)**, kterým soud dal za pravdu ženám, se komunitě osob s různým typem postižením otevřela cesta k využití možností modelu komunitního bydlení (Olmstead Rights online). V této kapitole budou dále podrobně prezentovány modely, které lze v komunitním bydlení využít.*

V návaznosti na definici a popis modelu „domácí péče“ o seniory (viz 5.1.1 až 5.1.3) jako jednu z alternativ komunitního bydlení (Cox 2004, s. 64) je podstatné osvětlit základní terminologii k popisovaným modelům **komunitního bydlení**.

Komunitní bydlení spojuje myšlenka „**společného bydlení**“ jedince v rámci skupiny, celku“ (Cambridge University Press 2006, s. 247). Tím se myslí společné bydlení skupiny osob s podobnými či různými zájmy (Cambridge 2006, s. 247) s cílem podpořit integraci jedince v rámci podpůrných či preventivních programů. Preventivní programy se realizují pro seniory bez postižení; ochranné programy pro vážně či (např. chronicky) nemocné; a podpůrné programy pro klienty s lehkým fyzickým či psychickým omezením (Cox 2004, s. 64). Právě komunitní bydlení může být určeno pro široké spektrum cílových skupin. Dle Cox (2004, s. 64) lze programy v rámci komunitního bydlení rozdělit na tři typy dle zaměření konkrétního programu. Jedná se o **domácí péči** (viz podkapitoly 5.1.1 až 5.1.3), dále **komunitní péči** a „**společné bydlení uživatelů (congregate-housing)**“, o kterých bude dále pojednáno v textu.

Komunitní péče je určena pro **komunitu**, kterou lze definovat jako skupinu lidí, kteří jsou označováni jako jeden celek a mohou žít ve sdíleném prostoru z důvodu shodných zájmů či původu nebo etnické příslušnosti (přeloženo z anglického jazyka autorkou, Cambridge 2006, s. 247).

Společné bydlení uživatelů (congregate-housing) vychází z myšlenky samostatného bydlení uživatelů např. v apartmentech, kdy pro tyto uživatele jsou zajištěny fakultativní služby (služby za úhradu) ve sdílených prostorách. Jedná se například o stravování, aktivizační činnosti, zajištění zdravotní péče na specializovaném pracovišti (klinice), které si uživatelé mohou sjednat sami. Příkladem tohoto modelu je tzv. **Nezávislé bydlení seniorů** (Independent Senior Housing), který popisuje kapitola 5.2.5 (Sherman, Newman 1988, s. 13).

Sherman and Newman (1988, s. 13) uvádějí další typy „sdíleného bydlení“, tzv. domovy s asistenční službou, tzv. „**homes for the aged**“, které lze definovat jako domovy s péčí domácího typu, ve kterých jsou poskytovány **služby sociální péče** (Sherman, Newman 1988, s. 13), které zahrnují služby osobní asistence (Zákon č. 108/2006 Sb., § 39, odst. 2, písm. a–g), tj. zajištění osobní hygieny, stravy, ostatní úkony nelékařského charakteru (např. výměna lůžkovin uživatelům). Tyto modely jsou zachyceny v podkapitole 5.2.3 (**Model komunitního bydlení s asistenční**

službou), dále v podkapitole 5.2.4 je zachycen (nízkokapacitní) **model Domova s pečovatelskou službou** (Board and Care homes). Výčet modelů uzavírá model **náhradní péče o seniory Adult Foster Care** (viz podkapitola 5.2.6). Pro ucelený přehled alternativních modelů péče o seniory v USA budou v následující kapitole popsány dva dílčí programy - jeden **podpůrný** (tzv. supportive), tzv. odlehčovací služba (respite care (viz 5.2.1), který je možno využít i v modelu domácí nebo komunitní péče. Následující model, model tzv. „ochranný“, tzv. hospicová či paliativní péče, bude přiblížena v kapitole 5.2.2.

5.2.1 Odlehčovací služba (Respite care)

Cox (2004, s. 78) definuje odlehčovací péči jako **krátkodobou**, poskytovanou péči např. formou programu „denní péče“ o seniory (**Adult Day Care**). V tomto spojení v souvislosti s tématem práce považuje autorka za podstatné vyzdvihnout společenskou roli komunitních center, a to na příkladu programu Naturally Occured Retirement Community (NORC). Základem podpůrného programu je komunita, která pomocí široké škály služeb (např. domácí péče, zajištění přístupu k telefonu či **odlehčovací péče** poskytuje základní informace, poradenství či škálu komunitních služeb, a to uživatelům s různou mírou omezení.

Myšlenku fungování odlehčovací péče na bázi komunitního bydlení dle definice Cox dokládá program NORC, který je intenzivně zapojen v otázce komunitního bydlení ve městě New York. V rámci tohoto programu působí organizace Health Advocates for Older People (Health Advocates for Older People online). Tato organizace **spojuje iniciativu místní komunity, komunitních center či kostelů**, které se stávají těžištěm společenského dění.

V centrech nebo v kostelech se v rámci NORC programu uskutečňují např. akce „**Zdravé stárnutí**“ nebo se v nich organizují aktivizační činnosti a kulturní akce. Předmětem těchto akcí je upevňovat zdravotní stav klienta, přivést jej mezi vrstevníky ve snaze odvést pozornost uživatele z domácího prostředí. Mezi další aktivity programu NORC patří nácvik soběstačnosti klientů. Pracovníci tohoto programu vyhledávají seniory ohrožené sociální izolací a informují seniory o možnostech účasti na aktivitách. Jedná se např. o cvičení jógy v různých podobách nebo pro seniory odkázané na invalidní vozík lze vybírat mezi **cvičením jógy na invalidním vozíku**, a to konkrétně v prostorách komunitního centra v kostele Sv. Josefa. Z nabídky aktivit

lze vybrat např. karetní hru **bridge** či se připojit k diskusi na téma „Jak řešit krizové situace“ (Health Advocacy for Older People 2016).

Nabízejí se též audiocvičení pro zlepšení schopnosti rozumět poslechu. Z dalších aktivizačních činností je možno se zúčastnit tzv. cvičení proti artritidě (Health Advocate for Older People 2016). I přes širokou škálu programů odlehčovací služby napříč USA se tento typ péče potýká s nízkou informovaností mezi pracovníky přímé péče a uživateli. Absence výzkumných studií, které by porovnávaly různé modely odlehčovací služby, vytváří prostor pro nejednotnost v otázce vnímání předmětu, účelu a cíle odlehčovací služby (Montgomery in Kane, Penrod 1995, s. 32). Odlehčovací službu lze poskytovat i mimo domov v zařízeních k tomu určených, tj. externí formou na krátkou či delší dobu. Odlehčovací služba nabízí pobyt formou tzv. **denní péče přes den** (tj. Adult Day Center) či modely **celodenní odlehčovací péče**.

V rámci tzv. **externí spolupráce** s uživatelem poskytují odlehčovací službu již zmíněná denní centra, dále subjekty poskytující pečovatelské služby či domy s rezidentním bydlením (např. assisted living homes, Spada homes - domy pěstounské péče). Odlehčovací péče plní i **preventivní** funkci před opětovným přijetím uživatele do domova seniorů nebo do hospitalizačního zařízení (Cox 2004, s. 78).

Další alternativou péče o uživatele je odlehčovací služba formou pobytové služby pro uživatele s nevléčitelnou nemocí, tzv. paliativní péče, o které bude pojednáno v následující kapitole.

5.2.2 Hospicová a paliativní péče v USA

Hospicová a paliativní péče zaujímá specifické místo v této diplomové práci, protože svým významem dotváří ucelený pohled na různé modely péče pro seniory v USA. V rámci předchozích částí této kapitoly 5.1 byly popsány možné modely péče zejména pro seniory s žádným či mírným nebo středně těžkým zdravotním postižením, kteří mohou čerpat služby lékařského nebo nelékařského charakteru v domácím prostředí nebo v komunitním centru. Paliativní péče spolu s dalšími formami péče o seniory jsou vzájemně propojeny s mnoha lékařskými obory, a proto lze specialisty z oborů komplexní péče (např. geriatricie) právem považovat za poskytovatele péče pro seniory (McSweeney-Feld, Oetjen 2012, s. 82).

Doposud v této práci nebyla věnována pozornost klientům s chronickým, akutním nebo nevléčitelným onemocněním, kteří s ohledem na závažnost jejich onemocnění

nemohou čerpat ambulantní služby, jako jsou denní centra pro seniory či denní péče pro seniory v jejich domácím prostředí. Matoušek (2013, s. 144) uvádí definici výrazu paliativní péče od slova „pallium“, které lze vysvětlit jako prostředek k „zahalení“, ochraně člověka před vlivy snižujícími jeho kvalitu života.

Hospicová péče se zaměřuje na **fyzické, psychosociální, emocionální obtíže pacientů a rodin** (McSweeney-Feld, Otjen 2012, s. 83), jestliže se pacient nachází na sklonku svého života. Terminální stadium nemoci se objevuje u uživatelů s nevyléčitelnými nemocemi, např. s onkologickým onemocněním.

Druhá definice podtrhuje význam hospicové péče - **poskytovat podporu a zajišťovat odpovídající zázemí a péči uživateli v nejvyšší kvalitě** (McSweeney-Feld, Otjen 2012, s. 82).

S umístěním klienta do odpovídajícího zařízení sociálních služeb souvisí i zajištění adekvátní - integrované, tzv. **geriatrické paliativní péče**. Geriatrickou péči definuje anglický slovník synonym jako **odbornou péči pro staré, zejména nemocné jedince** (Walter 2005, s. 531). Nemocné a staré jedince spojuje s hospicovou a paliativní péčí pojem bolest. Lidé ve finálním stadiu života často zaznamenávají projevy žaludeční nevolnosti, zácpy či nechutenství aj. Tyto projevy spojené se zhoršeným zdravotním stavem mohou vyvolávat neklid, podrážděnost nebo stav deprese apod. Omezený sociální kontakt či mobilita, popř. „toulání“ způsobené demencí nebo Alzheimerovou chorobou, může zhoršit i vztah s těmi nejbližšími rodinnými příslušníky (McSweeney-Feld, Otjen 2012, s. 85). Někteří rodinní příslušníci mohou „ulehčovat“ toto nelehké období života svého bližního, který již není schopen navštěvovat své přátele a žít plnohodnotný život (McSweeney-Feld, Otjen 2012, s. 85).

Holley, aj. (2009, s. 1925) poukazují na zvýšenou komorbiditu a syndromy jako je zvýšené riziko upadnutí, inkontinence, popř. často se měnící způsob léčby vyžadující návštěvu více zdravotnických zařízení. Specifickou pozici mají klienti v domácí péči, o které pečují např. rodinní příslušníci, kteří díky nízké kvalifikaci nedokáží zajistit adekvátní úroveň lékařské péče. Tím se určitá část seniorů, zejména komunita Afro-američanů, stává ohroženou skupinou. Jsou umísťováni do zařízení služeb poskytující hospicovou péči, ve kterém jsou jim podávány tisíce léky proti bolesti. Tito uživatelé tak nemohou využít alternativní možnost programu paliativní péče v přirozeném prostředí (PATCH).

Program komplexní paliativní péče (Palliative Access Through Care at Home)

Program komplexní paliativní péče zaměřený na uživatele v domácí péči (Palliative Access Through Care at Home) funguje na principu tzv. „zacházení s bolestí“ (pain management), jehož cílem bylo zaměřit se na klienty s omezeným přístupem k hospicové a paliativní péči. Podmínkou dosažení účasti v programu paliativní domácí péče Palliative Access Through Care at Home (PATCH) byla věková hranice 65 let, účastníci byli zaregistrováni v programu Medicare a obvodní lékař jim diagnostikoval možný projev chronické či nevyléčitelné nemoci (Holley, aj. 2009, s. 1925).

Pain management, tj. zmírnění či předcházení bolesti (McSweney, aj. 2012, s. 84) patří k jednomu z úkolů tzv. **multidisciplinárního týmu**, který tvoří odborníci z oblastí **sociální práce** (sociální pracovník), zdravotní péče (zdravotní sestra) a lékařský specialista v oboru geriatry (geriatr). Multidisciplinární tým působí v rámci programu PATCH a provádí intervence u seniorů, kteří se mohou nacházet v sociálně znevýhodněné situaci (Holley, aj. 2009, s. 1926).

Program PATCH pomáhá lidem s omezeným přístupem k lékařské péči. Rozsah aktivit programu PATCH je znázorněn v tabulce 12, s. 195 v těchto oblastech: **lékařská asistence, sociální šetření v domácnosti, komunikace s klientem a stanovení cílů** (např. lékařského plánu) a **dostupnosti**.

V rámci lékařské asistence expertní tým PATCH např. informuje klienta o frekvenci užívání léků; dále při sociálním šetření vyhodnocuje, do jaké míry se uživatel cítí doma v bezpečí s přihlédnutím na poskytování hospicové či paliativní péče v domácnosti. K tomu zapojuje uživatele do aktivní komunikace ohledně naplnění osobních potřeb a přání. V tomto spojení sehrávají důležitou roli u klienta hodnoty jako spiritualita, lidskost či náboženská víra. Všichni poskytovatelé (např. agentura zdravotní péče, rezidence s asistenční službou) mohou pomoci nevyléčitelně nemocným klientům s překonáním jejich obtížné situace, a to sjednáním návštěvy kaplana a tím umožnit klientovi posílení jeho víry, jak v osobních, tak v náboženských tématech (McSweney-Feld, Oetjen 2012, s. 97). Komunikace znamená důležité hledisko při individuálním plánování frekvence návštěv zdravotních sester či geriatra.

V oblasti paliativní péče sehrává významnou roli komunikační technologie. Uživatel si může sjednat nebo telefonicky zavolat zdravotní pohotovost 24 hod. denně, na které jsou dostupní geriatričtí specialisté (viz tabulka 13, s. 195).

Výsledky studie na téma PATCH v roce 2006 provedené na University of Chicago, kde referovali pečovatelé o obtížnějším přístupu k paliativní péči v době, kdy nebyli zapojeni v programu komplexní paliativní péče (PATCH).

Za silnou stránku programu PATCH respondenti považují výhody poskytované integrovanými lékařskými službami, pokud by se rozhodli pro účast v jiném programu v tzv. finální fázi jejich života (Holley, aj. 2009, s. 1929). Výsledky též ukázaly na obtížnost v udržitelnosti programu vzhledem k narůstajícímu věku populace v USA. Byla vyjádřena obava, že hlavní zdroje financování - grantová podpora ze strany vlády USA a příspěvky na péči pomocí Medicare či podpora z nadací nebudou dostatečné a systém paliativní péče bude muset čelit novým výzvám v hledání ufinancovatelných inovativních (nových) modelů jak v modelu domácí péče, tak v modelu institucionální péče. Autor studie navrhl více přiblížit model hospicové a paliativní péče těm, kteří jsou „odloučení“ od jakékoli lékařské péče (Holley, aj. 2009, s. 1930).

V kapitole 3.3 byly vyjmenovány příklady tzv. ostatního personálu systému dlouhodobé péče, tzv. „multidisciplinární tým“, který sehrává významnou roli při plánování potřebné hospicové či paliativní péče uživatelům v jejich poslední fázi života. Tento multidisciplinární tým disponuje pravomocí doporučit uživatelům jeden z již popsanych grantových programů **Zdravého dožití ve stáří** (NORC) či **programů komplexní péče o seniory** (PACE), popřípadě programem **paliativní péče v domácím prostředí** (PATCH) nebo zváží další z alternativ modelů komunitního bydlení, např. samostatného bydlení s asistenční službou, o kterém bude pojednáno v následující podkapitole.

5.2.3 Model samostatného komunitního bydlení s asistenční službou

V předcházejících částech této kapitoly byly popsány vybrané grantové programy, které lze poskytovat v rámci modelů domácí a komunitní péče, a které si klienti mohli sami sjednat. Zbývající část práce se bude věnovat modelům komplexní péče o seniory, např. samostatným apartmentům, domovům s pečovatelskou službou a pěstounským domovům pro seniory.

První popisovanou formou je obdoba modelu tzv. samostatného komunitního bydlení s asistenční službou, na který navazuje model domovů s pečovatelskou službou tzv. **Board and care homes** (viz podkapitola 5.2.4), které jsou určeny pro klienty s vyšší mírou závislosti uživatele, kteří nejsou oprávněni bydlet v AFC domovech. Další alternativou komunitního bydlení je tzv. samostatné bydlení seniorů v rezidenčních komplexech (**Senior housing**), o které je pojednáno v podkapitole 5.2.5. Nabídku modelů uzavírá tzv. model náhradní péče o seniory (**Adult Foster Care Homes**).

K první jmenované formě komunitního bydlení **Independent Living and Retirement Living** byla záměrně vybraná organizace Boston Center for Independent Living (BCIL) pro popis tzv. „nezávislého bydlení pro seniory“, podporuje princip myšlenky „**komunitního**“ centra.

BCIL sdružuje mladší, střední a starší generaci bez ohledu na věkovou hranici. Dle autorek Sherman a Newman (1988, s. 3) péče o druhé spoluobčany s sebou nese jak filozofický, tak ekonomicko-politický podtext. Filozofický podtext je spojen s úctou a velkorysostí. Těmito pocity si lidé s handicapem dokazují vlastní sebeurčení ve společnosti. Ekonomicko-politický podtext vznáší otázky u osob závislých na péči v podobě „**už bylo o ně dlouho pečováno**“, **za svou situaci jsou sami odpovědní**“ atp.

Těmto předsudkům se snaží Boston Center for Independent Living zabránit vytvořením programů pro mladou generaci, a to dobrovolnickými (mezigeneračními) programy. Zároveň se snaží dotvářet pestrou nabídkou aktivit pro všechny generace a pozitivní atmosféru v komunitě (Boston Center for Independent Living 2016). Komunita zahrnuje i ohrožené skupiny potřebující zvláštní pozornost. Výroční zpráva Boston Center for Independent Living z roku 2015 reflektuje kladnou odezvu na **aktivní spolupráci s handicapovanými klienty a oběťmi sexuálního násilí** (Boston Center for Independent Living 2016). Oběti často nezvládají řešit svou tíživou situaci, a proto mohou využít služeb, které Boston Center for Independent Living nabízí.

BCIL nabízí služby na bázi komunitního centra, a to v oblastech bydlení, finančního a právního poradenství, dopravy, témat spojených s postižením, a to s organizováním činnosti pro skupiny se stejným zájmem. V **oblasti bydlení** je sociálně slabým lidem s postižením **vyplácena finanční sociální podpora** ve výši 30 procent jejich příjmu za předpokladu, že splňují podmínky pro tento příspěvek. V rámci individuálního plánování BCIL spolupracuje s ostatními organizacemi s cílem vytvořit databázi volných domů (realit). Tuto aktivitu může nabízet v rámci programu „**One Care**“, který

je určen pro věkovou hranici 21 až 64 let, tj. i pro seniory. Program je koordinován koordinátory dlouhodobé péče o seniory (Long-Term and Support Coordinator). Jsou to pracovníci BCIL, kteří spolupracují např. s MassHealth (odbor zdravotnictví Department of Health and Human Services státu Massachusetts, USA) nebo Medicare na individuálním plánování, např. zprostředkování lékařských specialistů - zubaře, očního lékaře atp. a dohlíží na naplňování stanovených cílů v individuálním plánu s klientem. BCIL pořádá každou druhou středu v dopoledních hodinách workshopy pro zájemce jak bez postižení, tak ostatní občany, na kterých s nimi konzultuje aktuální nabídky bydlení (Boston Center for Independent Living 2016).

Na tomto příkladu lze prezentovat (dobrovolnou) společenskou odpovědnost, solidaritu a dobrovolnost, která je v americké společnosti pozitivně vnímána. Propojenost vládních, neziskových organizací a společenská odpovědnost občanů se odráží na propracovanosti a široké škále programů nezávislého bydlení (Independent living). **Boston Center of Independent living** zprostředkovává možnosti v zajištění bydlení, pomáhá s prvním kontaktem při hledání bydlení. **Poskytuje služby základního poradenství**, a to informace o větších možnostech sociálního kontaktu nebo i možnosti využití zvýhodněného tarifu regionálního dopravce (tj. Massachusetts Boston Transportation Authority) za účelem dopravy na úřady či právním zástupcem klienta. Sociální kontakt klientům lze zprostředkovat pomocí edukačních programů, např. kurzů vaření či počítačové gramotnosti aj.

Pro klienty s vyšší mírou závislosti jsou v nabídce aktivity pro zvládnání běžného dne (návčik soběstačnosti - např. chůze s pomocí kompenzační pomůcky (chodítka atp.). S nabídkou souvisí i kulturní a etnická diverzita spojená s životním multikulturním stylem americké populace. S touto diverzitou musí pracovat i koordinátoři jednotlivého programu. Program NORC je popisován jako program pro komunitu s důrazem na zajištění základních lékařských a jiných služeb pro místní komunity občanů, zatímco program BCIL nabízí i programy pro oběti sexuálního násilí.

Proto lze popisované programy vnímat jako ilustrativní příklad, jak by komunitní bydlení mohlo fungovat s ohledem na daný region. Lze tedy konstatovat, že „komunitní“ forma komunitního bydlení zajišťuje spíše „denní“ služby oproti jiným modelům „kongregátně - komunitního“ bydlení, tzv. rezidentní/personální péči, která je obdobou domu s pečovatelskou službou, o které bude pojednáno v následující kapitole.

5.2.4 Domov s pečovatelskou službou (Board and Care facility)

Princip „Board and care facility“ spočívá v poskytnutí bydlení (board) a (and) péče (care). Upřesňující definici pojmu „board and care“ nabízí samotná forma péče tzv. domovů s asistenčními službami. Předpokladem pro oprávněné užívání těchto zařízení je vznik nároku klienta na čerpání příspěvků (či penze) ze sociálního zabezpečení. Tento model je poskytován formou pobytové péče osobám, o které se nikdo nemůže postarat (např. opatrovnictví). Jedná se o **noclehárny** či **ubytovací zařízení** pro sociálně slabší vrstvu obyvatel. Tato zařízení poskytují nepřetržitou ošetrovatelskou službu a základní služby jako strava, dopomoc s oblékáním a osobní hygienou atp. Toto zařízení poskytuje lékařské služby ve velmi omezené míře (např. pouze dohled nad podáním léků (Stone 2011, s. 18). Nevýhoda tohoto modelu je v počtu ubytovaných **uživatelů**, což jsou **tři až čtyři** na jednom pokoji.

Do těchto zařízení jsou umísťováni uživatelé, kteří nechtějí být umístěni v domovech seniorů či v AFC domovech nebo nedosáhnou na např. rezidentní bydlení v developer-ských komplexech.

5.2.5 Nezávislé rezidentní bydlení (Independent Senior Housing)

Rezidentní bydlení v seniorské rezidenci je určeno pro cílovou skupinu seniorů od 55 let výše se žádnou nebo lehkou mírou závislosti na pomoci druhých. Jedná se o **typ rezidentního bydlení**, kde si **klient** sám **rozhoduje** o vlastním celodenním programu a **sám** si **nasmlouvá** požadovaný **rozsah služeb**. Tento model je velmi podobný popisovanému modelu v kapitole 5.2.4, liší se ale věkovou skupinou a vyšší mírou soběstačnosti. Příkladem takové rezidence je Atria Palm Beach (viz obrázek 3 a 4, str. 199–200) ve státě California. Jedná se o **rezidenci** formy **nezávislého bydlení** a asistovaného bydlení (**assisted living**). Toto zařízení je držitelem licence pro provozování sociálních a zdravotních služeb pro seniory, kteří se sami rozhodli pro bydlení v samostatných apartmentech (viz Obrázek 3, s. 199).

Apartmenty (viz obrázek 4, s. 200) jsou umístěny v uzavřené rezidenci typu „assisted living“. Jedná se o komplex luxusních a finančně dostupných apartmánů určených pro rezidentní bydlení (Becker, aj. 2002, s. 72), ve kterém si jeho obyvatelé rozhodují o svém životě sami. K vybavení „studia“ patří ložnice, kuchyňská linka a předsíň. U každého apartmánu je připojena zahrádka.

Atria Palm Beach je určena k individuálnímu bydlení **pro seniory od věku 55 let**, kteří se rozhodují mezi opuštěním vlastního bydlení a mezi novým místem k bydlení s větší škálou zdravotní a sociální péče. V této rezidenci je poskytnuta zdravotní a sociální péče, kterou si mohou obyvatelé sjednat sami. Atria Palm Beach nabízí v denním režimu aktivizační programy pro Assisted Daily Living a pro Individual Assisted Daily Living uživatele či lékařskou péči 24 hod. denně, o kterou si může klient sám požádat.

V rámci lékařských aktivit dohlíží lékařský personál na pravidelné podání léků, provádí úkony osobní hygieny (doprovod na toaletu atp.), poskytuje asistenci při sjednávání zdravotních prohlídek u obvodního lékaře v místě rezidence. V rámci osobní asistence je možno na přání uživatele dopomoc při oblékání a koupeli, popř. plánuje taxi pro seniory po různých akcích. Z aktivizačních činností se lze účastnit např. kurzů vaření, užití bazénu atp. (Atria Palm Dessert 2016).

Autorku této práce velmi zaujal dílčí příklad projektu rezidentního bydlení v rezidenci Atria Palm Desert založený na konceptu **rozvoje komunity (Community Development)**, který je podporován U. S. Department of Housing and Urban Development (HUD 2016). Tato vládní instituce se zabývá podpůrnými programy v rámci bytové politiky. Bytová politika vlády USA nabízí mnoho programů k rozvoji komunitních center, např. **Voucher Housing Program**.

Programu Voucher Housing je určen pro sociálně slabé občany a jeho cílem je zmírnit následky sociálního znevýhodnění občanů. Žadatel spolupracuje s HUD a majitelem nemovitosti za účelem pronájmu nebo koupě bytové jednotky či apartmánu. Předpokladem pro čerpání finanční pomoci je souhlas majitele s ubytováním žadatele a jeho zapojení v programu Voucher Housing Program (HUD 2016). V rámci tohoto programu může stát poskytnout finanční podporu v bydlení, jestliže byl senior umístěn proti své vůli např. do institucionálního zařízení (HUD.gov: U.S. Department of Human and Urban Development: Healthcare programs online). Ministerstvo pro místní rozvoj a bytovou politiku USA (**U.S. Department of Housing and Urban Development**) poskytuje i výhodný úvěr seniorovi na zakoupení nemovitosti, který určitou dobu užívá jako sociální bydlení a pokud se rozhodne nemovitost prodat či žadatel zemře, nemovitost bude nabídnuta na trhu realit k témuž účelu.

5.2.6 Formy náhradní péče o seniory v USA

Do tzv. rezidentního bydlení je možné zahrnout více forem, např. náhradní péči o seniory - **Adult Foster Care**, popř. **Assisted Living Facilities**. Adult Foster Care lze charakterizovat jako nízkokapacitní domy náhradní péče o seniory založené na péči o cílovou skupinu uživatelů převážně pro Assisted Daily Living uživatele či uživatele s vyšší mírou závislosti na péči druhých, tzv. IADL (Stone 2011, s. 17).

Stone (2011, s. 18) dále zdůrazňuje **trend komunitního bydlení** spočívající v „**odklonu**“ od poskytování péče pro klienty propuštěné z hospitalizace v **domácím bydlení či v bytovém komplexu**. Jednou z příčin „odklonu“ je problematika financování tradičních a alternativních modelů péče o seniory v USA.

Institucionální péče a komunitní bydlení jsou více podporovány **Medicare** a **Medicaid** než ostatní alternativní bydlení, např. „domácí péče (home care)“.

Stone (2011, s. 18) ve svém přehledu modelů náhradní péče o seniory přináší tři různé modely náhradní péče o seniory, a to domovy náhradní péče o seniory (Adult Foster Care homes), dále tzv. z **Board and care facilities; Assisted living facilities**. Pro účely diplomové práce bude popisován jeden vybraný model, a to „Adult Foster Homes“.

Reinrady a Kane (1999, s. 571) spatřují předmět náhradní péče o seniory (Adult Foster Care) v alternativní formě bydlení pro ty seniory, kteří si raději zvolí jinou než institucionální formu bydlení, aby na domov seniorů nemuseli čekat. Adult Foster Care lze také vnímat jako bydlení pro průměrně vydělávající nebo sociálně slabé občany, jejichž soběstačnost je omezena různým stupněm mentální či fyzické nezpůsobilosti.

Reinrady a Kane (1999, s. 573) dodávají, že pro „náhradní“ péči o seniory neexistuje jednotná definice, což vyplývá z přiřazování výrazů „**rodinné domy s péčí**“, **domy poskytující podporu** (druhým).

Národní studie v roce 1999 (Reinrady, Kane 1999, s. 572) prezentuje definici Adult Foster Care jako nezávislé bydlení pro cílovou skupinu tělesně nebo psychicky postižených uživatelů, kteří potřebují více než „postel a péči“. V praxi se jedná o koncept licencovaného domu pro menší počet osob (tj. 5-6 osob), který vznikl v roce 1981 ve státě Oregon v důsledku nedostatečné kvality péče v domovech seniorů (Reinrady, Kane 1999, s. 573). Specifikace v domovech AFC spočívá

v zakládání běžných rodinných domovů či malých rezidencí (Reinrady, Kane 1999, s. 572), které dávají důraz na zvýšení soukromí, a to např. poskytnutí vlastního pokoje uživateli se sociálním zařízením.

Tento Adult Foster Care dům by měl plně nahrazovat rodinné zázemí těm seniorům, kteří upřednostňují alternativní model bydlení rezidentního typu. V roce 1999 bylo ochotno ve státě Oregon platit za tento typ péče 10 000 uživatelů (Reinrady, Kane 1999, s. 578). **Stát Oregon** je pokládán za **nejvíce rozvinutý** v otázce **změny bydlení z tradičního modelu** (domova seniorů) do **modelu náhradní péče o seniory** (Adult Foster Care).

AFC domov je řízen tzv. manažerem přímé péče („**care managerem**“), který je přítomen v tomto domově s kapacitou 1–2, max. 6 rezidentů, který zastává roli i sociálního pracovníka. Zařízení neposkytuje služby komplexní péče pro závažně nemocné uživatele, jak bylo již v požadavcích na certifikaci zmíněno v kapitole 2.4.1 na příkladu požadavků na certifikaci poskytovatelů státu Michigan (USA). Z tohoto důvodu pro ucelení nabídky alternativních modelů péče o seniory v USA bude popsán model komplexní péče o veterány jako inspirace pro obor ošetřovatelství v ČR.

5.2.7 Geriatrická péče o válečné veterány

Dalším modelem alternativní péče pro veterány je ukázka komplexního integrovaného programu geriatrické péče pro **chronicky nemocné, handicapované válečné veterány**. Geriatrická péče je prováděna v těchto formách (Cifu 2010, s. 65):

- **akutní hospitalizační péče** (acute care hospital), která si žádá léčbu 1-3 týdny, a klientův zdravotní stav neumožňující běžné denní aktivity,
- **odborná centra zdravotní péče**, tzv **Skilled Nursing Homes** nabízí komplexní lékařskou péči, která trvá v rozmezí **3 až 12 týdnů** a klient se léčí např. se středně těžkou mozkovou příhodou,
- **opatrovnická péče**, kdy je klientovi přidělen opatrovník a klientův fyzický a psychický stav se natolik zhoršil, že není schopen svéprávně jednat.

Další je forma, tzv. „**nemocniční péče**“, která vyžaduje rekonvalescenci v délce 2 až 8 týdnů. Odborný lékařský či multidisciplinární lékařský tým provádí např. chirurgické zákroky nebo výměnu endoprotézy atp.

Domácí péče je poskytována **veteránům** za účelem **prevence kardiologických onemocnění**, prodloužení životnosti formou např. kinesioterapie, volnočasové terapie či tréninku paměti. Komplexní péči též mohou doplňovat logopedická cvičení. Předmětem aktivit je též cílená rehabilitační péče dle závažnosti zranění. Lékařská péče také zahrnuje nutné operační zákroky (mimo domov klienta) a následnou práci s klientem za účelem zmírnění bolesti (Cifu 2010, s. 64-71).

Pro veterány jsou zřizována komunitní centra (**Veteran Community Center**) a **Skilled Nursing Facility**, ve kterých mají veteráni možnost využít **ambulantní** či **pobytové služby** s různými **rehabilitačními, aktivizačními** či **edukačními programy**. Během roku 1994 byly schváleny příspěvky válečným veteránům a jejich rodinám, kromě rodin vojáků, kteří již pobírají vojenské výsluhy za činnost v armádě a benefity sociálního pojištění (Social Security Administration 2013, s. 69).

K tomuto tématu existují dva druhy **sociálních programů**, ze kterých lze čerpat sociální příspěvky jako kompenzace za účast ve válečných misích. Posláním prvního programu (**Disability Compensation**) je určen pro veterány, jejichž postižení je spojeno s účastí ve válečné misi (Social Security Administration 2013, s. 69).

Druhý program se nazývá **Service Connected Disabilities** a kompenzuje válečným veteránům formou příspěvku fyzické a psychické zranění dle míry doživotních následků. Výše měsíčního příspěvku se pohybuje od 94 dolarů, až do částky 1 924 dolarů na měsíc, je-li uživatel zařazen do skupiny s úplnou mírou závislosti na druhých (Social Security Administration 2013, s. 69).

Z výše uvedeného modelu péče o válečné veterány v USA vyplývá inspirativní model geriatrické komplexní péče zahrnující krátkodobou, střednědobou a následnou péči, který by mohl být uplatněn na další cílovou skupinu válečných veteránů v České republice a také v péči o seniory v České republice.

6 Modely péče o seniory v ČR

V předchozí kapitole byla pozornost soustředěna na tyto modely péče: komunitní bydlení a domácí péče v USA. Aby mohl být naplněn **cíl práce zjistit teoretická východiska pro možné využití modelů péče v USA v České republice**, budou v této kapitole stručně prezentovány tyto tematické celky: **historický kontext** vzniku modelů péče o seniory v ČR, **demografické trendy** populace seniorů, **legislativní rámec**, **financování sociální péče** o seniory v ČR, dále **standards kvality** péče o seniory, **typy a formy služeb** a modely péče o seniory v ČR.

Předkládaný tematický přehled modelů péče o seniory v ČR lze vnímat jako inspiraci pro zájemce o problematiku péče o seniory v ČR a vztahuje se pouze na výzkumný soubor, se kterým autorka v této práci pracuje. První podkapitola se bude věnovat historickým milníkům péče o seniory v ČR a přiblíží ty nejvýznamnější milníky rozvoje sociální péče v ČR.

6.1 Historické milníky v Evropě a ČR od 18. do 20. století

Tato kapitola se věnuje historickému přehledu modelů péče o seniory v Evropě a ČR v období od 18. do 20. století. Do 18. století byla péče o seniory soustředěna v rámci rodin. Změna z modelu domácí péče na model terénní péče nastala až v 18. století, kdy hrabě Buquoy zabezpečoval ve farních obcích tzv. „chudinské okrsky“ (Vítová in Bicková 2010, s. 19).

Počátky rozvoje komunitního bydlení v 19. století v Rakousku-Uhersku

V 19. století se území dnešního českého státu nacházelo pod nadvládou Rakouska-Uherska, kde církve zakládala prvotní **charitní kongregace** jako **řád věnující se misím**, opatrování, vzdělání atp. (Horáček 1998, s. 696). Poskytování sociálních služeb těmito formami lze v této době spatřit náznaky péče o komunitu (Vítová in Bicková 2010, s. 20). Dále došlo k rozvoji zdravotně-sociální péče a náhradní péče o opuštěné děti. Průlom v rozvoji sociální péče spočíval v zavedení domovského práva, jež obcím ukládalo povinnost se postarat o chudé občany ve starobincích a chudobincích (Vítová in Bicková 2010, s. 20). V péči o chudé a nemocné pokračovala i Alice Masaryková, která se zasloužila o osvětu sociální péče.

Odkaz Alice Masarykové pro sociální práci v ČR v období 1918–1948

Průkopnictví **Alice Masarykové** v sociální péči spočívá v **osvětě zdravotní a sociální péče**. Masaryková založila Československý červený kříž, věnovala se problematice nemajetných a chorých občanů, podporovala vznik sanatorií (Pelikánová, Švehlová 1994, s. 113). Pokračující **rozvoj neziskových a církevních organizací** se zastavil až v období 1940 až 1948 (Vítová in Bicková 2010, s. 21), kdy došlo ke změně politického uspořádání v tehdejší Československu.

Sociální péče v období 1948–1989 v ČR

V souvislosti se změnou politického uspořádání v Československu po roce 1948 převzal stát všechny aktivity v oblasti sociální péče. Problematika sociálních služeb byla transformována do tzv. **národního centrálního plánu péče**. Podstata národního centrálního plánu péče spočívala v centralizovaném převzetí a zajištění kontroly státem nad systémem sociálních služeb a sociálního zabezpečení. V 60. letech 20. století stát obnovil pečovatelskou službu, zřídil doplňkové sociální služby domácí péče. V 70. letech podporoval nárůst zařízení institucionální péče (Bicková 2010, s. 23–25). Tento řízený systém sociální péče setrval až do roku 1989.

Období po roce 1989 následované transformací sociálních služeb v ČR

V roce 1989 došlo v České republice ke změně politického režimu ze socialistického na demokratický. Změna se týkala v přijetí demokratických principů, které se později projeví v oblasti sociální práce. V období 19. století až do roku 1989 byla společnost „formována“ především v oblasti sociálních služeb do institucí (např. do klášterů, kasáren) s ústavními prvky (Vávrová 2012, s. 39–41) a právě předmětem transformace sociálních služeb je odstranění či zmírnění prvků institucionalizace.

Navrátil (1998, s. 40) pojednává o tzv. individualisticko-reformistickém paradigmatu, jehož záměrem je zlepšování sociálních služeb za účelem zvyšování kvality sociální péče. Započatá deinstitucionalizace sociálních služeb v ČR po roce 1989 se zakládá v přeměně modelů péče z ústavního na modely s jednotným legislativním rámcem, a to standardy kvality sociálních služeb obsažených v Zákoně 108/2006 Sb. o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., § 1–120). Zavedením standardů kvality péče sociálních služeb od 1. 1. 2007 se tak otevřela nová etapa systémových změn

v oblasti sociální práce a sociální péče (Čámský, aj. 2011, s. 12–13) a tedy i nové možnosti pro alternativní modely péče o seniory.

Přijetím zákona o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., § 1–120) se **Česká republika zavázala k dodržování mezinárodních úmluv**, a to tzv. **Bílé knihy** či **Listiny základních práv a svobod** (Vávrová 2012, s. 47). Tyto dva dokumenty obsahují výčet základních práv a svobod (např. právo na soukromí), které musí subjekty a poskytovatelé sociálních služeb zohlednit při práci s klientem (Vávrová 2012, s. 47). Vávrová (2012, s. 47) zdůrazňuje význam Goffmanovy typologie organizací se sklony k institucionalizaci, např. v domovech pro zdravotně postižené.

I přes započatou deinstitucionalizaci spatřuje problém v úsilí pracovníků přímé péče izolovat uživatele např. domovů pro zdravotně postižené od sociální integrace, zatímco pracovníci přímé péče jsou plně integrováni v pracovním kolektivu. Dále hovoří o důležitosti role pracovníků přímé péče, kteří mají být klíčovou osobou ve zprostředkování, rozvoji vztahů mezi rodinou uživatele, pracovníka přímé péče a uživatele samotného. Přesto občas pracovníci přímé péče nahlízejí na uživatele jako na „chovance“ a sami zaujímají roli „dohlížejícího personálu“ (Vávrová 2012, s. 40–41).

Přínos deinstitucionalizace sociálních služeb potvrdil první pilotní výzkum provedený ve Zlínském kraji v roce 2008 a 2009. Respondenti ve věku 60 let byli dotazováni na to, zda by upřednostili zařízení sociálních služeb s institucionálními prvky před dožitím ve vlastním přirozeném prostředí. Většina respondentů zatím neuvažovala o bydlení v zařízení institucionální péče, avšak do budoucna by jej neodmítla. Přesto je patrná tendence vzrůstu zařízení služeb pro seniory od roku 2010, která může souviset s demografickým trendem stárnutí populace v ČR (Vávrová 2012, s. 42–43).

6.2 Demografické trendy v ČR

S demografickým ukazatelem **stárnutí** jsou spojovány **faktory stárnutí**, např. **počet osob se zdravotním postižením**. Z demografických trendů či trendů v oblasti tradičního či alternativního bydlení lze predikovat věkovou skladbu uživatelů a s tím spojenou finanční náročností systému sociálních služeb (OECD 2005, s. 99). V letech 2001–2004 byla Organizací pro ekonomickou spolupráci a rozvoj v Evropě (OECD) provedena studie, která zkoumala **podíl obyvatelstva** dvou věkových skupin seniorů,

a to **65 až 80 let a 80 let a výše**. Ve srovnávacím období let 1960–2000 vzrostla věková hranice dožití mužů kolem 65 let z **12,5 %** na **13,7 %**, zatímco ve stejném srovnávacím období u žen dožívajících se věku 60 let byl zaznamenán větší nárůst, a to z **16,1 %** na **20,5 %** (OECD 2005, s. 103).

Jmenovaná studie OECD byla realizovaná v 19 členských zemích OECD a dále ve srovnávacích obdobích 1960–2000 zjistila **nárůst podílu obyvatel nad 80 let** v České republice z **14,0 %** na **17,1 %**. Demografický trend v letech 2000–2040 předpokládá ve srovnávacím období další nárůst populace 80 a více let z **13,3 %** na **30,4 %** (OECD 2005, s. 102). Předpokládá se, že se věková hranice dožití seniorů bude zvyšovat a tendence stárnutí obyvatelstva bude pravděpodobně pokračovat i v následujících desetiletích.

Podobnou domněnku zastává Řezníčková (2016, s. 22–23), že senioři v roce 2050 budou tvořit průměrně 50 % obyvatel českých měst. S demografickými trendy lze vysledovat potřebu optimalizace sítě sociálních služeb, jejichž základní přehled je zahrnut v Zákonu 108/2006 Sb. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 1–121).

S demografickými trendy jsou propojeny legislativní úpravy, které by měly zohlednit potřeby obyvatel. S ohledem na zkoumané téma modelů péče o seniory, budou data použita v závěru práce, kdy se autorka bude snažit odhadnout výhled vývoje sociálních služeb v České republice. Předtím bude představen výčet legislativních norem související s cílovou skupinou seniorů v sociálních službách ČR.

6.3 Legislativní rámec sociálních služeb pro seniory v ČR

Legislativní rámec upravující péči o seniory v České republice zahrnuje totožné oblasti zjištěné ve výzkumu, a to: legislativu, financování, standardy kvality péče o seniory, poskytovatele, klienty a typy a formy péče o seniory, standardy kvality služeb a legislativu zdravotně - sociálních služeb. Za nejdůležitější normy systému sociálních služeb lze považovat:

- **Zákon č. 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře** ve znění pozdějších předpisů v platném znění k datu 30. 7. 2016 upravující výši státních sociálních příspěvků (Zákon č. 117/1995 Sb., § 1–81).

- **Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách** v platném znění k 30. 7. 2016 (Zákon č. 108/2006 Sb., § 1–120),
- **Zákon č. 111/2006 Sb. upravující podmínky pomoci v nouzi** ve znění platnému k 30. 7. 2016 (Zákon č. 111/2006 Sb., § 1–83),
- **Vyhláška č. 505/2006 Sb.**, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách ve znění platnému k 30. 4. 2016 (Vyhláška č. 505/2006 Sb., § 1–41).
- **Zákon č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením**, který stanovuje kritéria pro přiznání příspěvků pro osoby se sníženou mobilitou (Zákon č. 329/2011 Sb., § 1–121),
- **Zákon č. 89/2012 Sb. nový Občanský zákoník** ve znění platnému k 30. 4. 2016 (Zákon č. 89/2012 Sb., § 1–3076).

Výše jmenovaný výčet legislativních norem představuje, které legislativní normy lze v případě potřeby aplikovat na problematiku péče o seniory v ČR. V následující kapitole budou zejména zmiňovány Zákon o státní sociální podpoře č. 117/1995 Sb., dle kterého se stanoví výše příspěvku na péči osobě závislé na pomoci druhých a dále Zákon o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., § 1–§121).

6.4 Financování sociálních služeb

Tato kapitola vymezuje hlavní financování sociálních služeb v ČR, které je rozloženo mezi tyto **příjmy a příspěvky** (Horecký, Herman, aj. 2008, s. 24): Jedná se o příjmy **od zřizovatelů, uživatelů, z veřejného zdravotního pojištění**; taktéž vedlejší příjmy do sektoru sociálních služeb lze doplnit o vypsání dotační a grantové programy, jež mohou přispět k např. k rozšíření služeb zařízení sociální péče (Horecký in Herman, aj. 2008, s. 24).

Samostatnou složku příjmů tvoří **příspěvky samostatných celků** (např. příspěvky (krajů) a **uživatelů** (Horecký in Herman, aj. 2008, s. 24). Specifickou oblast zaujímají granty na rozvoj sociálních služeb či investiční dotace poskytované na základě smluvního vztahu s organizací neziskového sektoru (Liberecký kraj 2016). Výše příspěvku uživatelů se odvíjí dle míry závislosti uživatele na pomoci jiné fyzické osoby. Mírou závislosti na péči se myslí se rozsah **bezmocnosti** (Čámský, aj. 2011, s. 26), kterou zjišťuje **sociální pracovník** v rámci **sociálního šetření při posuzování žádosti**

uživatele o **přiznání nároku na příspěvek na péči**. Žádost uživatele je posuzována dle oblastí uvedených v příslušné legislativě (viz Vyhláška č. 505/2006 Sb.) jako jsou např.: mobilita, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost.

Tento model hodnocení je aplikován v zařízeních sociálních služeb, kdy přiznání příspěvku na péči bývá kritériem při posuzování žádosti do domova seniorů. Zajímavé hodnocení **Mini Data Set** obdobné popisovanému americkému modelu uvedeném v kapitole 2.4.2 přenáší Malíková (2011, s. 206–207) do podmínek v ČR. Zdravotní stav uživatele hodnotí na závislost „**dlouhodobě lehkou závislost (I. stupeň)** či **středně těžkou závislost (II. stupeň)** a označuje ji ADL, zatímco **těžkou závislost (III. stupeň)** či **úplnou (IV. stupeň)** – Instrumental Assisted Daily Living (IADL).

Toto sociální šetření provádí sociální pracovník nebo ve spolupráci se zdravotní sestrou. Malíková (2011, s. 206–207) upřesňuje oblasti testu IADL, což je zjistit míru soběstačnosti uživatele. Topinková (2005, s. 214–216) doplňuje výčet o tyto oblasti o tyto oblasti: domácí práce, nakupování, podání léků, správa financí, schopnost dopravit se na potřebné místo atp. Stručný souhrn úrovní (stupňů) příspěvků je doplněn o finanční částku, která se vyplácí uživateli dle přiznané míry bezmocnosti. Jedná se o tuto skupinu příspěvků na péči (Zákon č. 108/2006 Sb., § 8, písm. odst. 2, písm. a–d):

- **Stupeň I** - dlouhodobě lehká závislost, uživatel je schopen zvládat běžné činnosti.
- **Stupeň II** - středně těžká závislost, uživatel není schopen zvládat šest až sedm základních potřeb dne.
- **Stupeň III** - těžká závislost, uživatel neovládá osm až devět činností běžného dne.
- **Stupeň IV** - z důvodu nepříznivého zdravotního stavu uživatel nezvládá devět a více základních potřeb.

Pro první stupeň závislosti se uživateli přiznává příspěvek ve výši 800 Kč; pro příspěvek „druhého stupně“ závislosti osoby na péči druhých se vyplácí částka 4 000 Kč a pro třetí stupeň částka 8 000 Kč. Pro čtvrtý stupeň se výše příspěvku rovná výši 12 000 Kč (Zákon č. 108/2006 Sb., § 11, písm. a–d).

V závěru této podkapitoly je nutné doplnit, že agendu příspěvků na péči spravuje místně příslušný obecní úřad s rozšířenou působností (Čámský, aj. 2011, s. 27)

ve spolupráci s posudkovým lékařem uživatele. Je-li příspěvek na péči uživateli přiznán, nese s sebou svá omezení v možnostech uplatnění za **základní a fakultativní služby**. **Základní služby** jsou ty služby, které jsou uvedeny v Zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., § 35, odst. a) a jsou hrazeny přednostně z příspěvku na péči. Zatímco fakultativní služby jsou oproti základním službám vždy prováděny za úhradu a na poskytovatele se nevztahuje povinnost tuto službu poskytovat v rámci základní nabídky služeb (Čámský, aj. 2011, s. 2).

Tato hodnotící kritéria, resp. jejich dodržování mohou být předmětem standardů kvality péče o seniory, o které bude pojednávat podkapitola 6.5.

6.5 Standardy kvality sociálních služeb pro seniory v ČR

Standardy kvality péče při poskytování sociálních služeb v ČR lze charakterizovat jako soubor závazných pravidel při poskytování sociálních služeb pro uživatele a poskytovatele. Vyhláška č. 505/2006 Sb. vymezuje **výčet schopností** (oblastí) pro posuzování míry závislosti uživatele na péči druhých (Vyhláška č. 505/2006 Sb., § 41, písm. a–j). Tím se myslí výčet základních kritérií (oblastí), které by uživatel měl v každodenním životě zvládnout. Jedná se například o hybnost, tělesnou hygienu, péče o zdraví atp. (Vyhláška č. 505/2006 Sb., § 3– 35, písm. g). Vyhláška dále obsahuje výčet dílčích aktivit určité sociální služby, které je poskytovatel povinen poskytovat, zaregistroval-li si konkrétní službu v **registru poskytovatelů sociálních služeb** u příslušného úřadu spravující agendu registrací poskytovatelů sociálních služeb. Malíková (2011, s. 132) doplňuje, že tímto se uživateli otevírá možnost na poskytování služeb sociální péče v určité kvalitě.

Mikulková (in Herman, aj. 2008, s. 74–75) definuje pojem kvalita jako „**dělat věci správným směrem**“. Horecký (in Herman, aj. 2008, s. 95) charakterizuje kvalitu jako soubor vlastností a znaků, které je třeba naplnit tak, aby byl splněn požadavek daný zákonem. Předmětem měření kvality jsou oblasti potřeb klienta, např. úroveň péče, bezpečí, cenová přiměřenost péče a spokojenost klienta (Mikulková in Herman, aj. 2008, s. 73–74). Škrála a Škrlová (2003, s. 19) tím myslí **dostupnost, efektivnost, návaznost** na další služby atp. Standardy kvality péče jsou závazné jak pro poskytovatele, tak i pro uživatele. Dle Malíkové (2011, s. 133) je lze vysvětlit jako **závaznou**

normu pro poskytovatele, který přenáší vlastní zodpovědnost v zajištění profesionální, dostupné efektivní a cenové služby. Tato norma je též závazná i pro uživatele.

Přínos Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 1–121) a Vyhlášky č. 505/2006 Sb. (Vyhláška č. 505/2006 Sb., § 1–41) **pro uživatele** spočívá v povinnosti poskytovatele sociálních služeb **zohlednit přání a potřeby uživatelů**, zejména se zájemcem o službu, a to včetně vyjednání rozsahu služeb poskytovaných uživateli (Čámský, aj. 2011, s. 73–120). Tuto oblast spravují standardy č. 1, 2, 3, 4.

Tyto standardy kvality obsahují 15 standardů a dělí se na procedurální, personální a mimořádné (Zákon č. 108/2006 Sb., příloha č. 2). Dle Mikulkové (in Herman, aj. 2008, s. 75) jsou standardy i kritériem posuzování efektivity a prestiže poskytovaných služeb. Ze jmenovaného zákona vyplývají povinnosti jak pro poskytovatele, tak i pro uživatele, o kterých bude pojednáno dále v textu.

6.5.1 Zřizovatelé a poskytovatelé sociální péče v ČR

V souvislosti s poskytováním služeb se subjekty sociálních služeb dělí na **zřizovatele** a **poskytovatele**. **Zřizovateli** zařízení sociálních služeb mohou být MPSV či obce a kraje. Poskytovatelem mohou být subjekty zakládané obcí a krajem či organizace neziskového sektoru nabízející škálu sociálních služeb a jsou-li zároveň držiteli oprávnění k poskytování sociálních služeb (Malíková 2011, s. 58).

V souvislosti s reformou sociálního zabezpečení v roce 2011 diskutují Hejzlarová a Kortusová (2013, s. 5–21) o smysluplnosti lokální „recentralizace“ v otázce převedení kompetencí obcí a měst jako zodpovědných subjektů odpovědných v péči o nesvéprávné občany. Autorky zdůrazňují rozkol ve smyslu tzv. „local welfare state“, kdy více subjektů na lokální úrovni usiluje o **aktivizaci a implementaci sociální politiky** směrem k více cílovým skupinám. Dále rozporují skutečnost, že reforma sociálního zabezpečení zpětně „centralizuje“ péči o seniory na jeden subjekt. Autorky tento krok zdůvodňují **absencí chybějících nástrojů** a snižující se efektivitou v **nejednotnosti vyplácení sociálních dávek sociálního zabezpečení** (Hejzlarová, Kortusová 2013, s. 5–21). S touto oblastí pomáhají formou poradenství organizace v neziskovém sektoru. Příkladem subjektů **neziskového sektoru** v ČR poskytujících sociální služby jsou např. státem uznávané církevní spolky, nadace, nadační fondy, náboženské společnosti, různé spolky atp. (Malíková 2011, s. 58).

V praxi se často uplatňují tzv. **služby následné péče**, tj. sociálně terapeutické činnosti, o nichž bude blíže pojednáno v kapitole 6.7. Spolky a nadace spolupracují s poskytovateli sociální a zdravotní péče. **Zdravotní péči** definuje Jarošová (2007, s. 21) jako péči uživatele v kontaktu se zdravotnickým personálem a rozděluje ji na **primární, sekundární a terciární**.

Primární péče je poskytována ambulantním způsobem (Jarošová 2007, s. 20), nejčastěji formou obvodních praktických lékařů (např. praktičtí lékaři pro dospělé, ostatního zdravotnického a ošetrovatelského personálu v komunitě). Součinnost s primární péčí poskytuje tzv. **sekundární zdravotní péče**.

Sekundární zdravotní péče spočívá v zajištění odborné **nemocniční a specializované** péče kvalifikovanými specialisty v oboru zdravotnictví, například diabetologem, kardiochirurgem aj. (Jarošová 2007, s. 21).

Následnou formu péče, tzv. **terciární péči**, dle Jarošové (2007, s. 21) lze vysvětlit jako komplexní odbornou péči, specializují se na občany např. v terminálním stadiu života. Terciární péči lze kombinovat s formami a typy sociálních služeb (např. hospicová a paliativní péče), které budou samostatně dále popsány dále v textu a kterými se zabývá např. sociální pracovník.

Ostatní poskytovatelé péče o seniory v ČR

Předmětem činnosti sociálního pracovníka je koordinace činností s cílem optimalizovat duševní a sociální zdraví konkrétního uživatele. Používá k tomu jak svou kvalifikaci, tak i legislativní nástroje, spolupracuje se subjekty ze ziskového a neziskového sektoru. Dále aplikuje metodické postupy v praxi a respektuje potřeby uživatele, které zapracovává v praxi (Malíková 2011, s. 86). Při naplňování potřeb uživatelů je však důležité zohlednit také věk, nemoc a další charakteristiky klienta, o kterých pojednává další podkapitola 6.5.2.

6.5.2 Charakteristika uživatele alternativních služeb o seniory v ČR

Tato kapitola popisuje, jak by mohl vypadat uživatel sociálních služeb v České republice. Mühlpachr (in Malíková 2011, s. 14) dělí uživatele do věkových skupin na mladé seniory (65–74 let); 75–84 let (staří senioři) a více než 85 let. S věkem uživatele souvisí i odpovědnost širší rodiny se o seniora postarat. Jeřábek, aj. (2013, s. 72) rozlišují dva modely „přijetí“ péče o seniory, a to **vyjádřením prací**

z lásky ke svému bližnímu (aplikovaný u alternativních modelů péče) a „**model osvobození od péče**“ (aplikovaný u institucionálního modelu péče), který bude vysvětlen dále v textu.

Charakteristika uživatelů služeb alternativního modelu péče v ČR

Koncept „**vyjádření prací z lásky ke svému bližnímu**“ se zakládá na vícegeneračním spolubydlení a myšlence v pokračování péče o seniora jako „povinnost“ moderní společnosti. Péče o seniora spočívá např. ve využití domácí péče nebo v kombinaci s pečovatelskou službou (Jeřábek, aj. 2013, s. 72).

Seniora lze charakterizovat jako jedince se sníženou mírou fyzických a psychických sil (Haškovcová 2010, s. 30). Tím se myslí osoba ve věku 65 let a více, která je dle Pichauda a Thareauové (1998, s. 65) „**sama sobě pečovatelem**“ po dobu, kdy je ještě schopna zvládat úkony osobní péče (Pichaud, Thareauová 1998, s. 65). V jiném případě se senior obrací k „souboru pečujících“. Souborem pečujících může být rodina, ošetřovatelé, dobrovolníci.

Přesto péče o seniora v domácím prostředí vyžaduje vnímavý postoj pečující osoby, aby senior mohl nadále rozhodovat v plné míře o míře podpory, kterou bude v rámci domácí péče požadovat. Senioři se poohlížejí po určité podpoře, nikoli převzetí odpovědnosti pečující osoby za seniora (Pichaud, Thareauová 1998, s. 65).

Senior může pociťovat riziko určitého osamění či nebezpečí, jestliže vztahy v širší rodině jsou různorodé, např. pokud se v rodině vyskytují nevlastní vnoučata. Úroveň vztahů seniora s dětmi se odvíjí od společných pozitivních i negativních prožitků, což se odráží na kvalitě a intenzitě poskytované péče ze strany dětí (Pichaud, Thareauová. 1998, s. 65). Senior vnímá lépe péči od svých blízkých, kteří vstupují do míst např. při doprovodu na toaletu či koupelny, provádí-li senior osobní hygienu.

Obtížně mohou senioři obzvláště v domácí péči vnímat přítomnost pracovníka pečovatelské služby nebo zdravotnický personál. Senior může též objednat odbornou zdravotní péči - např. odebrání biologického vzorku (krve) zdravotní sestrou.

Ženy seniorky, jejichž role většinou spočívala ve vedení domácnosti, mohou pociťovat určitý strach z přítomnosti cizí osoby. Role ženy v historickém kontextu spočívala v jejich samostatnosti a vedení domácnosti, ženy se mohou cítit neužitečné, jestliže najednou musí požádat např. pečovatelku či zdravotní personál o pomoc v jejich

přirozeném prostředí (Pichaud, Thareauová 1998, s. 72–77). Omezené možnosti péče ze strany rodinných příslušníků se mohou odrazit na kvalitě či intenzitě vztahu se seniorem. Vnímání změněného zdravotního stavu může pro rodinu znamenat určitou psychickou zátěž. Zhoršení zdravotního stavu se může projevat ve snížené hybnosti či změnit v pobyt na lůžku, což může způsobovat proleženiny (Pichaud, Thareauová 1998, s. 72).

Zhoršení zdravotního stavu může být způsobeno i stravovacími návyky seniora. Uživatelé, schopní pohybu, kteří vyvinou přes den fyzickou aktivitu např. obstaráním domácího zvířectva nebo prací na zahrádce, přijmou více stravy za den než ležící klienti. Strava seniorů bývá tradiční, avšak někteří senioři mohou trpět poruchou polykání (dysfagií), což vyžaduje zvláštní úpravu stravy. Osamocení senioři v domácí péči mohou dobu stravy vnímat spíše jako podnět k samotě, kterou obtížně zvládají (Pichaud, Thareauová 1998, s. 102). Senioři se žádnou či mírnou závislostí na péči druhé osoby cítí potřebu se sociálně začlenit mezi své vrstevníky formou sociálních či ekonomických a kulturních aktivit (Haburajová Ilavská in Baková, aj. 2015, s. 37).

S narůstajícím věkem se může u seniorů projevit snížená pohyblivost kloubového aparátu. Současně pozvolna přibývají kardiovaskulární nemoci, kterým lze předejít aktivním způsobem života, docházením do sociálně-terapeutických center nebo klubů seniorů. Senioři mohou, bez ohledu na diagnózu (např. různá fáze Alzheimerovy nemoci, demence), procvičovat jemnou motoriku nebo komunikační techniky a zapojit se do paměťových cvičení (Baková 2015, s. 109). Sdílení prožitků či společných zážitků podporuje dle Sýkorové (2007, s. 87) udržení autonomie, čímž se myslí **samostatné rozhodování** či se cítí nebyti ohroženi přemístěním z domácího do **institucionálního** prostředí (Jeřábek, aj. 2013, s. 72).

Dle Jeřábka (Jeřábek, aj. 2013, s. 73) druhý model teorie stáří tzv. - **osvobození od péče o seniory** – spočívá v **přenesení odpovědnosti z rodiny na jiné subjekty** poskytující péči o seniory, např. zařízení sociálních služeb či komunitu. Důvodem přenesení **odpovědnosti na instituci** a s tím spojenou změnu bydlení seniora z alternativního do institucionálního bydlení může být ztráta partnera či finanční náročnost na bydlení (Pichaud, Thareauová 1998, s. 31). Za další příčinu odchodu seniora do institucionální péče může být **pocit osamění** a vstup do zařízení institucionální péče může senior chápat jako selhání vlastních dětí. Lidé v seniorském věku reagují na změnu prostředí různě, protože neradi mění vlastní přirozené prostředí.

V kapitole 6.4 byly vysvětleny výrazy ADL a IADL jako hodnotící kritérium soběstačnosti, od kterého se odvíjí i potřeba seniora v rozsahu do institucionální péče. Jeřábek, aj. (2013, s. 81) kategorizují tyto dva pojmy dle naléhavosti a potřebnosti péče do tří kategorií, a to na **podpůrnou pomoc, významnou pomoc a dílčí péči**, kterou lze změřit dle psychické, sociální a finanční zátěže (Jeřábek, aj. 2013, s. 77).

Senioři v zařízení institucionální péče, např. v domově seniorů spadající do kategorie s lehkou až středně těžkou závislostí (ADL) bývají umístěni do domova seniorů do běžného lůžkového oddělení, zatímco uživatelé s těžkou či úplnou závislostí bývají umístěni do tzv. Domova se zvláštním režimem. Pokud změna bydlení není učiněna z vlastní iniciativy seniora, který si přeje sdílet čas mezi vrstevníky, může v seniorovi objevit pocit protestu, revolty a hněvu, který může vyústit ve vztek či agresi ke spolubydlícím na pokoji domova seniorů (Pichaud, Thareauová 1998, s. 33).

Senioři se často ohlížejí po přijetí a adaptace při jakékoli změně může ovlivnit jejich zdravotní stav (Pichaud, aj. 1998, s. 34). Přijetím může být i seniorovo vyslyšení přání doprovodu na nákup. Senioři odkázaní na péči druhých též vyhledávají příležitost se realizovat. Zejména senioři s tělesným postižením vyžadují respekt k orientaci ve větším prostoru z důvodu použití kompenzační pomůcky (invalidní vozík, chodítka, berle atp.). Senioři dokáže rozrušit i rychlá komunikace ze strany pečujícího personálu, obzvláště mají-li sluchové či zrakové postižení (Novosad 2009, s. 152–155). Poruchy řeči mohou u seniorů jako další typ handicapu být spojené s prodělanou centrální mozkovou příhodou, jež může mít za následky poruchy řeči (Novosad 2009, s. 155).

6.6 Formy a typy sociálních služeb v ČR

Dle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách existují v praxi tři druhy sociálních služeb, a to (Zákon č. 108/2006 Sb., § 32, písm. písm. a–c): **sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence.**

Sociální poradenství se dělí na **základní** a **odborné** poradenství (Zákon č. 108/2006 Sb., § 37, odst. 1, písm. a–b).

Základní poradenství se pojí se službami sociální péče, které budou popsány níže v textu (Schneiderová 2008, s. 9).

Odborné poradenství poskytují specializované poradny – např. manželské, občanské a rodinné. Pro cílovou skupinu seniorů lze odborné poradenství poskytovat

ve **speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicové péče** (Zákon č. 108/2006 Sb., § 37, odst. 2–3). V kapitole č. 3 se autorka této DP zmínila o metodě tzv. odborného poradenství (**counseling**), které nachází český ekvivalent v pojmu fakultativní (doplňkové) odborné činnosti k základnímu poradenství (Schneiderová 2008, s. 8).

Druhá forma služeb, tj. **služby sociální péče**, se člení dle délky pobytu v konkrétním zařízení, a to na ambulantní, pobytové a terénní (Zákon č. 108/2006 Sb., § 32–33):

- **Ambulantní služba** se vyznačuje docházením do konkrétního centra sociálních služeb, např. centra denních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb., § 45). Předmět poskytování služby se zakládá na naplnění účelu služby v podpoře fyzické kondice a duševního zdraví uživatele (Zákon č. 108/2006 Sb., § 45).
- **Pobytová služba** poskytuje lůžko uživateli v zařízení sociálních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb., § 33).
- **Terénní služby** se poskytují „v terénu“, a to v místě přirozeného prostředí uživatele. Nejčastěji využívaná forma terénní služby je pečovatelská služba (Zákon č. 108/2006 Sb., § 33–§ 40).

Služby sociální prevence definuje zákon o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., § 53) jako působení např. azylových domů, domů na půl cesty ke zmírnění projevů sociálního vyloučení a osobám ve znevýhodňujících sociálních podmínkách či v tíživé sociální situaci. Tyto služby lze poskytovat v rámci modelů péče o seniory v ČR, o kterých pojednává následující kapitola.

6.7 Modely péče o seniory v ČR

V této kapitole budou charakterizovány modely domácí péče (6.7.1) spolu s typy zdravotní péče a následně doplněny o vybrané služby zachycené v Zákoně o sociálních službách (Zákon 108/2006 Sb., §1–121) v platném znění k 30. 4. 2016, na který navazuje další model **komunitní péče**, o kterém bude pojednáno v kapitole 6.7.2.

6.7.1 Model domácí péče v ČR o seniory

Jarošová (2007, s. 64) definuje pět druhů domácí péče, a to: **akutní** (domácí hospitalizace), **dlouhodobá domácí péče**, **preventivní domácí péče**, **domácí hospicová péče** a **jednorázovou**.

Akutní domácí péče (domácí hospitalizace) je alternativou pohospitalizační péče a nahrazuje prostředí nemocničního zařízení. Využívá se k doléčení poúrazových stavů a trvá v rozsahu dnů až týdnů (Jarošová 2007, s. 66).

Dlouhodobá domácí péče je určena pro uživatele s chronickým onemocněním, jejichž diagnóza vyžaduje dlouhodobý lékařský dohled s ohledem na zdravotní a duševní stav (Jarošová 2007, s. 66).

Preventivní domácí péči lze charakterizovat jako krátkodobější formu domácí péče. Účel této péče vychází z podstaty slova prevence a provádí ji zdravotnický personál či lékař v pravidelných intervalech monitoringem fyziologických funkcí. Odchytky mimo povolený stav hodnot referuje ošetřujícímu lékaři (Jarošová 2007, s. 66).

Další forma, **domácí hospicová péče** může kombinovat všechny tři výše uvedené formy domácí péče a je určená pro klienty v terminálním stadiu u klientů s předpokládanou dobou dožití do 6 měsíců. V páté kapitole se autorka práce zmínila o tzv. „**zacházení s bolestí**“, neboli pain managementu. Tento výraz má i přesah do prostředí hospicové péče v ČR (Jarošová 2007, s. 66), který zmírňuje strádání uživatele a jeho rodiny v procesu umírání. Významnou roli zde dle Haškovcové (2007, s. 41) sehrává právě paliativní péče, o které bylo už také pojednáno. Dále se zmiňuje o potřebě důstojně vyprovodit zemřelého v přítomnosti blízkých nejlépe v domácím prostředí uživatele.

Domácí zdravotní péče je v České republice stále v počátcích rozvoje. Domácí péče je zajišťována příbuznými, popř. agenturou domácí péče, jednorázově nebo dlouhodobě (Holeksová 2002, s. 85).

Agentura komplexní domácí péče poskytuje klientům odborné a specializované služby a zajišťuje jak **jednorázovou**, tak i celodenní péči. Charakteristikou domácí péče je poskytování zdravotních a sociálních služeb přímo v bydlišti uživatele. Domácí zdravotní péči předepisuje obvodní lékař uživateli či ošetřující lékař se může dostavit k uživateli do jeho domácího prostředí. Domácí péče má také svá omezení a lze ji sjednat po dobu 14 dní, poté rozhoduje o další domácí léčbě praktický obvodní lékař (Holeksová 2002, s. 85).

Služby sociálního poradenství využitelné v modelech sociální péče

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., § 37–51) definuje hlavní oblasti základního poradenství) jako informace poskytnuté osobám, které se nacházejí v sociálně znevýhodněné situaci a potřebují se dozvědět **základní informace o spektru** poskytovaných sociálních služeb, což pro péči o seniory znamená prevenci či zmírnění projevů sociálních nerovností. Poskytnutím základních informací o existenci služby či kontaktním centru osobě v tíživé sociální situaci může pomoci zabránit zhoršení socioekonomických projevů jedince či rodin.

Odborné poradenství vyžaduje **vyšší úroveň odborných znalostí** a zahrnuje sociální práci dle zaměření na konkrétní cílovou skupinu osob (Zákon č. 108/2006 Sb. § 37, odst. 3). Provádí se formou **ambulantní** nebo **pobytové** (např. hospicová péče pro seniory) služby a předmětem této činnosti je zajištění kontaktu uživatele s okolím, podpora v uplatňování práv a základní poradenství v oblasti práva, financí a oblastí denního života (Zákon č. 108/2006 Sb., § 37, odst. 4, písm. a–c).

Služby sociální péče využitelné v modelu individuální péče o seniory

Služba osobní asistence je poskytována v rozsahu klasifikace míry závislosti osoby na péči druhých s žádným či mírným stupněm Assisted Daily Living ADL a osob s tělesným či duševním onemocněním - IADL (Zákon č. 108/2006 Sb., § 39–52).

Pečovatelská služba se poskytuje **ambulantní** nebo **terénní** formou. **Ambulantní** formou se myslí poskytování péče ve sjednaném časovém období, kdy se pečující osoba setrvává v domácnosti uživatele část sjednané doby během dne. Příkladem **terénní služby** jsou pracovníci v sociálních službách, kteří docházejí za uživatelem na základě předem sjednané smlouvy o poskytování sociálních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb., § 39).

Odlehčovací služby

Odborným personálem též disponuje tzv. domov seniorů, který je často nevyhnutelným řešením pro osamocené seniory v tíživé zdravotní sociální situaci (Matoušek 2013, s. 434). Jedná se o **odlehčovací péči** (Vyhláška č. 505/2006 Sb., § 10). **Odlehčovací péči** lze vnímat jako nevyhnutelné alternativní řešení před osamělostí v posledních chvílích života. Nabízí rodinám určité „odlehčení“ od zátěže při péči o svého bližního (Zákon č. 108/2006 Sb., §10, písm. e, odst. 2) a mohou je rodiny uživatelů využít za účelem „odlehčení“ zátěže při péči o svého bližního.

Centra denních služeb

Dovolí-li to zdravotní stav uživatele, může uživatel domácí péči kombinovat s dalšími dvěma typy služeb pro seniory, a to **denním stacionářem** a **denním centrem pro seniory**, které mohou zvýšit rozsah či kvalitu poskytovaných služeb, nad kterou dohlíží kontrolní orgán Asociace domácí péče České republiky (Holeksová 2002, s. 86).

Existují dva druhy stacionářů, a to **denní** a **týdenní**.

Denní stacionáře mohou být poskytovány v rámci modelu komunitního bydlení či jako samostatné subjekty. Jejich náplní je poskytnutí stravy, dopomoc při zvládnání běžných úkonů nebo je možné využít vzdělávacích a aktivizačních aktivit pro seniory (Zákon č. 108/2006 Sb., § 46).

Týdenní stacionáře se věnují péči o seniory s vyšší mírou závislosti, resp. s diagnózou chronického duševního onemocnění. Jedná se o pobytovou službu, která je poskytována v režimu pracovního týdne a víkendy uživatel stráví s rodinou (Zákon č. 108/2006 Sb., § 47). Předmět činnosti spočívá v podpoře samostatnosti uživatele formou nácviku soběstačnosti (pomoc s oblékáním, úklidem či přípravou stravy); aktivity doplňují psychoterapeutické činnosti či asistence při vyřizování osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., § 47).

Denní centra pro seniory jako součást pečovatelské služby je typem ambulantní služby, kam uživatel dochází (Matoušek 2013, s. 432). Tato služba nabízí krátkodobý dohled nad seniorem v denním centru seniorů. Potřebuje-li pečující osoba opustit domácnost a uživatel není schopen se sám o sebe postarat (Hospic sv. Zdislavy 2010).

Denní centra seniorů zajišťují stejný rámec služeb jako týdenní stacionáře pro seniory s širokým spektrem potřeb a mírou závislosti péče na druhých osobách.

Zvýšenou pozornost je třeba věnovat uživatelům s tendencí opouštět domov v důsledku jejich onemocnění. Jarošová (2007, s. 34) doplňuje nabídku stacionářů o tzv. výčet úkonů „koordinované“ péče poskytované ošetřovatelským personálem, a to např. krizové intervence, gerantagogické intervence a poradenství apod.

V závěru k tématu stacionářů pro seniory lze k tématu center pro seniory uvést, že jak denní centra, tak i domácí péče o seniory naráží na nedostatečné legislativní ukotvení a propracovanou metodikou při práci s klienty se specifickými potřebami. Problematika domácí péče je řešena též formou tzv. terénní pečovatelské služby, která

je zřizována charitními organizacemi. Má stejný základ jako pečovatelská služba v domovech s pečovatelskou službou a bude popsána v následujícím modelu komunitního bydlení.

6.7.2 Komunitní bydlení

Komunitní péče v současnosti v ČR je převzata z institucionálního systému před rokem 1989, který dle Jarošové (2007, s. 15) vychází z původní myšlenky zdravotní politiky státu, která se v historickém kontextu vytvářela spontánně.

V současné praxi existují tyto modely komunitního bydlení - model **pečovatelské služby, model domů s pečovatelskou službou či chráněné bydlení a domovy seniorů**.

Pečovatelská služba je charakterizována jako **služba osobní asistence** a dle Zákona č. 108/2006 Sb. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 39) ji lze poskytovat v jakoukoli denní dobu dle potřeb uživatele. Předmětem této služby je poskytovaný rozsah služeb osobní asistence v rozsahu individuálně sjednané služby objednavatelem (uživatel) a poskytovatelem. Službu poskytují terénní pracovníci v sociálních službách (Soukupová in Bicková 2010, s. 48–49).

Ve vztahu k modelu komunitního bydlení, tj. domovům s pečovatelskou službou, se jedná o tzv. podporu samostatného bydlení. Pečovatelská služba je poskytována formou **terénní pečovatelské služby a v domovech s pečovatelskou službou**.

V této souvislosti je nutné se zmínit o tzv. **domovech s pečovatelskou službou** (DPS), kde také pečovatelská služba působí. Zájemce o bytovou jednotku v Domově s pečovatelskou službou uzavírá smlouvu o nájmu bytové jednotky dle Zákona č. 89/2012 Sb., § 2300, nového Občanského zákoníku (Zákon č. 89/2012 Sb., § 2300) mezi uživatelem a Domovem s pečovatelskou službou. Rozsah služeb je sjednáván dle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, a to v rozsahu pečovatelské služby. Jedná se např. o úkony osobní hygieny či podání stravy, které provádí pracovníci v sociálních službách v rozsahu úkonů asistenční služby (Hauke 2014, s. 61).

Domov s pečovatelskou službou by mohl být ekvivalentem amerického modelu rezidentního bydlení s pečovatelskou službou. Ovšem za předpokladu, že by si poskytovatelé tohoto „Domova“ nekladli podmínku k užívání nájemního bytu spolu s čerpáním některých sociálních služeb klientem. Pečující osoba současně přebírá

odpovědnost za nakládání s majetkem pečujícího a je povinna informovat odborný lékařský personál o změně zdravotního stavu klienta (Hauke 2014, s. 65).

V praxi se ukazuje, že někteří uživatelé mohou odmítat nechat o sebe pečovat pracovníky přímé péče, a tím hrozí zanedbání péče o seniora, což může vést ke zhoršení zdravotního stavu do takové míry, který neumožní uživateli po ukončení hospitalizace vrátit se do Domova s pečovatelskou službou. Zhoršující se zdravotní stav může být podnětem k přemístění uživatele z Domova s pečovatelskou službou do Domova seniorů nebo Domu **hospicové péče**. Dále v textu bude popsán domov seniorů a následně hospicová a paliativní péče.

Domovy seniorů lze charakterizovat jako zařízení základní zdravotní a sociální péče s pobytovou službou, ve kterých jsou umístováni senioři s různou mírou závislosti, např. se sníženou mobilitou, jež jsou závislí na dopomoci druhé osoby při běžných úkonech (např. poskytnutí ubytování, osobní hygiena, aktivizační činnosti a stravování (Zákon č. 108/2006 Sb., § 49). Specifický význam domovů seniorů spočívá v zajištění zdravotní a sociální péče a zřízením tzv. **domova se zvláštním režimem** pro uživatele se stařeckou Alzheimerovou nemocí či jiným duševním nebo vážnějším onemocněním (Zákon č. 108/2006, § 49). V současnosti se v rámci deinstitucionalizačních tendencí se pro některé cílové skupiny zřizují pozvolna tzv. „chráněná bydlení“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 51).

Chráněné bydlení lze zřídít jako individuální či sdílené (skupinové) bydlení a jedná se o nízkokapacitní „domov“ se sociálními službami zřizovaný např. v bytových jednotkách či domcích, jejichž chod zajišťují např. neziskové organizace.

Ve chráněném bydlení mohou bydlet uživatelé s mírnější formou duševního či tělesného postižení či onemocnění, kteří nejsou zcela upoutáni na lůžko a jsou schopni částečné sebeobsluhy v běžných denních činnostech (Zákon č. 108/2006 Sb., § 51, odst. 1). Tito klienti potřebují částečnou či úplnou pomoc asistenta chráněného bydlení v některých každodenních činnostech (Zákon č. 108/2006 Sb., § 51, odst. 2, písm. a–d).

K hlavním oblastem péče patří zajištění ubytování, dopomoc při přípravě stravy či asistence při osobní hygieně. Pracovníci v sociálních službách plní i koordinační roli a vytvářejí podmínky pro uživatele v chráněném bydlení (Zákon č. 108/2006 Sb., § 51, odst. 2, písm. a–d). Tráví s uživateli jejich volný čas formou terapeuticko - socializační činnosti či poskytují asistenci formou základního poradenství. Dále se podílejí

na osobním rozvoji uživatelů formou **edukačních aktivit** prostřednictvím nácviků různých činností nebo doprovázejí uživatele na úřady (Zákon č. 108/2006 Sb., § 51, odst. 2, písm. e–h). Tento model alternativní péče je jedním z východisek před umístěním uživatele do zařízení s institucionálními prvky. Autorka práce se domnívá, že někteří uživatelé mohou strávit v zařízeních i celý život a ne vždy si mohou dovolit užívat jiné typy služeb (např. hospicovou a paliativní péči).

Pro uživatele s nevléčitelnou nemocí jsou zřizovány tzv. **Lidové domy dlouhodobě nemocných** a hospicové domy. Dle Holekové (2002, s. 86) a Jeřábka, aj. (2013, s. 53) jsou léčebny dlouhodobě nemocných „finálním místem“ před umístěním do hospicového domu. Holeková (2002, s. 86) toto tvrzení odůvodňuje šancí na doléčení nebo zrehabilitování. Jeřábek, aj. (2013, s. 53) vychází z cyklu „rodina“ - „LDN“ - „**respitní (odlehčovací) péče**“, který doprovází člověka v jeho těžkých chvílích před odchodem ze světa. V těchto chvílích lze využít další možnost, a to např. ambulantní hospicové péče.

Hospicová péče

Domácí hospicová péče byla popsána v sekci 6.7.1 domácí péče, hospicovou péči též může zajistit **agentura domácí péče** (Tomeš, aj. 2015, s. 24). Další typy hospicové péče ambulantní lůžkové formy se přibližují denním stacionářům a fungují na stejném základě jako popsané denní a týdenní stacionáře. Pro klienty s takovým závažným onemocněním a vyšší mírou závislosti jsou zřizovány **lůžkové hospice**.

Lůžková forma se poskytuje spolu s ostatními typy hospicové péče (Zákon č. 108/2006 Sb., § 52). Uživateli v terminálním stadiu života mohou zkvalitnit péči kompenzační pomůcky či pomůcky k zajištění osobní hygieny. Dále hospicové poradenství disponuje proškoleným odborným personálem a umožní rodině přesun z lůžkové části do tzv. rodinných pokojů, kde rodině umožní zachování soukromí v nejtěžších chvílích uživatele (Holeková 2002, s. 87).

Tento typ hospicové péče disponuje i rodinným pokojem vybaveným speciálním polohovacím lůžkem, televizí, kuchyňkou a sociálním zařízením (Hospic sv. Zdislavy 2010). Komplexní geriatrickou péči zajišťují okresní či krajské nemocnice, ve kterých je zpravidla zřízeno institucionální zařízení péče o seniory, tzv. **Lidový dům nemocných** a je tak poskytována intenzivní ošetrovatelská péče, popř. odborná lékařská péče (Hospic sv. Zdislavy 2010).

Paliativní péče

Pojem hospicová péče lze v širší rovině také nazvat **paliativní péčí**. Dle Tomeše, aj. (2015, s. 13) paliativní péče zabírá větší rozsah než hospicová péče a jejím předmětem je poskytnout morální podporu rodinám v těžkých chvílích při péči o bližního.

Lze ji definovat také jako přístup pro zlepšení péče uživatele a zároveň jako předcházení řešení a vyhodnocení možností pomoci jak rodině při péči o uživatele, tak i pomoci uživateli ve zmírnění bolesti. Paliativní péče se dělí na **obecnou** a **specializovanou**.

Obecná paliativní péče je zajišťována v prostředí a zařízení dle potřeb klienta či jednorázově, a to buď obvodními lékaři či agenturami domácí péče (Tomeš, aj. 2015, s. 5). Přesto obecná paliativní péče naráží na neucelené legislativní ukotvení a je vedena dle Zákona o sociálních službách jako **typ odlehčovací služby** (Zákon č. 108/2006 Sb., § 4).

Specializovaná paliativní péče je zajišťována multidisciplinárním týmem, který se snaží o co nejširší využití možností zdravotní a sociální péče (Tomeš, aj. 2015, s. 25). Poskytuje se zejména osobám s nevyléčitelnou nemocí. Za nevyléčitelně nemocné osoby lze považovat dlouhodobě nemocné uživatele, kteří nepotřebují akutní zdravotní péči. V praxi se jedná o tzv. ošetřovatelskou péči dle Zákona o zdravotnických službách (Zákon č. 327/2011 Sb., § 5, odst. 2). Již od roku 2007 probíhají snahy o zanesení paliativní péče do registru sesterských úkonů. Po realizaci pilotního projektu se objevily překážky na straně plátce (zdravotních pojišťoven) v otázce úhrad specializované lékařské péče, a proto paliativní péče nebyla dosud zpřístupněna veřejnosti v rámci systému veřejného zdravotního pojištění.

6.8 Péče o válečné veterány v ČR

Péče o válečné důchodce je legislativně ošetřena Zákonem č. 255/1946 Sb. o příslušnících československé armády v zahraničí a o některých jiných účastnících národního boje za osvobození a příslušnými vyhláškami v platném znění k datu 20. 8. 2016 (Zákon č. 255/1946 Sb., § 1–24).

Péče o válečné důchodce v ČR není komplexně řešena jako v USA a je provozována z důvodu zachování historického odkazu pro další generace. Tuto problematiku zajišťuje Ministerstvo obrany ČR, resp. odbor pro válečné veterány.

Válečným veteránem je ta osoba, která byla profesně aktivní u Ministerstva obrany ČR a v době odchodu do penze disponuje **třetím stupněm závislosti na péči druhých osob** (Ministerstvo obrany 2014). Bohužel není zcela rozvinut systémový přístup zdravotní, rehabilitační a ošetrovatelské péče k této cílové skupině.

Ministerstvo obrany ČR sice poskytuje veteránům **benefity** v podobě **příspěvků na fond kulturních a sociálních potřeb** či možnost sociální pomoci v podobě **dotované stravy** či **pomoci sociálních pracovníků** nebo **terénní pečovatelské služby** (Ministerstvo obrany České republiky 2014).

K hlavní **náplni sociálního pracovníka** patří např. **vyřízení žádosti o příspěvek na péči** či **zajištění rozsahu sociálních služeb**. Sociální péče je řešena ve spolupráci se subjekty poskytujícími sociální lůžka. Pro pobyt je určena Léčebna dlouhodobě nemocných ve Vojenské nemocnici v Praze Střešovicích a léčebna Vojenské nemocnice Olomouc (Ministerstvo obrany České republiky 2014). Veškerý rozsah služeb a postupy ošetrovatelské a sociální péče jsou v souladu se Zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách či Vyhláškou č. 505/2006 Sb. (Vyhláška č. 505/2006 Sb., §1–§ 41).

U bývalých válečných veteránů je podporována rekreační a lázeňská péče v rámci lázeňských zařízení Ministerstva obrany ČR (Ministerstvo obrany ČR 2014). Bohužel autorka nenalezla komplexní program geriatrické péče, který by byl určen pro profesně vysloužilé válečné veterány v ČR a v současnosti je tomuto tématu věnována minimální pozornost. V rámci sociální integrace stále funguje spolek **Československá obec legionářská** (Ministerstvo obrany ČR 2014). Ve srovnání s americkým modelem lze konstatovat, že historickému odkazu válečných veteránů a péči o seniory se věnuje pouze formou sociální péče a občasných edukačních a sociálně-terapeutických aktivit. Dále se lze domnívat, že české společnosti je nedostatečně připomínána role a význam válečných veteránů, jak by si zasloužila.

7 Shrnutí

Tato kapitola shrnuje zjištěné modely péče v USA a ČR a porovnává jejich odlišnosti.

Nabídka modelů péče o seniory ve Spojených státech amerických

Systém dlouhodobé péče o seniory v USA je zajišťován **tradičními** a **alternativními** modely péče. Tradiční modely reprezentují **institucionální** formy péče o seniory, zatímco alternativní formy modelů péče reprezentují **neformální formy** (např. domácí péče) a **komunitní bydlení**.

Mezi **tradiční modely** (institucionální péče) patří **domovy seniorů** a **nemocniční zařízení**.

Alternativní modely zahrnují dvě hlavní oblasti: **neformální péči** a **komunitní péči**.

- **Neformální péči** zastupují tyto typy: **domácí péče** (v domácím prostředí klienta), **denní centra pro seniory**, **denní stacionáře** (např. pro seniory s postižením).
- **Komunitní péči** obsahuje tento výčet modelů: **odlehčovací služba**, **hospicová a paliativní péče**, **samostatné bydlení s asistenční službou**, **domovy s pečovatelskou službou**, **domovy náhradní (pěstounské) péče o seniory** a **komplexní geriatrická péče o válečné veterány**.

Poskytovateli péče jsou jednak státní subjekty a nestátní subjekty, kde významnou roli sehrávají neziskové organizace a charity. Financování sociálních služeb pro seniory v USA je zajišťováno z celkem dvou pilířů veřejného sociálního zabezpečení. V rámci programu Medicare jsou seniorům vypláceny dávky starobního důchodu a z programu Medicaid jsou vypláceny příspěvky na zdravotní, sociální péči sociálně znevýhodněným uživatelům.

Nabídka modelů péče o seniory v České republice

U struktury modelů péče o seniory v ČR lze spatřit odlišnosti ve členění forem a typů péče. Dle platné legislativy existují tři oblasti péče o seniory - **sociální poradenství**, **služby sociální péče** a **služby sociální prevence**. Pro účely práce autorka rozlišuje tradiční modely a alternativní modely.

Institucionální formy představují tradiční modely péče o seniory, zatímco alternativní formy modelů péče zahrnují **neinstitucionální péči** a **komunitní bydlení**.

Mezi institucionální formy péče v ČR patří: **domovy se zvláštním režimem a léčebny dlouhodobě nemocných.**

Alternativní modely zahrnují dvě hlavní oblasti: **neinstitucionální péči a komunitní péči.**

- **Neinstitucionální péče v ČR** je zajišťovaná těmito modely: **domácí péče, služby sociální péče využitelné v modelu individuální péče o seniory, odlehčovací služba, služby osobní asistence (terénní pečovatelská služba), centra denních služeb.**
- **Komunitní péče** obsahuje tento výčet modelů: **domovy seniorů, domovy s pečovatelskou službou, chráněné bydlení a hospicová paliativní péče.**

V současné době prochází sektor sociální péče transformací sociálních služeb. Některá zařízení sociálních služeb prošla již transformačním procesem, a proto je nelze jednoznačně zařadit pouze do jedné formy péče.

Služby tradičních modelů či alternativních jsou financovány z jednoho z pilířů sociálního zabezpečení, a to důchodového pojištění. Dále z dalšího pilíře sociálního zabezpečení určeného na výplatu sociálních dávek a příspěvků na péči osob s různým stupněm závislosti péče na druhé osobě, popřípadě podpořeny účelovými dotacemi na rozvoj sociálních služeb.

Odlišnosti systémů péče o seniory v USA a ČR

Některé modely péče se v obou zemích přibližují, avšak vzhledem k cíli práce popsat alternativní modely péče o seniory v USA a nalézt možnosti přesahu využití těchto modelů v ČR byly zjištěny především odlišnosti mezi systémy dlouhodobé péče. Jedná se o odlišnosti v oblasti **legislativy, financování** a ve **způsobu klasifikace druhů a typů péče o seniory.**

Specifikem modelu komunitní péče v USA je tzv. **model nezávislého bydlení s pečovatelskou službou** fungující na myšlence developerských projektů jako alternativa k domovům s pečovatelskou službou. Dalším specifickým systémem péče o seniory v USA je **existence modelu náhradní (pěstounské) péče o seniory** jako další možnost „domácí komunitní“ péče o seniory, která je poskytována v domácnosti jiných rodin.

Nejvýznamnější odlišnosti v systému dlouhodobé péče o seniory v USA a ČR lze spatřit:

- zejména v širší nabídce alternativních modelů domácího a komunitního bydlení v USA.
- USA disponuje provázanějším systémem financování a alternativami možností zdravotní a sociální péče pro seniory a jejich sociálního zabezpečení než v ČR.
- I přes započatou transformaci sociálních služeb v ČR převládá institucionální model péče zejména z obav finanční náročnosti při zavádění nových alternativních modelů péče.

Závěr

Diplomová práce se zabývala problematikou dlouhodobé péče o seniory. Soustředila se na nabídku modelů péče o seniory v USA s důrazem na alternativní modely. Práce se skládala z několika částí. Stěžejní část práce tvořil teoretický výzkum a přiblížení problematiky různých modelů péče v USA. Práce se také dotkla modelů sociální péče o seniory v ČR, aby bylo možné zjistit možný přesah k využití modelů péče v USA v českém prostředí.

Cílem práce bylo zjistit charakteristiku alternativní péče o seniory v USA s přesahem k využití modelů v České republice. Popis daných modelů byl vytvořen na základě výzkumné metody obsahové analýzy a metody nabalování. Bylo čerpáno ze zahraničních zdrojů (monografií, studií a článků) psaných v anglickém jazyce. Pomocí datových matic byly zjištěny četnosti vztahů mezi hlavními a dílčími tematickými celky.

Zkoumány byly možnosti péče o seniory v USA ve dvou rovinách. V první rovině byly zjištěny dvě „uskupení“ modelů domácí a komunitní péče. Z modelů domácí péče se jedná o péči v domácím prostředí klienta, která je vládou podporovaná prostřednictvím sociálních programů. Ve Spojených státech amerických vzniklo několik druhů sociálních programů, které se zaměřují na dlouhodobou alternativní péči o seniory. Tyto programy se soustřeďují na tři oblasti: domácí péče, komunitní péče a paliativní péče. Stěžejním preventivním programem pro domácí péči je program „přirozeného dožití ve stáří“ (Naturally Occured Retirement Care), oblast komunitní péče postihuje program komplexní péče pro seniory (Program All-inclusive Care for Elderly). Oblasti paliativní péče se věnuje program „Paliativní péče v domácím prostředí“ (Palliative Access Through Care at Home). Skupinu programů doplňuje program komplexní zdravotní péče sociálního poradenství a geriatrické péče o seniory. Tyto programy lze využít formou ambulantní péče nebo v domácím prostředí klienta.

Specifikem modelů komunitní péče v USA je tzv. model nezávislého bydlení s pečovatelskou službou, fungující na myšlence developerských projektů jako alternativa domovů s pečovatelskou službou, kterou si klient sjednává sám. Výše popsané domovy eliminují výskyt prvků institucionalizace a kladou důraz na klientovo soukromí, autonomii a přibližují se co nejvíce domácímu prostředí.

Za zvláštní pozornost stojí existence náhradní pěstounské péče o seniory v bydlišti jiných rodin (Adult Foster Care) a tzv. domov s pečovatelskou službou (Assisted Living Facility) jako jedna z forem nízkokapacitních zařízení, poskytujících péči o seniory v USA. Nabídku programů komunitního bydlení uzavírá program komplexní geriatrické péče o válečné veterány.

Typickým znakem těchto programů je vícezdrojové financování, na kterém se podílí zejména granty. Významný článek financování péče o seniory v USA tvoří systém sociálního zabezpečení tzv. Medicare, ze kterého se seniorům s nárokem na penzi vyplácí dávky starobního důchodu. Dalším prvkem je fond sociální péče Medicaid, jehož účelem je poskytování příspěvku pro osoby s různou mírou závislosti na druhé osobě, čímž představuje určitou „záchrannou síť“ pro osoby sociálně slabé, které v rámci již zavedeného systému zdravotního a sociálního pojištění nesplňují kritéria pro čerpání z programu Medicare. Založení programu Medicaid byla reakcí vlády USA na trend zvyšujícího počtu nepojištěných obyvatel ohrožených chudobou a sociálním vyloučením.

Poskytovateli péče jsou jednak státní či soukromé subjekty. Významnou roli sehrávají neziskové organizace a charity. Jako významnou inspiraci pro české prostředí je možno považovat existenci tzv. Resident Councils, tj. sdružení rodin a uživatelů zařízení sociálních služeb angažujících se v oblasti zvyšování kvality služeb o seniory. Úzká spolupráce těchto iniciativ dotváří pozitivní atmosféru v komunitě, což je dle vlastní zkušenosti autorky podstatou vzájemné solidarity, která v amerických komunitách je zřejmá v každodenním životě. Na základě vlastních zkušeností je možno potvrdit spolupráci různých subjektů komunit, což je v multikulturním prostředí USA významným prvkem ve zkvalitňování systému péče o seniory.

Autorka se domnívá, že na základě zjištěných informací je v prostředí USA mnoho inspirativních prvků ve smyslu alternativních modelů péče, které by přispěly ke zkvalitnění životní úrovně seniorů v České republice. V kontextu současných deinstitucionalizačních tendencí v prostředí ČR by za zmínku stály některé modely komunitního bydlení, a to především asistovaného bydlení pro osoby se zvýšenou mírou závislosti na druhé osobě a také bydlení v samostatných soukromých rezidencích. Právě forma soukromých rezidencí by mohla představovat inovativní vizi pro prožití stáří v prostředí umožňující zachování autonomie každého seniora. S ohledem na sociálně ekonomický status seniorů v České republice se zdá tento model v blízké budoucnosti pro většinu dané cílové skupiny velmi omezený.

Se zřetelem na tyto okolnosti se zdá jako velmi vhodný zejména model náhradní pěstounské péče, který by mohl být v podmínkách České republiky dostupnější pro širší skupinu seniorů. Jeho etablování by samozřejmě vyžadovalo důsledné propracování, popř. i potřebu realizace pilotního projektu a legislativní zaštitění.

Přínos práce je hlavně v jeho inspirativním pojetí ve smyslu přesahu nových alternativních modelů péče o seniory do českého systému sociálních služeb. Další přínos práce spočívá v popsané komplexnosti modelů, jejich řádném propojení s oblastí ekonomiky, marketingu a budování dobrého jména určitého zařízení s dobrou úrovní služeb, čímž nabízí ucelený přehled péče o seniory v zahraničním prostředí. Vzhledem k rozsahu práce se autorka domnívá, že cíl práce byl naplněn. Daný text by mohl posloužit jako cenný zdroj informací pro studenty sociální práce. Autorka textu by velmi ocenila, pokud by daný text našel praktické využití v oblasti péče o seniory v České republice.

Seznam použitých zdrojů

Assistant Secretary for Planning and Evaluation: US Department of Health & Human Services: Supportive services programs in naturally occurring retirement communities appendix 3. comparison of the conceptual model by norc sites [online]. [vid. 18. 07. 2016]. ISSN nedostupné. Dostupné z: <https://aspe.hhs.gov/legacy-page/supportive-services-programs-naturally-occurring-retirement-communities-appendix-3-146186>

Assisted Living Today, 2016. *Assisted Living Today. Home Care Aides/Personal Care Aides Definition* [online]. Aktualizace 17. 3. 2013 [vid. 16. 2 2016].

Dostupné z: <http://assistedlivingtoday.com/2012/01/home-care-aides-personal-care-aides/>

Atria Palm Beach Resort: Moving to senior living community vs. Staying at Home [online]. [vid. 27 2. 2016]. ISSN nedostupné.

Dostupné z: <http://www.atriaseniorliving.com/family-resources/moving-vs-staying>

BECKER, M., aj., 2002. Assisted Living: The Frontier for Mental Health Care? Generations [online], roč. 26, č. 1, s. 72–77 [vid. 26. 02. 2016]. ISSN 0738-7806.

Dostupné z: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/6982889/assisted-living-new-frontier-mental-health-are>

Boston Center of Independent Living, 2016. Annual Report 2015 Addressing Sexual Violence. In: *Annual Report 2015* [online]. [vid. 24. 2. 2016].

Dostupné z: <http://bostoncil.org/publications/>

BICKOVÁ, L., aj., 2010. *Pečovatelská služba v České republice*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-904668-0-7.

BUREAU OF CHILDREN AND ADULT LICENSING, 1994. Licensing rules for Adult Foster Care for large group homes. In: *LARA: Department of Licencing Regulatory Affairs* [online]. s. 4–21 [vid. 12. 05. 2016]. ISSN nedostupné.

Dostupné z: http://www.michigan.gov/lara/0,4601,7-154-63294_27717-327086--,00.html

CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS, 2006. *Advanced Learner's Dictionary*. 3. vyd. Cambridge: Cambridge University Press. ISBN 978-0-52-84379-9.

CARPENTER, I., HIRDES, J. P. 2013. Using interRAI assessment systems to measure and maintain quality of long-term care. In: OECD/European Commission. *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*. Paris: OECD Health Studies, Publishing. s. 93–143 [online]. [vid. 7. 6. 2016]. ISBN 978-92-64-19456-4. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/health/reports/docs/oecd>

CASTLE N. G., FERGUSON J. C., SCHULZ R., 2009. Aging-Friendly Health and Long-Term-Care Services. *Generations* [online], roč. 33, č. 2, s. 44–50 [vid. 17. 2. 2016]. ISSN 0042-4544.

Dostupné z: [http://web.b.ebscohost.com.ipac.kvkli.cz:8080/ehost/results?sid=ca9c3247-bc50-4f5e-bd07-fc1bc097ecb0%40sessionmgr111&vid=2&hid=101&bquery=\(Aging-Friendly+AND+Health\)+AND+\(Long-Term-Care+AND+Services.\)&bdata=JmRiPWE5aCZkYj1idGgmZGI9bmxlYmsmZGI9OGdoJmRiPWx4aCZkYj1id2gmZGxpMD1OTCZkbHYwPVkmZGxkMD1ubGViaYzYw5nPWnzJnR5cGU9MCZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d](http://web.b.ebscohost.com.ipac.kvkli.cz:8080/ehost/results?sid=ca9c3247-bc50-4f5e-bd07-fc1bc097ecb0%40sessionmgr111&vid=2&hid=101&bquery=(Aging-Friendly+AND+Health)+AND+(Long-Term-Care+AND+Services.)&bdata=JmRiPWE5aCZkYj1idGgmZGI9bmxlYmsmZGI9OGdoJmRiPWx4aCZkYj1id2gmZGxpMD1OTCZkbHYwPVkmZGxkMD1ubGViaYzYw5nPWnzJnR5cGU9MCZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d)

Centers for Medicare and Medicaid Services [online]. [vid. 08. 05. 2016]. ISSN nedostupné. Dostupné z: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Paper-Based-Manuals-Items/CMS021929.html?DLPage=1&DLEntries=10&DLSort=0&DLSortDir=ascending>

CIFU, D. X. 2010. Services in the Veterans Health Administration. *Generations* [online], roč. 34, č. 2, s. 64–73 [vid. 27. 03. 2016]. ISSN 0738-7806. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.ipac.kvkli.cz:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=94555dff-feec-4b60-8107-a374f0fde984%40sessionmgr111&hid=110>

COLLINS, S. M., WACKER, R. R., ROBERTO, K. A., 2013. Considering Quality for older adults: A view of two countries. *Generations* [online], roč. 37, č. 1, s. 80–86 [vid. 5. 4. 2016]. ISSN 07387806. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.ipac.kvkli.cz:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=c6c3350c-ff2c-4eee-8456-370c06a83920%40sessionmgr4003&hid=4207>

COLOMBO, F., aj., 2011. Help wanted? Providing and Paying for Long Term Care. *OECD Health Policy Studies* [online]. Paris: OECD Publishing. [vid. 3. 1. 2016]. ISBN 978-92-64-09775-9. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/reports/docs/oecd_help_wanted_en.pdf

COX, C. B., 2004. *Community Care for aging society. Issues, Policies and Services.* New York: Springer Publishing Company, Inc. ISBN 082-61280-41.

ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D., 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi.* 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0027-7.

DOCTEUR, F., Suppanz, H., Woo, J., 2003. *The U.S. Health System: An Assessment and Prospective directions for reform economics department working papers No. 350* [online]. 1. vyd. Paris: Organisation of Economic Cooperation and Development. Economic Department [vid. 17. 7. 2016]. ISBN nedostupné.

Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/fulltext/ul_238.pdf

DOTY, P., 1995. *Family Caregiving and Access to Publicly Funded Home Care. Implicit and Explicit Influences on Decision Making.* In: KANE, A. R., PENROD, J. D., eds. *Family Caregiving in Aging Society.* Thousand Oaks: SAGE Publications. str. 92–122. ISBN 0-8039-5148-5.

FEASLEY, J. C. 1996. *Best at Home: Assuring Quality Long-Term Care in Home and Community-Based Settings.* In: FEASLEY, J. C., ed. *Best at Home: Assuring Quality Long-Term Care in Home and Community-Based Settings* [online]. Washington D.C.: National Academy Press. 50 s. ISBN nevedeno.

Dostupné z: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9063&page=R1

FEDER, J., KOMISAR, H. L., NIEFELD, M., 2000. *Long Term Care In The United States.* *Health Affairs* [online], roč. 19, č. 3, s. 40–54 [vid. 21. 04. 2016]. ISSN 0278-2715. Dostupné z: <http://content.healthaffairs.org/content/19/3/40.full.pdf+html>

FIELD, S. Y., 1998a. *SAMUEL FIELD Y Older Adults and Seniors. The Neighborhood Senior Center: Programs for People Over 60* [online]. [vid. 16. 2. 2016]. Dostupné z: <http://www.sfy.org/older-adults-and-seniors/>

FIELD, S. Y., 1998b. *SAMUEL FIELD Y Clearview Assistance Program (CAP) NORC* [online]. [vid. 16. 2. 2016]. Dostupné z: <http://www.sfy.org/clearview-assistance-program-cap-norc/>

GUO, L. K., CASTILLO, R. J., 2012. *The U.S. Long Term Care System: Development and Expansion of Naturally Occurring Retirement Communities as an Innovative Model for Aging in Place.* *Aging International* [online], roč. 37, č. 2., str. 210–227 [vid. 20. 4. 2016]. ISSN 0163-5158. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.ipac.kvkli.cz:8080/>

ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&id=f272751e-0c22-445e-8133-de681f0a3bbd%40sessionmgr4004&hid=4101

HABURAJOVÁ ILAVSKÁ, 2015. Starnutie populácie jako společenský fenomén. In: BAKOVÁ, aj., 2015. *Vnimanie staroby a starnutia optikou súčasnej spoločnosti*. Praha: Hnutí R. ISBN 978-80-867798-57-8.

HAEG, B., 2013. The Future of Caring for Elders in Their Homes: An Alternative to Nursing Homes. *NAELA Journal* [online], roč. 9, č. 2, s. 237-255 [vid. 29. 02. 2016]. ISSN 1553-1686. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ipac.kvkli.cz:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=8eee994b-d8d1-4e54-ab3b-d55f337ed1b4%40sessionmgr4003&hid=4214>

HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

Health Advocate for Elderly People [online]. [vid. 11. 2. 2016]. ISSN neuveden. Dostupné z: <http://www.hafop.org/seniorhousingopportunities.htm>

HEALTH AND PUBLIC POLICY COMMITTEE, AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, 1986. Home health care. *Annals of Internal Medicine* [online], roč. 105, č. 3, s. 454–460 [vid. 20. 4. 2016]. ISSN 0003-4819.

Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=9&sid=cc80d6ee-3ffb-41d1-8ab3-b6692d20a358%40sessionmgr111&hid=107&bdata=Jmxhbmc9Y3>

HEJZLAROVÁ, E., KORTUSOVÁ, M., 2013. Proměny obcí jako lokálních systémů. In: *Sociální práce*, roč. 16, č. 2, str. 5–21. ISSN 1213-6204.

HORECKÝ, J., 2008. Měření kvality sociálních služeb. In: HERMAN, J., HERMANOVÁ, M., KORECKÝ, J., MIKULKOVÁ, Š., ČERNÝ, M., 2008. *Základy managementu kvality sociálních služeb*. Brno: T.I.G.E.R, s. 95–127. ISBN 978-80-7013-477-1.

HOLEKSOVÁ, T., 2002. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0212-6.

HOLLEY, aj., 2009. Palliative Access through Care at Home: Experiences with an Urban, Geriatric Home Palliative Care Program. *Journal of the American Geriatrics Society* [online], vol. 57, issue 10, s. 1925-1931. ISSN 0002-8614. Dostupné z:

<http://web.b.ebscohost.com.ipac.kvkli.cz:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=7e99d42d-fda8-4914-a0f1-fdf5f8399d2d%40sessionmgr106&hid=123>

HORÁČEK, L., 1998. *Ottův slovník naučný. díl 14. Kartel-Kraj*. Praha: Paseka. ISBN 80-7185-057-8.

Hospic sv. Zdislavy [online]. [vid. 19. 5. 2016]. ISSN nedostupné. Dostupné z: [online]. [vid. 27. 3. 2016]. Dostupné z: <http://www.hospiczdislavy.cz/>

HUD.GOV: Community Planning and Development [online]. [vid. 26. 2. 2016]. ISSN nedostupné. Dostupné z: http://portal.hud.gov/hudportal/HUD?src=/program_offices/comm_planning

HUD GOV: U.S. Department of Human and Urban Development: Healthcare Programs [online]. [vid. 27. 3. 2016]. ISSN nelze zjistit. Dostupné z: <http://portal.hud.gov/hudportal/HUD?src=/hudprograms>

JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2150-7.

JEŘÁBEK, H., aj., 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-7419-117-6.

KANE, R. A., aj., 1991. Adult Foster Care for the Elderly in Oregon: A Mainstream Alternative to Nursing Homes? *American Journal of Public Health* [online], roč. 81, č. 9, s. 1113-1120 [vid. 23. 05. 2016]. ISSN 0090-0036. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=d25dd1a1-e7614166-9aa4-84c006c1323c%40sessionmgr4005&hid=4203>

KANE, R. A., PENROD, J. D. 1995. In Search of Family Caregiving Policy: General Considerations. In: KANE, R. A., PENROD, J. D., eds. *Family Caregiving in an Aging Society: policy Perspectives*. 5. vyd. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc. s. 1–14. ISBN 0-8039-5147-7.

KANE, R. A., ed., 2012. A Thirty Years of Home-and Community-Based Services: Getting Closer and Closer to Home. *Generations* [online], roč. 36, č. 1, s. 6–13 [vid. 23. 05. 2016]. ISSN 0738-7806.

Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.ipac.kvkli.cz:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=1bba69e9-9e91-4131-94ea-4e7f745990a7%40sessionmgr115&hid=118>

KAPP, M., B., 1995. Legal and Ethical Issues in Family Caregiving. In: KANE, A. R., PENROD J. D., eds. *Family Caregiving in aging society*. 5. vyd. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc. s. 123–143. ISBN 0-8039-5147-7.

KIČMEROVÁ, P., 2012. *Péče o seniora v domácím prostředí*. Olomouc. Univerzita Jana Palackého Olomouc. Filozofická fakulta [online]. Bakalářská práce. [vid. 3. 4. 2016]. Vedoucí práce PhDr. Thelenová Kateřina, Ph.D.

Dostupné z: http://library.upol.cz/arl-upol/cs/detail-upol_us_cat-0089357-PecEO SENI ORA-V-DOMaCiM-PROSTrEDi/?disprec=1&iset=1.

KODNER, D. L., 2006. Whole-System Approaches to Health and Social Care Partnerships for the Frail Elderly: An Exploration of North American Models and Lessons. *Health* [online], roč. 14, č. 5, s. 384–390 [vid. 18. 07. 2016]. ISSN 0966-0410.

Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.ipac.kvkli.cz:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=9d894a09-df1a-4b99-a5e2-82191ba71b30%40sessionmgr103&hid=102>

KREBS, V. a kol., 2007. *Sociální politika*. 4. vyd. Praha: ASPI. ISBN 978-80-7357-276-1.

KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2713-4.

LEUTZ, W., 2006. Whole-System Approaches to Health and Social Care Partnerships for the Frail Elderly: An Exploration of North American Models and Lessons. In: KODNER, D., L., *Health* [online], vol. 14, issue 5, s. 384–385. ISSN 0966-0410 [vid. 18. 07. 2016].

Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.ipac.kvkli.cz:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=9d894a09-df1a-4b99-a5e2-82191ba71b30%40sessionmgr103&hid=102>

MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových zařízeních*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, O., aj., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.

McSWEENEY-FELD, M. H., OETJEN, R. 2012. *Dimensions of long term care: an introduction*. 3. vyd. Chicago: Health Administration Press. ISBN 978-1-56793-383-3.

MIKULKOVÁ, Š., 2008. Standardy kvality. In: HERMAN, J., HERMANOVÁ, M., KORECKÝ, J., MIKULKOVÁ, Š., ČERNÝ, M. *Základy managementu kvality sociálních služeb*. Brno: T.I.G.E.R, s. 75–92. ISBN 978-80-7013-477-1.

MINISTERSTVO OBRANY ČR, ODBOR PRO VÁLEČNÉ VETERÁNY, 2014.

Lázně, rekreace a stravování. In: *Ministerstvo obrany ČR, odbor pro válečné veterány* [online].[vid. 3. 7. 2016]. Dostupné z: <http://www.veterani.army.cz/lazne-rekreace-stravovani>

MINISTERSTVO OBRANY ČR, ODBOR PRO VÁLEČNÉ VETERÁNY, 2014.

LDN a sociální lůžka. In: Ministerstvo obrany ČR, odbor pro válečné veterány [online].[vid. 3. 7. 2016]. Dostupné z: <http://www.veterani.army.cz/ldn-socialni-luzka>

MINISTERSTVO OBRANY ČR, ODBOR PRO VÁLEČNÉ VETERÁNY, 2014.

Spolupráce se spolky. In: Ministerstvo obrany ČR, odbor pro válečné veterány [online].[vid. 3. 7. 2016]. Dostupné z: <http://www.veterani.army.cz/spolky>

MINISTERSTVO OBRANY ČR, ODBOR PRO VÁLEČNÉ VETERÁNY, 2014.

Váleční veteráni. In: Ministerstvo obrany ČR, odbor pro válečné veterány [online].[vid. 3. 7. 2016]. Dostupné z: <http://www.veterani.army.cz/valecni-veterani>

MINISTERSTVO OBRANY ČR, ODBOR PRO VÁLEČNÉ VETERÁNY, 2014.

Váleční veteráni. In: *Ministerstvo obrany ČR, odbor pro válečné veterány* [online].[vid. 3. 7. 2016]. Dostupné z: <http://www.veterani.army.cz/valecni-veterani>

MIOVSKÝ, M., 1997. *Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule: snowball sampling*. 1 vyd. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-08-0.

MONTGOMERY, J. V. R., 1995. Examining Respite Care. Promises and limitations. In: KANE, A. R., PENROD J. D. *Family Caregiving in Aging Society*. Thousand Oaks: SAGE Publications. str. 29–45. ISBN 0-8039-5148-5.

MÜHLPACHR, 2011. Péče o seniory v pobytových zařízeních. In: MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních*. Praha: Grada Publishing. s. 14. ISBN 978-80-247-3148-3.

MURAKAMI, Y., COLOMBO, F. 2013. Why the quality of long-term-care matters. In: OECD Health Policy Studies *A Good Life in Old Age? Monitoring and improving quality in long term care* [online]. Paris: OECD Publishing, s. 37–52. [vid. 20. 03. 2016]. ISBN 978-62-94-19452-4.

Dostupné z: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=cs&catId=89&newsId=1920&furtherNews=yes>

MURAKAMI, Y., COLOMBO, F., 2013. Assessment and recommendations. In: *A Good Life in Old Age. Monitoring and Improving Quality in long-term-care*. OECD Health Policy Studies [online]. Paris: OECD Publishing [vid. 3. 6. 2016].

str. 15–33. ISBN 978-92-64-19456-4.

Dostupné z: www.vuspv.cz/webinst.cz/cisconew.htm

NAVRÁTIL, P., 1998. Sociální práce jako sociální konstrukce. In: NAVRÁTIL, P., *Sociologický časopis*. Sociologický ústav Akademie věd České republiky. Roč. 34, č. 1, str. 37–50. ISSN 0038-0288.

NOVOSAD, L., 2009. Poradenství pro osoby se zdravotním postižením a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7.

OECD, 2005. *Long-term Care for Older People*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. ISBN 92-64-00848-9.

OECD/EUROPEAN COMMISSION, 2013. *A Good Life in Old Age? Monitoring and improving quality in long term care* [online]. Paris: OECD Health Policy Studies. OECD, Publishing [vid. 20. 03. 2016]. ISBN 978-62-94-19452-4.

OLMSTEAD Rights: Olmstead V. LC: History and current status [online]. [vid 28. 06. 2016]. ISSN nedostupné. Dostupné z: [http://www.olmsteadrights.org/about-olmstead/#Brief History of Olmstead](http://www.olmsteadrights.org/about-olmstead/#Brief%20History%20of%20Olmstead)

PACE Rhode Island with Adult Day Care of Westerley: share the care [online].

[vid. 20. 2. 2016]. ISSN 0278-2715. Dostupné z: [http://www.pace-ri.org/AdultDay](http://www.pace-ri.org/AdultDayCenterofWesterly/AdultDayCenterofWesterly/tabid/208/Default.aspx)

[CenterofWesterly/AdultDayCenterofWesterly/tabid/208/Default.aspx](http://www.pace-ri.org/AdultDayCenterofWesterly/tabid/208/Default.aspx)

PICHAUD, C., THAREAUOVÁ., 1998. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-184-3.

PELIKÁNOVÁ, ŠVIHLOVÁ, D. 1994. *Alice G. Masaryková. Dětství a mládí - vzpomínky a myšlenky*. Praha, Ústav T. G. Masaryka. ISBN 80-901478-6-0.

PFEIFFER, E., ed., 1973. Alternatives to Institutional Care for Older Americans: Practice and Planning. In: SHERMAN, R. S., NEWMAN, E. S., 1988. Foster families

for adults. *A community Alternative in Long Term Care*. 2. vyd. New York: Columbia University Press. ISBN 0-231-06086-0. s. 21.

POKORNÁ, D., 2011. *Společenská odpovědnost firem a andragogika*. Disertační práce. Olomouc. Autoreferát. [online]. [vid. 13. 4. 2016].

Dostupný z: <http://www.ksoc.upol.cz/fileadmin/ksa/files/pokorna.pdf>.

POOLE, M., 2006. *Segregated Origins of Social Security: African Americans and the Welfare State* [online]. Chapel Hill: University of North Carolina Press. [vid. 21. 1. 2016]. 978-0807877227. Dostupné z: [http://site.ebrary.com/lib/natl/docDetail.](http://site.ebrary.com/lib/natl/docDetail.action?docID=10273431&p00=social%20security%20act)

[action?docID=10273431&p00=social%20security%20act](http://site.ebrary.com/lib/natl/docDetail.action?docID=10273431&p00=social%20security%20act)

REINRADY, J., KANE, A. R., 1999. Choosing an Adult Foster Home or a Nursing Home: Residents' Perceptions about. *Social Work* [online], roč. 44, č. 6, s. 571–585 [vid. 26. 05. 2016]. ISSN 0037-8046.

Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.ipac.kvkli.cz:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=c6c3350c-ff2c-4eee-8456-370c06a83920%40sessionmgr4003&hid=4207>

ŘEZNIČKOVÁ, J., 2016. Evropští senioři se od státu neliší. *Statistika a my* [online], roč. 6, č. 1, s. 22–23 [vid. 18. 4. 2016].]. ISSN 1804-7149.

Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/wp-content/uploads/2016/01/18041601.pdf>

SANETRŇÍKOVÁ, M., 2014. Alternativní modely péče o seniory v USA: rešerše (dokumentografická jednorázová rešerše): evidenční číslo: 26-2014. Liberec: Krajská vědecká knihovna v Liberci, příspěvková organizace [online]. [vid. 3. 5. 2016].

SCHNEIDEROVÁ, A., 2008. *Základy poradenství*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7368-523-2.

SHERMAN, R. S., NEWMAN, E. S., 1988. *Foster families for adults. A community Alternative in Long Term Care*. 2. vyd. New York: Columbia University Press. ISBN 0-231-06086-0.

SINGH, D. A., 2014. *Effective management of long term care facilities* [online]. 3. vyd. Sudbury: Jonet & Barlett Publishers. ISBN 978-128405-2718.

Dostupné z: <https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=r4WXBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=singh,+d.a.+effective+management+of+long+term+care+facilities&>

ots=OYyGVDvrL1&sig=7JAe5G702vbfGNrl-I-CrM583Mw&redir_esc=y#v=onepage&q=singh%2C%20d.a.%20effective%20management%20of%20long%20term%20care%20facilities&f=false

SMITH, P. R. 2007. Aging and Caring in the Home: Regulating Paid Domesticity in the Twenty-First Century. *Iowa Law Review* [online], roč. 92, č. 5, s. 1835–1900 [vid. 26. 02. 2016]. ISSN 0021-0552.

Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ipac.kvcli.cz:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=b9261867-0080-4e63-8642-c1dcc1d768c%40sessionmgr4004&hid=4204>
SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION. OFFICE OF RESEARCH, EVALUATION AND STATISTICS & POLICY ANALYSIS, 1997. Social Security Programs in the United States. In: Social Security Administration. Office of Research, Evaluation and Statistics & policy analysis [online]. Washington DC: Social Security Administration. s. 9–78 [vid. 17. 7. 2016].

Dostupné z: <https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/sspus/index.html>

Social Security Administration: Official Social Security Website, 2010. [vid. 13. 7. 2016] ISSN nedostupné. Dostupné z: <https://www.ssa.gov/history/35act.html>

Social Security Administration: The Official Website [online] [vid. 07. 05. 2016]. ISSN neznámé. Dostupné z: https://www.ssa.gov/OP_Home/handbook/hbkindex-M.html

Social Security Administration, 2016. *Social Security Programs Throughout the World: The Americas, 2015*. In: Social Security Administration [online]. WASHINGTON DC: Social Security Administration Office of Retirement and Disability Policy Office of Research, Evaluation, and Statistics. s. 211–218. [17. 07. 2016]. ISSN nedostupné. Dostupné z: <https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/20142015/americas/ssptw15americas.pdf>

SOUKALOVÁ, L., 2010. *Instituce sociálního zabezpečení v USA*. Masarykova univerzita Brno. Ekonomicko - správní fakulta. [online]. Diplomová práce. [vid. 13. 03. 2016].

Dostupné z: http://is.muni.cz/th/145444/esf_m/Diplomova_prace.pdf

SOUKUPOVÁ, R., 2010. Města a obce - nositelé pečovatelské služby v ČR. In: BICKOVÁ, L., aj., 2010. *Pečovatelská služba v České republice*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. s. 48–49. ISBN 978-80-904668-0-7.

STEVENSON, aj., 1987. *American Life and Institutions*. Stuttgart: Ernst Klett Schulbuchverlage GmbH u. Co.KG., Ústav pro informace ve vzdělávání. ISBN nedostupné.

STEVENSON, D., BRAMSON J., 2013. Long-term care quality assurance in the United States. In: OECD Health Policy Studies. *Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care* [online]. PARIS: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, s. 247–265. [vid. 4. 1. 2016]. ISBN 978-92-64-19456-4. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>

STONE, R. I., 2011. *Long - term care for the elderly*. Washington D. C.: The Urban Institute Press. ISBN 978-0-87766-770-4.

SÝKOROVÁ, D., 2007. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-86429-62-5.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2003. 1. vyd. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent - Orion. ISBN 80-7172-841-1.

TAKAGI, E., DAVEY, A., WAGNER, D., 2013. A National Profile of Caregivers for the Oldest-Old [online]. *Journal of Comparative Family Studies* [online], rok 44, č. 4, s. 454–460 [vid. 7. 02. 2016] ISSN 0047-2328.

Dostupné z: [http://web.b.ebscohost.com.ipac.kvkli.cz:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=a943d8e4-d17f-49e3-a13d-7ed476cf8768%40sessionmgr198&hid=116](http://web.b.ebscohost.com/ipac.kvkli.cz:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=a943d8e4-d17f-49e3-a13d-7ed476cf8768%40sessionmgr198&hid=116)

THE NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCE, ENGINEERING AND HEALTH. HEALTH AND MEDICINE DIVISION, 2016. *About HMD* [online]. [vid. 27. 03. 2016]. ISSN nedostupné. Dostupné z: <http://www.nationalacademies.org/hmd/About-HMD.aspx>

THELENOVÁ, K., 2014. *Peter Jarvis – přehled a vývoj teorie*. Disertační práce. Olomouc. Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta. Katedra sociologie, andragogiky, kulturní antropologie [online]. [vid. 13. 8. 2016].

Dostupný z: [http://www.theses.cz/id/31obeb/Disertan_prce_Thelenov.pdf?furl=%2Fid%2F31obeb%2FDisertan_prce_Thelenov.pdf;so=nx;lang=en;info=1;isslhret=soci%3B; zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dsoci%26start%3D50](http://www.theses.cz/id/31obeb/Disertan_prce_Thelenov.pdf?furl=%2Fid%2F31obeb%2FDisertan_prce_Thelenov.pdf;so=nx;lang=en;info=1;isslhret=soci%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dsoci%26start%3D50)

TOMEŠ, I., aj., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Nakladatelství Univerzita Karlova. ISBN 978-80-246-2941-4.

The Official Website of the Executive Office of Health and Human Services. Health and Human Services, Departments & Division, 2016. In: Mass.gov [online]. [vid. 17. 7. 2016]. ISSN nedostupné. Dostupné z: <http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/>

The Official Website of the Executive Office of Health and Human Services: Department of Mental Health. Departments and Divisions (DMH) Offices, 2016. In: Mass.gov [online]. [vid. 17. 7. 2016]. ISSN nedostupné. Dostupné z: <http://www.mass.gov/eohhs/provider/guidelines-resources/clinical-treatment/mental-health/dmh-offices>

The Official Website of the Executive Office of Health and Human Services: Department of public health. In: Mass.gov [online]. [vid. 17. 7. 2016]. ISSN nedostupné. Dostupné z: <http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/dph/>

The Official Website of the Executive Office of Elder Affairs. Executive Office of Elder Affairs. In: Mass.gov [online]. [vid. 17. 7. 2016]. ISSN nedostupné. Dostupné z: <http://www.mass.gov/elders/>

The Official Website of the Executive Office of Health and Human Services. Health and Human Services. Department of Public Health Open Meeting Notices [online]. [vid. 15. 7. 2016]. ISSN nedostupné. Dostupné z: www.mass.gov/eohhs/gov/departments/dph/department-of-public-health-open-meeting-notices.html

TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-72623656.

U.S. Department of Health and Human Services: Administration of Community Living: [online]. [vid. 27. 3. 2016]. ISSN 1802-4785. Dostupné z: <http://www.aoa.gov/>

U.S. Department of Health and Human Services: HHS Strategic Plan: FY 2014–2018 [online]. [vid. 27. 3. 2016]. Dostupné z: <http://www.hhs.gov/about/strategic-plan/index.html>.

VÁŇOVÁ, H., SKOPAL, J., 2007. *Metodologie a logika výzkumu v hudební pedagogice*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova. Karolinum. ISBN 978-80-246-1367-3.

VÁVROVÁ, S., 2012. Pobytové služby pro seniory se zdravotním postižením jako totální instituce. *Sociální práce* [online], roč. 12, č. 4, s. 39–46 [vid. 2. 6. 2016]. ISSN 1213-2604.

Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=2&podsekce=&ukol=1&id=50>

VÍTOVÁ, M., 2010. *Milníky vývoje terénní péče v ČR do roku 2006*. In: BICKOVÁ, L., aj., *Pečovatelská služba v České republice*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, s. 19–28. ISBN 978-80-904668-0-7.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 164, s. 7021–7048. ISSN 1211-1244.

WALTER, E., 2005. *Cambridge advanced learner's dictionary*. 2. vyd., Cambridge: Cambridge University Press. ISBN 0-521-60499-0.

WUNDERLICH, G. S., KOHLER, P., 2001. *Improving the Quality of Long Term Care*. Washington, D. C.: National Academy Press. ISBN 0-309-064498-8.

Zákon č. 255/1946 Sb. Zákon o příslušnících československé armády v zahraničí a o některých jiných účastnících národního boje za osvobození. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1946, částka 107, s. 1677-1366. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře v platném znění upravující výši státních sociálních příspěvků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 31, s. 1634-1653.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1280. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1305-1328. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, který upravuje podmínky příspěvků pro osoby se sníženou mobilitou a sníženou mobilitou, In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 115, s. 3970-3994. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 372/2011 Sb. o Zdravotních službách a jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 89/2012 Sb. Nový občanský zákoník v platném znění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 33, s. 1026-1366. ISSN 1211-1244.

Seznam příloh

Příloha 1 Předvýzkum diplomové práce	152
Příloha 2 Přehled tematických celků monografie č. 1 pro předvýzkum.....	156
Příloha 3 Přehled tematických celků monografie č. 2 pro předvýzkum.....	160
Příloha 4 Rešerše Alternativní modely péče o seniory v USA.....	164

Příloha 1 Předvýzkum diplomové práce

Předvýzkum je zaměřen na zjištění hlavních tematických celků (oblastí) a jejich kategorií ve vztahu k tématu alternativních modelů péče o seniory v USA. Současně zkoumá proveditelnost výzkumné metody, a to kombinaci výzkumných metod obsahová analýza a metoda nabalování (kvalitativního výzkumu) a kvantitativního výzkumu.

Předvýzkum zahrnuje šest dílčích částí, a to cíl, popis výzkumné metody; vymezuje plán výzkumu (tj. výzkumný problém, cíl výzkumu, výzkumné otázky). Dále popisuje zkoumaný vzorek monografií, metodu a techniku sběru dat. Na tyto etapy navazuje analýza dat dle předem stanovených kritérií.

Cíl předvýzkumu, sběr dat, základní a výběrový výzkumný vzorek

Cílem předvýzkumu je zjistit hlavní tematické celky a jejich kategorie ve vztahu k tématu různé alternativní modely péče o seniory v USA. V rámci předvýzkumu byly stanoveny etapy vymezení zkoumaného vzorku, technika sběru dat a popis etapy výzkumu. Předmět a cíl výzkumu byl stanoven v úvodu této podkapitoly. Data byla shromažďována dle předem stanovených kritérií, a to klíčových slov **dlouhodobá péče (neinstitucionální formy), modely péče o seniory, pěstounská péče o seniory.**

Dle těchto klíčových slov byla provedena rešerše katalogů a dalších zdrojů. Jedná se o tištěné a elektronické zdroje dostupné v tuzemských a zahraničních knihovnách a katalozích zahraničních knihkupectví.

Dále autorka práce uskutečnila několik osobních návštěv v knihovně Lékařské fakulty univerzity Regensburg (Lesesaal Klinikum Universitätsbibliothek Regensburg) a analyzovala dostupné zdroje v katalozích knihoven dle klíčových slov. V první fázi se zaměřila na zdroje v tištěné podobě, jejichž výčet je uveden v tabulce č. 1 (Rešerše tištěných zdrojů předvýzkumu).

Následně byly analyzovány elektronické zdroje: **oficiální webové stránky vládních institucí USA a elektronických databází tuzemských a zahraničních knihoven,** a tento seznam uvádím v tabulce č. 2 (Rešerše elektronických zdrojů předvýzkumu).

Po provedení rešerše katalogů jmenovaných knihoven a databází lze konstatovat, že dostupnost tištěných knih a elektronických zdrojů vztahující se k tématu práce

je v českém prostředí limitovaná. Tabulka 1 a tabulka 2 ukazují zejména na větší dostupnost zahraničních zdrojů v zahraničí než v České republice. Z tohoto důvodu byla rešerše rozšířena o zahraniční zdroje v zahraničních knihovnách a knihkupectvích.

Pro předvýzkum autorka vybrala tři vlastní monografie **Adult Foster Care for adults. A Community Alternative in Long Term Care** (Sherman, Newman 1988), dále knižní titul **Long Term Care for elderly** (Stone 2011) a monografii **How to find the best care for the parent** (Spada 2011). Tyto knihy byly nalezeny rešerší elektronických knižních katalogů dostupných v knihkupectví Pustet Regensburg a Thalia ve městě Zittau dle předem vybraných tematických okruhů (tj. **náhradní péče o seniory, péče o seniory a dlouhodobá péče**). Dalším kritériem rešerše předvýzkumu bylo vymežující místo vydání v USA, popř. zda vznik knihy byl podpořen odbornou studií či výzkumem na téma **dlouhodobá péče** o seniory obsažené v monografii či popisu existujícího projektu domácí péče o seniory v praxi (např. viz Graf 1.1 Procentuální podíl obyvatelstva na dlouhodobé péči dle věkových skupin (Stone 2011, s. 4).

Po prostudování obsahu výše jmenovaných monografií v kontextu klíčových slov a všech kritérií byl pro výzkumnou část předvýzkumu stanoven výběrový výzkumný vzorek v počtu dvou monografií od autorů Newman, Sherman (1988) a Stone (2011). Data byla sesbírána pomocí výzkumné metody obsahové analýzy, seznam hlavních tematických celků, jejich nadpisů a dílčích částí kapitol v textové podobě, jež uvádím v přílohách č. 2 a č. 3 této práce.

Výzkumné metody

Předvýzkum má pomoci najít odpověď na otázku, které hlavní tematické celky (oblasti) a s nimi související dílčí tematické celky (kategorie) budou v diplomové práci popsány. Pro předvýzkum byla zvolena kombinace výzkumných metod **obsahová analýza** a **metoda nabalování** (tj. kvalitativní výzkumná metoda) a kvantitativní analýza.

Předmětem kvalitativní metody je analýza zkoumaných jevů (Kutnohorská 2009, s. 22) do jejich „nabalení“. V rámci kvantifikace bude hodnocen nejčastější výskyt tematických celků. Kvantifikace je předmětem kvantitativní analýzy, která přejímá zjištěné jevy obsahovou analýzou lze popsat statisticky typ závislosti mezi proměnnými, a to **modely péče o seniory v USA** a charakteristikami (těchto modelů).

Tato data budou analyzována a zachycena přehledně v tabulce 3 a tabulce 4. Předmětem tabulky 3 je porovnat názvy kapitol dvou vybraných monografií, a to prostřednictvím analýzy oblastí a jejich kategorií. Tabulka 4 je rozšířena o analýzu nadpisů podkapitol a jejich obsahu; do řádku tabulky 4 bude zaznamenán název tematického celku, který zachycuje nejvíce hesel a výrazů téma dané kapitoly zkoumaného výběrového vzorku.

Předmětem zkoumání tabulky 4 byla analýza obsahu nadpisů, podnadpisů a textu monografií. Nejvyšší četnost tematického celku byla identifikována a zaujímala místo „díličního tématu“ tzv. kategorie. Poté tyto shodné či podobné tematické celky monografií č. 1 a monografie č. 2 budou vzájemně porovnány; shodné tematické celky byly barevně zvýrazněny do tabulky 4 pro každou monografii zvlášť.

V rámci předvýzkumu je nutné podotknout, že podrobnější analýza či další jiné cíle výzkumu nebyly záměrně stanoveny vzhledem k nízkému počtu zkoumaných monografií, což by mohlo ovlivnit reliabilitu a validitu výsledků předvýzkumu. V závěru je nutné zohlednit i skutečnost, že předvýzkum má informativní charakter a vyvozením tematických celků se stal předlohou pro vlastní výzkum práce a potvrdil tak jeho proveditelnost.

Závěr předvýzkumu diplomové práce

Z provedeného předvýzkumu lze konstatovat několik závěrů. S ohledem na počet kapitol (tj. 6 až 8) v každé monografii lze se domnívat, každý tematický celek lze kvantifikovat přibližně jedenkrát až dvakrát. Aby se autorka vyvarovala výběru výzkumného vzorku s nízkou vypovídací hodnotou, oslovila rešeršní službu Krajské vědecké knihovny v Liberci a k tématu práce byla následně zadána dokumentografická jednorázová rešerše s cílem nalézt validní zdroj dat (viz příloha č. 2).

Předvýzkum též poodhalil „širokou obsáhlost“ oblastí a kategorií, a proto jako výzkumný nástroj zvolila autorka metodu analýzy pomocí datové matice, která určí přesnější vztah stanoveného objemu pojmů ve vztahu ke zkoumanému tématu či pojmu dat rešerše. S tímto souvisí i potřeba provést kvantifikaci často opakujících jevů s cílem nalézt nejčastěji se vyskytující témata, která budou dále promítnuta do dalších částí této práce.

Analýzou obsahu příloh č. 2 a č. 3 a č. 4 a současně tabulek 3 a 4 byly zjištěny tyto tematické celky a kategorie: pro první oblast **historii/legislativu** byla vyvozena

kategorie **legislativa**; druhá oblast **financování** systému dlouhodobé péče. Další, třetí zjištěná oblast - **poskytovatelé** ukázala vazbu na **subjekty systému dlouhodobé péče v USA**. Jedním z nich je oblast čtvrtá, a to **klienti**. Záměrem analýzy této oblasti bude nalézt strukturu klientů **v systému dlouhodobé péče** ve Spojených státech amerických. Tento systém souvisí s definovanými kategoriemi, a to **modely poskytování služeb systému dlouhodobé péče a integrací rezidentů náhradní pěstounské péče v USA**. Z uvedeného vyplývá, že dílčím cílem práce bude též popsat nabídku modelů péče o seniory v USA.

Příloha 2 Přehled tematických celků monografie č. 1 pro předvýzkum

Záměrem přílohy č. 2 této diplomové práce je představit souhrnný obsah nadpisů kapitol, podkapitol a dílčích nadpisů „monografie č. 1“ s názvem **Foster Families for Adults. Community Alternative in Long-Term Care** (Sherman, Newman 1988).

Účelem této přílohy je zjistit hlavní tematické celky obsažené v monografii č. 1, které budou následně analyzovány porovnáním s obsahem monografie č. 2 a tyto výsledky budou prezentovány v tabulce 3 a tabulce 4 a zjištěné výsledky předvýzkumu budou prezentovány v příloze č. 1.

Přehled názvů kapitol, nadpisů a podnadpisů monografie č. 1:

1 Historie a filosofie náhradní rodinné péče

- institucionální nebo komunitní péče,
- opatrovnictví nebo restorativní péče,
- péče o občany závislé na pomoci druhých v Americe,
- institucionální nebo komunitní péče,

A. Potřeba alternativní péče o starší osoby

B. Náhradní péče pro dospělé

- náhradní péče pro duševně choré osoby,
- náhradní péče pro duševně/mentálně handicapované občany,
- náhradní péče pro starší občany,
- odolnost vůči pěstounské péči o seniory.

C. Koncept náhradní péče a teroretická východiska

- aktéři,
- familismus,
- integrace do komunity.

2 Studie populace modelu „domácí péče“

A. Státní agentury domácí péče

- odbor sociálních služeb ministerstva zdravotnictví,
- odbor péče o duševní hygienu (DMH, OMH),
- odbor pro klienty s mentální retardací (OMR).

B. Mapování terénu pro sběr dat

- získávání vzorku respondentů,
- interview a záznamy,
- charakteristika domova,
- charakteristika poskytovatelů,
- charakteristika rezidentů.

3 Rodinný život v náhradní rodinné péči

A. Empatie

B. Sociální interakce

C. Sociální izolace od druhých (rodiny atp.)

D. Běžně se opakující činnosti či rituály jedinců

E. Témata ve vztahu náhradní rodinné péče

- přísnější pravidla pro pobyt klientů v AFC domech versus důraz na neformálnost a flexibilitu (pozn. sociálních a zdravotních) služeb klientům,
- „doručení“ výzvy ve zlepšování zázemí v rodinném modelu péče,
- vliv zdravotního stavu a úrovně zázemí na spokojenost klientů,
- náklonnost k místu bydliště a míra závislosti (motivace „zdravých“ klientů“ před klienty s vyšší mírou závislosti péče na druhých).

4 Integrace rezidentů náhradní rodinné péče do komunity

A. Odolnost komunity vůči alternativním formám péče

- dva aspekty integrace do komunity (přijetí a spoluúčast),
- přijetí komunitou,
- spoluúčast na životě komunity (užívání zázemí komunity, např. služby, lékaři),
- začlenění do společenského života (např. přátelé, příbuzní, sousedé, sportovní aktivity),
- zapojení do komunity prostřednictvím aktivizačních programů.

B. Shrnutí forem zapojení v komunitě

C. Prognóza integrace v komunitě

- zkoumaná kritéria,
- předem stanovené proměnné,

- role poskytovatele AFC domů a jeho začlenění při spolužití s klienty AFC domu,
- míra participace jako hodnotící kritérium s cílem být přijat u komunity,
- rezident, poskytovatel a charakteristika domácího zázemí jako předpoklad začlenění do komunity,
- charakteristika rezidentů,
- charakteristika poskytovatelů,
- shrnutí charakteristik a znaků rezidentů, poskytovatelů a (zázemí) domova.

5 Aktéři (zapojení) v modelu náhradní péče o seniory

A. Poskytovatel služeb pro seniory

- profil poskytovatele,
- odměňování a motivace poskytovatelů,
- poskytovatel „poutem, článkem“ ke komunitě.

B. Klient

C. Náhradní přirozená rodina

D. Agentura v roli koordinátora

- nábor a výběr poskytovatelů,
- školení,
- výběr vhodného uživatele s ohledem na potřeby komunity,
- case management.

6 Integrace rezidentů náhradní rodinné péče do komunity

A. Odolnost komunity vůči alternativním modelům péče o seniory

- dva aspekty integrace do komunity (přijetí a spoluúčast),
- přijetí komunitou,
- spoluúčast na životě komunity (užívání zázemí komunity: služby, lékař atp.),
- začlenění do společenského života (např. přátelé, příbuzní, sousedé, sportovní aktivity),
- zapojení do komunity prostřednictvím aktivizačních programů.

B. Shrnutí forem zapojení v komunitě

C. Prognóza integrace v komunitě

- zkoumaná kritéria,
- předem stanovené proměnné,
- role poskytovatele AFC domů a jeho začlenění při spolužití s klienty AFC domu,
- míra participace jako hodnotící kritérium s cílem být přijat u komunity,
- rezident, poskytovatel, a charakteristika domácího zázemí jako předpoklad začlenění do komunity,
- charakteristika rezidentů,
- charakteristika poskytovatelů,
- shrnutí charakteristik a znaků rezidentů, poskytovatelů a (zázemí) domova.

7 Aktéři (zapojení) v modelu náhradní péče o seniory

A. Poskytovatel

- profil poskytovatele,
- odměňování a motivace poskytovatelů,
- poskytovatel „poutem, článkem“ ke komunitě,

B. Klient

C. Náhradní (přirozená) rodina

D. Agentura v roli koordinátora

- nábor a výběr poskytovatelů,
- školení,
- výběr vhodného rezidenta ve vztahu k zvykům poskytovatele (rodiny) a zázemí.

E. Case management

F. Diskuse

8 Závěry a doporučení

Příloha 3 Přehled tematických celků monografie č. 2 pro předvýzkum

Záměrem přílohy č. 3 této diplomové práce je představit souhrnný obsah nadpisů kapitol, podkapitol a dílčích nadpisů „monografie č. 2“ s názvem **Long Term Care for the elderly** (Stone 2011).

Účelem této přílohy je zjistit hlavní a dílčí tematické celky obsažené v monografii č. 2, které budou následně analyzovány porovnáním s obsahem monografie č. 1. Tyto výsledky budou prezentovány v tabulce č. 3 a tabulce č. 4 a zjištěné výsledky předvýzkumu budou prezentovány v příloze č. 1.

Přehled názvů kapitol, nadpisů a podnadpisů monografie č. 2

1 Základy dlouhodobé péče

A. Definování dlouhodobé péče

B. Faktory ovlivňující zvýšenou pozornost na zásady (pravidla) dlouhodobé péče

- demografické imperativy: stáří a invalidita,
- může společnost zabránit trendům v dlouhodobé péči?
- kdo bude pečovat (o seniory)?
- zajištění kvality v systému dlouhodobé péče,
- základy dlouhodobé péče o seniory v USA.

2 Systém dlouhodobé péče o seniory

A. Definice dlouhodobé péče

- osobní péče,
- zdravotní péče,
- sociální služby,
- odborná lékařská péče/rozhraní dlouhodobé péče.

B. Kde je poskytována dlouhodobá péče

- institucionální zařízení péče o seniory (domov seniorů),
- komunitní bydlení,
- domácí péče,
- alternativní rezidentní bydlení,
- Domovy s pečovatelskou službou – ubytovny, noclehárny (board and care homes),

- Domy s pečovatelskou službou (assisted living),
- náhradní péče o seniory a bydlení pro klienty s mírou invalidity,
- nezávislé bydlení pro seniory s dosahem služeb (kadeřník, drogerie, lékař atp.).
- denní stacionáře pro seniory.

C. Shrnutí

3 Kdo potřebuje dlouhodobou péči?

A. Struktura populace dlouhodobé péče

- klienti domovů seniorů,
- populace registrovaná v programu Medicare,
- obyvatelstvo bydlící v komunitním bydlení,
- užití (asistenčních) technologií,
- nenaplněné potřeby dlouhodobé péče.

B. Předpoklad poptávky na dlouhodobou péči v budoucnosti

- stárnutí populace,
- statistické ukazatele invalidity,
- dostupnost neformálních pečovatelů,
- finanční situace,
- etnická a rasová diverzifikace,
- předpoklad růstu stárnoucí populace.

4 Plátcí (odběratelé) za služby dlouhodobé péče o seniory v USA (LTC)

A. Zdroje financování dlouhodobé péče

- Medicaid,
- Medicare,
- další možnosti federálního financování,
- státem financované programy,
- privátní pojištění,
- CLASS program,
- Budoucnost financování dlouhodobé péče,
- strategie soukromého sektoru.

B. rozšíření sítě bezpečného poskytování LTC

- rozšiřování Medicare o benefity akutní následné péče,
- programy sociálního pojištění LTC.

Kdo poskytuje služby dlouhodobé péče?

A. Oficiální poskytovatelé neinstitucionálních modelů péče o seniory v USA

- profesionálové poskytující LTC,
- pracovníci v přímé péči: zručnost, jméno a image LTC,
- nedostatek pracovníků sil pro implikaci kvality a přístupu.

B. Dopady nedostatku pracovníků

C. Faktory přispívající ke krizi nedostatku pracovníků

- zmenšující se stav pracovníků,
- negativní image LTC,
- nekonkurenční náhrady (mzdy) zaměstnancům v LTC,
- pracovní prostředí výzvou,
- neodpovídající systém vzdělání a tréninku.

D. Řešení krize nedostatku pracovníků

- investování do vzdělávání a školení,
- vytváření více konkurenceschopných pracovních míst.

E. Implikace do budoucnosti

5 Integrace akutní, primární, chronické a LTC

A. Federální iniciativa – např. program PACE

- EverCare,
- Home Based Primary Care Program,
- státní iniciativy,
- Zákon o dostupnosti péče o seniory (The Affordable Care Act's).

B. Balancování systému LTC

C. Rozvíjení více řízeného systému směrem ke spotřebitelům

D. Kulturní výměna: Péče zaměřená na klienty v domovech seniorů

6 Zajištění kvality LTC

A. Zajištění kvality v domovech seniorů

- řídicí a kontrolní strategie,
- efektivita tohoto přístupu,
- přesvědčení nebo motivační strategie,
- akreditace,
- snaha státu kontrolovat zdravotní systém „úhrada za lékařský výkon“,
- technická asistence.

B. Dobrovolnické strategie dané zákonem

C. Zajištění kvality v sekci Medicare – oblast v přirozeném prostředí uživatele

D. Zajištění kvality v domácí a komunitní péči

E. Zajištění kvality v domech s rezidentní službou

F. Zajištění kvality v LTC

G. Měření kvality v domovech seniorů

H. Měření kvality v domácí (zdravotní) péči

I. Závěr

7 Systém dlouhodobé péče do roku 2030

- budoucnost v zachování služeb dlouhodobé péče,
- vize pro vykonávání služeb dlouhodobé péče v roce 2030,
- role domovů seniorů,
- služby poskytované v domácnosti a v komunitě v roce 2030,
- služby spojené s integrací.

A. Kdo se o nás seniory bude starat?

Otázka dostupnosti služeb pro seniory

- výhled směřování systému dlouhodobé péče v USA do roku 2030.

Příloha 4 Rešerše Alternativní modely péče o seniory v USA

Krajská vědecká knihovna v Liberci, příspěvková organizace, Rumjancevova 1362/1, 460 53
Liberec 1
tel. +420-482 412 111; www.kvkli.cz; library@kvkli.cz

R e š e r š e

(Dokumentografická jednorázová rešerše)

Alternativní modely péče o seniory v USA

Evidenční číslo: 26-2014

Klíčová slova: dlouhodobá péče, senioři, staří, domácí péče, náhradní péče, komunitní péče, alternativní, USA / LTC = Long term care, home care, foster care, alternative, older people, services for the elderly, retirement communities, social security, United States

Datum vypracování: 25. 9. 2014

Celkový počet záznamů: 41

Zpracovala: Ing. Martina Sanetmíková

Druhy dokumentů zachycených v rešerši:
knihy, články, vysokoškolské kvalifikační práce

Časové vymezení:
1992-2014

Jazykové vymezení:
Dokumenty v českém, anglickém jazyce

Zvolené uspořádání a počet záznamů:

Knihy	15 záznamů, řazeno abecedně dle PŘÍJMENÍ AUTORA;
Články	24 záznamů, řazeny abecedně dle názvu zdroje ;
Vysokoškolské kvalifikační práce	2 záznamy.

Prohledávané zdroje:

Online zdroje:

- Katalogy Krajské vědecké knihovny v Liberci <http://www.kvklfi.cz>
- Jednotná informační brána (souborný katalog knihoven ČR) <http://www.jib.cz>
- Databáze závěrečných prací THESIS Masarykovy univerzity v Brně <https://is.muni.cz/vyhledavani/>
- Google Scholar <http://scholar.google.cz/>
- Katalog knihoven Libereckého regionu KALIKO <http://kaliko.multidata.cz/primolibrary/libweb/action/search.do?dscont=1&fromLogin=true&dstmp=1343296475680&vid=kaliko&fromLogin=true>
- NUSL (Národní úložiště šedé literatury) <http://www.nusl.cz/>
- Databáze Geobiline http://ckis.cuni.cz/F/?func=find-b-0&local_base=cks02
- databáze Medvik <http://www.medvik.cz/bmc/index.do>
- databáze Academic Search Complete (platforma EBSCOhost) – dostupná na PC v knihovně, možný vzdálený přístup z domácího počítače (přes konto čtenáře přístupné celé texty)
- Univerzitní knihovna TUL <http://knihovna-opac.tul.cz/>
- Akademická knihovna Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích <http://www.lib.jcu.cz/cs/home>
- Knihovna Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí v Praze <http://praha.vupsv.cz/webisnt/custom/cicso/vyhled.htm>
- Knihovna UPOL http://158.194.224.10/i2/i2.entry.cls?icbx=upol&src=upol_us_cat-0
- Knihovna UK v Praze http://ckis.cuni.cz/EGVYBP18R3FC85T8T6B5Y2R9SJ7U2DNBQBY7ECJ3N8TEYY6XEX-01925?RN=474962089&pds_handle=GUEST

Knihy

(→ umístění v rámci KVK, příp. jiný vlastník dokumentu)

1. COLOMBO, Francesca. *Help wanted?: providing and paying for long-term care* [online]. Paris: OECD, 2011. ISBN 978-92-64-09758-2 [cit. 2014-09-22]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/reports/docs/oecd_helpwanted_en.pdf
2. COX, Carole B. *Community care for an aging society: issues, policy, and services* [online]. New York: Springer Pub. Co., ©2005. Springer series on life styles and issues in aging [cit. 2014-09-22].
→ Národní knihovna v Praze (EBRARY - licencovaný zdroj - nutná registrace)
→ Knihovna UK v Praze (EBRARY – licencovaný zdroj)
3. DOCTEUR, E., H. SUPPANZ a J. WOO. *The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform* [online]. Paris: OECD, 2003, 63 s. [cit. 2014-09-22]. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/fulltext/ul_238.pdf
4. FEASLEY, Jill C. (ed.). *Best at Home: Assuring Quality Long-Term Care in Home and Community-Based Settings* [online]. Washington, D.C.: National Academy Press, 1996 [cit. 2014-09-22]. Dostupné z: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9063&page=R1
5. *A Good Life in Old Age?: Monitoring and Improving Quality in Long-term Care* [online]. Paris: OECD, 2013, 265 s. OECD Health Policy Studies. ISBN 978-92-79-28943-9. [cit. 2014-09-24] Dostupné z: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=cs&catId=89&newsId=1920&furtherNews=yes> → Report: *A good life in old age?*
6. HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, 2014, 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.
→ Všeobecná, Naučná, MDT 614.2, sign. A 215402
7. HUBER, Manfred. *Facts and figures on long-term care: Europe and North America*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2009. ISBN 978-3-902426-49-9.
→ Národní lékařská knihovna v Praze, Odd. vědeckých informací při MZČR
8. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007, 99 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2150-7.
→ Všeobecná, Naučná, MDT 614.2, sign. A 187758
9. JEŘÁBEK, Hynek. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2013, 316 s. Studie, sv. 87. ISBN 978-80-7419-117-6.
→ Všeobecná, Naučná, MDT 364.4, sign. A 210838/+CD-ROM
10. KANE, Rosalie A. (ed.). *Family caregiving in an aging society: policy perspectives*. Thousand Oaks, Calif. u.a.: Sage, 1995, 202 s. Family caregiver applications series, 5. ISBN 0-8039-5147-7.
→ Universitätsbibliothek in Regensburg, Lesesaal Wirtschaft
11. *Long-term care for older people*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, c2005. ISBN 92-64-00848-9.
→ Národní lékařská knihovna v Praze

12. McSWEENEY-FELD, M.H. a R.M. OETJEN. *Dimensions of long-term care management: an introduction*. Chicago: Health Administration Press, c2012, 336 s. ISBN 978-1-56793-383-3.
 → Univerzitní knihovna Tomáše Bati ve Zlíně
 → Universitätsbibliothek Regensburg, Lesesaal Medizin
13. SÝKOROVÁ, D. a O. CHYTIL (eds.). *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. V Ostravě: Ostravská univerzita, 2004, 323 s. ISBN 80-7326-026-3.
 → Všeobecná, Naučná, MDT 316.6, sign. A 179307
14. SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, 284 s. Studie, sv. 45. ISBN 978-80-86429-62-5.
 → Všeobecná, Naučná, MDT 613.9, sign. A 185495
15. WUNDERLICH, G.S. a P.O. KOHLER (eds.). *Improving the quality of long-term care*. Washington, D.C.: National Academy Press, ©2001, 326 s. ISBN 0-309-06498-8.
 → Knihovna JU v Českých Budějovicích, Teologická fakulta

Články, kapitoly z knih

(pokud není zvedeno jinak, dostupné z databáze Academic Search Complete (EBSCOhost) na PC v Krajské vědecké knihovna, možný vzdálený přístup z domácího PC)

1. GUO, Kristina a Richard CASTILLO. The U.S. Long Term Care System: Development and Expansion of Naturally Occurring Retirement Communities as an Innovative Model for Aging in Place. In: *Ageing International*. 2012, vol. 37, issue 2, s. 210-227. ISSN 0163-5158. DOI: 10.1007/s12126-010-9105-9.

Abstrakt: The current U.S. health and long term care systems are inadequately prepared to meet the diverse and changing needs of the rapidly growing senior population. This paper describes the importance of naturally occurring retirement communities (NORCs) to promote the health and mental wellbeing of older individuals through the collaborative efforts of formal and informal home and community based services and support. NORCs are considered a crucial model for aging in place since older adults prefer to remain in the comfort of their homes, and services can be provided in a much more efficient and cost effective manner. This paper examines the strengths, opportunities, and challenges of existing NORCs and discusses the need for the development and expansion of additional NORC programs as an innovative and viable solution for older adults aging in place.

2. KANE, R.A. [aj.]. Adult Foster Care for the Elderly in Oregon: A Mainstream Alternative to Nursing Homes? In: *American Journal of Public Health*. 1991, vol. 81, issue 9, s. 1113-1120. ISSN 0090-0036.

Abstrakt: Background. In Oregon, adult foster care (AFC homes, which are private residences where a live-in manager cares for one to five disabled residents, have been covered by Medicaid since 1981 and seem to offer a mainstream alternative to nursing homes. They house almost 6000 older people, two thirds of which pay privately. Methods. In a cross-sectional study, we interviewed 400 AFC and 400 nursing home residents. Data analyses included descriptive cross-tabulations; hierarchical log linear models for judging the effects of care setting and payment status on resident characteristics; and log it analyses for predicting care setting and payment status within care settings. Results. On average, nursing home residents were more physically and cognitively impaired than AFC residents, but there was considerable overlap in patterns of frailty in the two settings. Medicaid AFC residents were less disabled than privately paying AFC residents. AFC residents reported more social activity, even when we controlled for disability status. AFC residents and their families were more likely to value privacy and homelike settings when choosing a care setting, whereas nursing home residents were more likely to value rehabilitation and organized activity programs. Conclusions. Both AFC and nursing homes are viable components of a long-term care repertoire. The greater disability levels of private-pay AFC residents refutes the criticisms that disabled Medicaid residents were being inappropriately channeled to AFC.

3. MILLER, Nancy A. Relations Among Home- and Community-Based Services Investment and Nursing Home Rates of Use for Working- Age and Older Adults: A State-Level Analysis. In: *American Journal of Public Health*. 2011, vol. 101, issue 9, s. 1735-1741. DOI: 10.2105/AJPH.2011.300163.

Abstrakt: Objectives. I examined state-level rates of nursing home use for the period from 2000 to 2007. Methods. I used multivariate fixed-effects models to examine associations between state sociodemographic, economic, supply, and programmatic characteristics and rates of use. Results. Nursing home use declined among older adults (aged ≥65 years) in more than two thirds of states and the District of Columbia but increased among older working-age adults (aged 31-64 years) in all but 2 states. State characteristics associated with these trends differed by age group. Although relatively greater state investment in Medicaid home- and community-based services coupled with reduced nursing home capacity was associated with reduced rates of nursing home care for adults aged 65 years and older, neither characteristic was associated with use among older working-age adults. Their use was associated with state sociodemographic characteristics, as well as chronic disease prevalence. Conclusions. Policy efforts to expand home- and community-based services and to reduce nursing facility capacity appear warranted. To more fully extend the Supreme Court's *Olmstead* decision's promise to older working-age adults, additional efforts to understand factors driving their increasing use are required.

4. Home Health Care. In: *Annals of Internal Medicine*. 1986, vol. 105, issue 3, s. 454-460. ISSN 0003-4819.

Abstrakt: Addresses some of the public policy questions and problems concerning home health care for the elderly in the U.S. Definitions of home health care; Examination of the issues raised concerning long-term care; Issue on adequate funding for home health services.

5. BECKER, M., L. SCHONFELD a P.G. STILES. Assisted Living: The New Frontier for Mental Health Care? In: *Generations*. 2002, vol. 26, issue 1, s. 72-77. ISSN 0738-7806.

Abstrakt: Presents information on the assisted living facilities (ALF) for mental health care of older adults in the U.S. Significance of ALF as alternative to nursing home care; Profile of the typical long-term-care consumer in ALF; Barriers to ALF; Details of the policies introduced by several states in the U.S. for assisted living as a residential option for people with mental illness; Difference between mood disorders and behavior problems.

6. CARDER, Paula C., Leslie A. MORGAN a J. Kevin ECKERT. Small Board-and-Care Homes in the Age of Assisted Living. In: *Generations*. 2006, vol. 29, issue 4, s. 24-31. ISSN 0738-7806.

Abstrakt: The article focuses on the significance of small board-and-care homes in assisted living and other adult care programs and services in the U.S. Small board-and-care settings have served an important role in community-based care for older people who have physical and cognitive impairments. Furthermore, board-and-care homes vary in terms of regulatory oversight and reimbursement alternatives. The state of Maryland and Oregon have different regulatory approaches to board-and-care homes. The author assesses the impact of regulation on the lives of residents as well as its effects to health care providers.

7. CASTLE, N.G., J.C. FERGUSON a R. SCHULZ. Aging-Friendly Health and Long-Term-Care Services. In: *Generations*. 2009, vol. 33, issue 2, s. 44-50. ISSN 0738-7806.

Abstrakt: Aging-Friendly Health and Long-Term-Care Services. The authors present a myriad of ideas with the theme of providing long-term-care services for aging-friendly communities. They cover home settings, ambulatory settings, and institutional settings, with the wide variety of medical, technical, and community-service options and the underlying healthcare and long-term care policy and financing implications.

8. CIFU, David X. Geriatric Rehabilitation Services in the Veterans Health Administration. In: *Generations*. 2010, vol. 34, issue 2, s. 64-73. ISSN 0738-7806.

Abstrakt: Geriatric rehabilitation services have been demonstrated to improve the physiologic health, physical functioning and quality of life of older adults with a wide range of acute and chronic medical conditions and disability. The Veterans Health Administration provides a comprehensive continuum of rehabilitation care for older adults, ranging from preventative to restorative services. This article reviews the geriatric rehabilitation programs delivered within the Department of Veterans Affairs (VA) healthcare system and highlights the literature that supports the utility of these services.

9. KANE, Rosalie A. Thirty Years of Home- and Community-Based Services: Getting Closer and Closer to Home. In: *Generations*. 2012, vol. 36, issue 1, s. 6-13. ISSN 0738-7806.

Abstrakt: In 1982, the first Medicaid Home and Community-based Services (HCBS) waiver program was initiated in Oregon State. At that time, policy makers and practitioners were eager to develop in-home options as alternatives to nursing home care for older people. In 2012, many advocates aspired that HCBS become the dominant mode of long-term care (or long-term supportive services) and nursing home care be the much rarer alternative. This article introduces this topic, describes the major vehicles to reduce reliance on nursing homes, and distinguishes between two major approaches—preventing admissions to nursing homes (sometimes called diversion) or helping nursing home residents return to the community (sometimes called transitions). The article also gives an overview of the content of the Spring 2012 issue of *Generations*, narrative that takes stock of progress made in HCBS for elders and the challenges that exist now and in the future.

10. COLLINS, S.M., R.R. WACKER a K.A. ROBERTO. Considering Quality of Life for Older Adults: a View from Two Countries. In: *Generations*. 2013, vol. 37, issue 1, s. 80-86. ISSN 0738-7806.

Abstrakt: The article presents a comparison of the roles that the governments of Sweden and the United States play in providing community support services, including services related to nutrition, transportation and activities of daily living, for older citizens. A discussion of differences in policy approaches for addressing quality of life issues of older citizens which are seen in the U.S. and Sweden is presented.

11. STEVENSON, D. a J. BRAMSON. Long-term care quality assurance in the United States. In: OECD HEALTH POLICY STUDIES. *A good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care* [online]. OECD, 2013, s. 247-265 [cit. 2014-09-25]. ISBN 978-92-79-28943-9. Dostupné z: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age_9789264194564-en#page1

12. KODNER, Dennis L. Whole-System Approaches to Health and Social Care Partnerships for the Frail Elderly: An Exploration of North American Models and Lessons. In: *Health*. 2006, vol. 14, issue 5, s. 384-390. ISSN 0966-0410. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2006.00655.x.

Abstrakt: Irrespective of cross-national differences in long-term care, countries confront broadly similar challenges, including fragmented services, disjointed care, less-than-optimal quality, system inefficiencies and difficult-to-control costs. Integrated or whole-system strategies are becoming increasingly important to address these shortcomings through the seamless provision of health and social care. North America is an especially fertile proving ground for structurally oriented whole-system models. This article summarises the structure, features and outcomes of the Program of All-Inclusive Care for Elderly People (PACE) programme in the United States, and the *Système de soins Intégrés pour Personnes Âgées* (SIPA) and the *Programme of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy* (PRISMA) in Canada. The review finds a somewhat positive pattern of results in terms of service access, utilisation, costs, care provision, quality, health status and client/carer satisfaction. It concludes with the identification of common characteristics which are thought to be associated with the successful impact of these partnership initiatives, as well as a call for further research to understand the relationships, if any, between whole-system models, services and outcomes in integrated care for elderly people.

13. SMITH, Peggie R. Aging and Caring in the Home: Regulating Paid Domesticity in the Twenty-First Century. In: *Iowa Law Review*. 2007, vol. 92, issue 5, s. 1835-1900. ISSN 0021-0552.

Abstrakt: The article discusses the evolving status of home-care workers in employment law and argues for increased protection of their workplace rights in the U.S. According to the article, although the demand for home care is increasing, workers are poorly paid and have access to few benefits. It adds that low wages and a high incidence of work-related injuries cause workers to flee the job. It also concludes that the position of home care in the private sphere does not fit comfortably within the existing legal framework that governs employment relationships.

14. HOLLEY, Abigail P. H. [aj.]. Palliative Access through Care at Home: Experiences with an Urban, Geriatric Home Palliative Care Program. In: *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009, vol. 57, issue 10, s. 1925-1931. ISSN 0002-8614. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2009.02452.x.

Abstrakt: The aging of the U.S. population has resulted in a large number of persons with multiple, chronic illnesses and gradual functional decline. Many older adults with these conditions are homebound and have great difficulty accessing medical care. They are also more likely to suffer from unaddressed symptoms and end-of-life care needs. Certain groups, such as African-American patients and patients with dementia, are even less likely to access palliative care and hospice services. Although the informal caregivers attending to such persons may become overwhelmed without adequate support, palliative care, which covers a broad population, is an optimal way to address many of these needs. This article describes a unique, urban, home-based geriatrics palliative care program (Palliative Access Through Care at Home (PATCH)) designed to address some of these unmet needs. After 1 year of providing service, a mixed-methods study consisting of chart review, telephone interviews, and face-to-face interviews was conducted to assess caregiver expectations of and satisfaction with the program. Caregivers for the elderly, mostly African-American patients, more than half of whom had dementia, were overall very satisfied with their experience, despite the large amount of time necessary to provide the care that patients required. Themes extracted during qualitative analysis were the desire to remain at home, the need for easy access to a practitioner specializing in geriatrics and palliative medicine, and the challenges of transitions of care. PATCH was able to address many of these needs and provide high levels of caregiver satisfaction.

15. FEDER, J., H.L. KOMISAR a M. NIEFELD. Long-term care in the United States: an overview. In: *Health Affairs* [online]. 2000, roč. 19, č. 3, s. 40-56. [cit. 2014-09-24]. DOI: 10.1377/hlthaff.19.3.40. Dostupné z: <http://content.healthaffairs.org/content/19/3/40.full.pdf+html>

16. TAKAGI, Emiko, Adam DAVEY a Donna WAGNER. A National Profile of Caregivers for the Oldest-Old. In: *Journal of Comparative Family Studies*. 2013, vol. 44, issue 4, s. 473-493. ISSN 0047-2328.

Abstrakt: Limited research has examined caregivers for the oldest old (85+), a distinct group among older adults who are most likely to experience functional and cognitive limitations that require care. To profile socio-demographic characteristics of the oldest-old and their informal caregivers and assess their caregiving situations, we used data from 3163 care recipients with at least one functional limitation from the 2004 National Long-Term Care Survey and 1363 caregivers who were either adult children or spouses of care recipients. The oldest-old with functional disabilities were less likely to be married and more likely to be women living alone. Compared with those under 85, the oldest-old group, were likely to have more extensive IADL and ADL limitations. However, with the exception of dementia, the oldest-old had a lower prevalence of chronic illness than younger elders. The oldest-old care recipients also tended to use more formal care service. While caregivers for the oldest old were less likely to be a sole caregiver and more likely to use formal care service, their physical and emotional stress from caregiving remained the same with their counterpart group of caregivers. Comparison of caregivers by their relationships to care recipients also indicated that adult children who cared for the oldest-old parents tended to express the most stress from caregiving. We contend that formal services need to be better incorporated with informal caregiving to attenuate negative caregiver outcomes, especially for the oldest-old whose informal caregiving network is rather limited.

17. YANG, Y. Tony a Gilbert GIMM. Caring for Elder Parents: A Comparative Evaluation of Family Leave Laws. In: *Journal of Law, Medicine*. 2013, vol. 41, issue 2, s. 501-513. DOI: 10.1111/jlme.12058.

Abstrakt: As the baby boomer generation ages, the need for laws to enhance quality of life for the elderly and meet the increasing demand for family caregivers will continue to grow. This paper reviews the national family leave laws of nine major OECD countries (Canada, Denmark, France, Germany, Italy, Japan, Netherlands, Spain, and the United Kingdom) and provides a state-by-state analysis within the U.S. We find that the U.S. has the least generous family leave laws among the nine OECD countries. With the exception of two states (California and New Jersey), the U.S. federal Family Medical Leave Act of 1993 provides no right to paid family leave for eldercare. We survey the current evidence from the literature on how paid leave can impact family caregivers' employment and health outcomes, gender equality, and economic arguments for and against such laws. We argue that a generous and flexible family leave law, financed through social insurance, would not only be equitable, but also financially sustainable.

18. STUCK, Andrea E. Šetření o komplexním domácím hodnocení geriatrické péče o osoby pokročilého věku, žijící v komunitě. In: *Mezinárodní kongres primární péče*. [Chrudim]: Asociace domácí péče, [1995], s. 87-98.
→ Národní lékařská knihovna v Praze

19. HAEG, Bridget. The Future of Caring for Elders in Their Homes: An Alternative to Nursing Homes. In: *NAELA Journal*. 2013, vol. 9, issue 2, s. 237-255. ISSN 1553-1686.

Abstrakt: The article discusses the upcoming themes in caring for elders in their homes in the U.S. It comments on rise of personal care services, social and political reasons behind statutory provisions for medical care payments and policy reasons behind prohibition of payment to family members under U.S. government medical aid. It suggests that policymakers in the U.S. should allow government medical aid beneficiaries to hire anyone whom the beneficiary wants.

20. PARROTT, T.M., S.L. REYNOLDS a V.L. BENGTON. Aging and social welfare in transition: the case of the United States. In: *Scandinavian Journal of Social Welfare*. 1997, roč. 6, č. 3, s. 168-179. ISSN 0907-2055.
→ knihovna Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí v Praze

21. KAUP, Migette. Life-Span Housing for Aging in Place: Addressing the Home as an Integrated Part of the Solution to Long-Term Care in America. In: *Seniors Housing*. 2009, vol. 17, issue 1, s. 101-113. ISSN 1941-7187.

Abstrakt: As part of a developmental life-course perspective, housing provides refuge and conveys symbolic properties that give a place significance. It also is a key part of the social and physical environment of the family as well as older persons as they age (Setterson, 2003; Pastalan, 1995; Cohen, Mulroy, Tull, Bloom & Kamas, 2007; Alley, Liebig, Pynoos, Banerjee & Choi, 2007). This places caregiving and long-term care squarely in the homes of many Americans across the country. Demographics, housing literature, and socioeconomic trends provide support for considering new frameworks for the housing industry and housing policy, and also for long-term care services and support programs throughout the U.S. Efforts to expand (physical and financial) accessibility to life-span housing should address the following key areas: new construction and remodeling of housing stock, resources to consumers and private enterprise, and increased education about the benefits of accessible housing.

22. FISHER, T. Lynn. The Impact of Survey Choice on Measuring the Relative Importance of Social Security Benefits to the Elderly. In: *Social Security Bulletin*. 2007, vol. 67, issue 2, s. 55-64. ISSN 0037-7910.

Abstrakt: The article examines the impact of survey choice on evaluating the relative importance of Social Security benefits to older people in the U.S. It outlines the major features of the Current Population Survey (CPS) and the Survey of Income and Program Participation (SIPP). It compares the estimates from these surveys of the rate of the elderly receiving income from various resources and evaluates these estimates using administrative data for Social Security benefits and Supplemental Security Income (SSI).

23. HOSKINS, Dalmer D. U.S. Social Security At 75 Years: An International Perspective. In: *Social Security Bulletin*. 2010, vol. 70, issue 3, s. 79-87. ISSN 0037-7910.

Abstrakt: Is the historical development of the Old-Age, Survivors, and Disability Insurance (OASDI) program unique or similar to the development of social security programs in other industrialized countries? The U.S. Social Security program was adopted some 40 to 50 years after those of most Western European nations. The United States thus had the opportunity to choose from a number of models and clearly chose to follow the classic social insurance path of such countries as Austria, France, and Germany, which in 1935 already had considerable experience administering earnings-related, employer/worker-financed old-age pension programs. Although based on the traditional social insurance model, OASDI evolved in certain unique ways, including the rejection over the course of succeeding decades of any reliance on general revenue financing, the importance attached to long-range (75-year) actuarial projections, and the relative generosity of benefits for survivors and dependents.

24. REINRADY, James a Rosalie A. KANE. Choosing an Adult Foster Home or a Nursing Home: Residents' Perceptions about. In: *Social Work*. 1999, vol. 44, issue 6, s. 571-585. ISSN 0037-8046.

Abstrakt: Representative samples of 260 Oregon foster care residents and 179 cognitively intact nursing home residents were queried retrospectively about the nature and circumstances surrounding their decision to move to a foster care or nursing home, including the alternatives they considered, the circumstances leading to the move, their perception of the decisionmaking process and who influenced it, the characteristics important to them in choosing the care environment, and their perception of their own control over the move. Statistically significant differences were identified in the characteristics of the setting that each group deemed important, the circumstances surrounding the decision, the people influencing it, and the perceived control over the decision.

Vysokoškolské kvalifikační práce

1. KIČMEROVÁ, Pavla. *Péče o seniora v domácím prostředí*. Olomouc, 2012. 53 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. Dostupné z: <https://library.upol.cz/aRLreports/kp/00163385-158005317.pdf>
2. SOUKALOVÁ, Lenka. *Instituce sociálního zabezpečení v USA*. Brno, 2010. 91 s. Diplomová práce (Ing.). Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/145444/esf_m/Diplomova_prace.pdf?zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dsoci%C3%A1ln%C3%AD%20syst%C3%A9m%20usa%20agenda:th%26start%3D4

Tabulka 1 Rešerše tištěných zdrojů předvýzkumu

KNIHOVNY		
Tuzemské knihovny		
	Název zdroje	Autor, rok
	Alzheimerova choroba a demence	KOUKOLÍK, F. (1998)
<i>Univerzitní knihovna TU Liberec</i>	Sociální péče o seniory	HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. (2012)
<i>Krajská vědecká knihovna v Liberci</i>		
<i>Městská knihovna v Praze</i>		
	Advanced Practise in nursing adult in acute care	FOSTER, J. G., PREVOST, S. S. (2012)
	Advocacies for frail and incompetent elderly in Europe	IVANOVÁ, K. (2009)
<i>Národní knihovna Praha</i>	Sensorische Aktivierung. Ein ganzheitliches Förderkonzept für hochbetagte und demente Menschen.	WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y., (2009)
Zahraniční knihovny		
	Název zdroje	
<i>Universitätsbibliothek</i>	Caregiving Systems	ZARIT, S. H. (2015)
<i>Regensburg</i>	Advance Care Planning	COORS, M., et. al. (2015)
	Supportive care for the renal patient	CHAMBERS, J. (2010)
	Understanding Health and social Care	ALLOT, M. (1998)
ZAHRANIČNÍ KNIHKUPECTVÍ		
<i>Elektronický katalog</i>		
Pustet Regensburg (www.pustet.de)	Foster families for adults. Adults. A community alternative in long term care	SHERMAN, S. R., NEWMAN, E. S. (1988)
	Long Term Care For Elderly	STONE, R. (2011)
Thalia (www.thalia.de)	How To find the best care in adult home care for your parent	SPADA, J. (2014)

Tabulka 2 Rešerše elektronických zdrojů předvýzkumu

KNIHOVNY		
Tuzemské instituce		
	Název zdroje	Autor, rok
<i>Výzkumný ústav práce a sociálních věcí</i>	www.vupsv.cz	(VUPSV 2016) [online]
Státní instituce USA		
Social Security Office	www.socialsecurity.gov	[online]
Organizace pro rozvoj spolupráci v Evropě	www.oecd.org	(OECD 2016) [online]
(Department of) Human and Urban Development	www.hud.gov	(HUD 2016) [online]
State Department of of Social and Health Services	www.dshs.gov	(DSHS 2016) [online]
ZAHRANIČNÍ ELEKTRONICKÉ DATABÁZE		
Elektronický online katalog		
Databáze EBSCO host	www.ebsco.com	(EBSCO 2016) [online]
National Academy Press	www.nap.edu	Národní tisková akademie USA [online]
Národní knihovna Praha	www.ebrary.com	Licensovaná databáze [online]

Tabulka 3 Analýza názvů kapitol monografií předvýzkumu

Hlavní tematické celky Kniha č. 1 – předvýzkum		Hlavní tematické celky Kniha č. 2 - předvýzkum	
Foster Families for adults: A Community Alternative in Long-Term Care		Long Term Care for Elderly	
Číslo kapitoly	Název kapitoly	Číslo kapitoly	Název kapitoly
1	<i>Historie a filosofie AFC</i>	1	Podstata AFC
2	Studie „populace rodinné péče“	2	Účastníci procesu LTC
3	Život uvnitř domácí péče	3	Kterým subjektům je LTC přínosná?
4	Integrace obyvatel AFC	4	Kdo platí za LTC?
5	Účastníci modelu AFC	5	Kdo poskytuje péči?
6	Závěry a doporučení integrace komunity a rodiny, budoucí výzkumy; předpoklad vývoje modelu AFC	6	Modely poskytování služeb LTC
7	<i>Přílohy</i>	7	Zajištění kvality LTC
8	-----	8	Výhled LTC do roku 2030

Zdroj: (Sherman S. R., Newman S. (1988); Stone, R. (2011))

Legenda

Shodné tematické oblasti monografií „č. 1“ a „č. 2“:

- **historie a legislativa,**
- **financování,**
- **poskytovatelé,**
- **klienti,**
- **modely péče o seniory v USA.**

Tabulka 4 Kategorizace hlavních tematických celků předvýzkumu

Foster Families for adults: A Community Alternative in Long-Term Care (Sherman R. S., Newman E. S. 1988)		Long Term Care for Elderly (Stone 2011)	
Kapitola č.	Název kapitoly	Kapitola č.	Název kapitoly
1	Oblast č. 1: Legislativa/historie Historie a filosofie AFC	1	Oblast č. 1: Legislativa/historie Fundamenty AFC (základní terminologie, legislativa, financování)
2	Oblast č. 4: Klienti Studie „populace rodinné péče“	2	Oblast č. 3: Poskytovatelé Účastníci procesu LTC
3	Oblast č. 2: Financování Život uvnitř domácí péče (jsou poskytovatelé materialisti?)	3	Oblast č. 4: Klienti Komu je LTC prospěšná?
4	Oblast č. 5: Modely péče v USA Integrace obyvatel AFC	4	Oblast č. 2: Financování Plátcí za služby LTC
5	Oblast č. 3: Poskytovatelé Účastníci modelu AFC	5	Oblast č. 3: Poskytovatelé Kdo poskytuje péči?
6	Závěr Závěry a doporučení – integrace komunity a rodiny, budoucí výzkumy, předpoklad vývoje AFC	6	Oblast č. 5: Modely péče v USA Modely poskytování služeb LTC
7	<i>Přílohy</i>	7	Oblast č. 1: Legislativa Zajištění kvality LTC
8	-----	8	Závěr Výhled LTC do roku 2030

Tabulka 5 Tematické celky monografií rešerše výzkumné části práce

(Strana 1 z 2)

Číslo monografie v rešerši	Tematické zaměření monografie	Četnost zkoumaných pojmů
1	Studie OECD: Je potřeba poskytnout pomoc? Poskytování a úhrada za dlouhodobou péči.	42
2	Komunitní péče za účelem stárnoucí společnosti.	2
3	System zdravotní péče v USA: Hodnocení a očekávaná změna přístupu za účelem reformy financování (LTC) ministerstvem financí USA.	10
4	Nejlépe je doma: Zajištění kvality služeb v zařízeních domácího péče a komunitního bydlení.	15
5	Dobrý život ve stáří? studie OECD: Téma standardy kvality péče o seniory.	6
6	Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách.	6
7	Fakta a čísla o dlouhodobé péči: Evropa a Severní Amerika.	8
8	Úvod do komunitního ošetřovatelství.	12

Tabulka 5 Tematické celky monografií rešerše výzkumné části práce

(str. 2 ze 2)

Číslo monografie v rešerši	Tematické zaměření monografie	Četnost zkoumaných pojmů
9	Mezigenerační solidarita v péči o seniory	3
10	Pečování o příbuzné blízké v rodině: pohled na pravidla	9
11	Dlouhodobá péče pro starší občany	6
12	Rozměry managementu dlouhodobé péče: Úvod do základní problematiky.	19
13	Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování.	1
14	Autonomie ve stáří: kapitoly z erontosociologie.	4
15	Zvyšování kvality systému dlouhodobé péče	17

Tabulka 6 Tematické celky článků rešerše výzkumné části práce

(Strana 1 ze 3)

Číslo článku v rešerši	Tematické zaměření článku	Četnost zkoumaných pojmů*)
1	System dlouhodobé péče.	9
2	Náhradní péče v Oregonu - je to mainstream nebo alternativa k domovu seniorů?	5
3	Státní analýza. Vztah mezi investicemi vloženými do užívání služeb založených na domácí a institucionální péči (dopad investic na institucionální péči, je-li více využívána domácí péče).	2
4	Domácí zdravotní péče.	12
5	Bydlení s asistenční (pečovatelskou službou): Neprozkoumaná oblast v péči pro duševně choré	6
6	Nízkokapacitní domy sociální péče ve věku seniora závislého na péči.	6
7	Využití sociálních služeb v procesu stárnutí.	6
8	Geriatrické rehabilitační služby v rámci modelu péče o veterány.	4

Tabulka 6 Tematické celky článků rešerše výzkumné části práce

(Strana 2 ze 3)

Číslo článku v rešerši	Tematické zaměření článku	Četnost zkoumaných pojmů
9	Třicet let oslav od vzniku domácí a komunitní péče: přibližování se k domácímu prostředí.	9
10	Posuzování kvality péče ve dvou zemích: pohled do dvou států.	3
11	Standardy kvality dlouhodobé péče v USA.	10
12	Celostní přístupy pro sociální a zdravotní péči pro choré starší občany: objevování modelů a dílčích aktivit v Severní Americe.	1
13	Stárnutí a péče v domácím prostředí: Snaha o regulaci domácí péče (domáckosti), která zahrnuje nevykázané výdaje.	8
14	Zpřístupnění paliativní péče do modelu domácí péče: zkušenosti z programu paliativní péče v rámci oboru geriatrické uskuťněného v městské komunitě.	6
15	Přehled dlouhodobé péče v USA.	9
16	Profil pečovateli v USA pro ty nejstarší generace (z nejstarších, tj. věku 85 let a více).	1

Tabulka 6 Tematické celky článků rešerše výzkumné části práce

(Strana 3 ze 3)

Č. článku v rešerši	Tematické zaměření článku	Četnost zkoumaných pojmů
17	Péče o starší rodiče: komparativní analýza zákonů týkající se péče rodinného příslušníka o svého bližního.	9
18	Nedostupný zdroj.	0
19	Budoucnost péče o starší občany v jejich domovech.	6
20	Nedostupný zdroj.	0
21	Domov uživatele jako řešení pro integrovanou dlouhodobou péči v USA.	5
22	Dopad na příjem pečující osoby, jestliže pečuje o svého bližního. Socializace důležitým faktorem pro udržení soběstačnosti a sociálního kontaktu.	5
23	Sociální zabezpečení v USA u seniora ve věku 75 let: Mezinárodní stanovisko.	5
24	Výběr domova pěstounské péče nebo domova seniorů: jak senioři nahlížení na změnu typu bydlení a do jaké formy jsou schopni mít kontrolu nad tímto rozhodnutím.	3

Tabulka 7 Síť vztahů monografií

(Strana 1 ze 6)

Pořadové číslo monografie v rešerši		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Celkový počet vztahů pojmů ke zkoumanému tématu monografie		42	2	10	15	6	6	8	12	3	9	6	19	1	4	17
Seznam kategorií a pojmů	Absolutní četnost vztahů	Počet výskytů pojmu v tématu monografie														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Historie a legislativa	3	X													X	X
Teorie a praxe systémů péče	2			X											X	
Historie	2	X		X												
Federální a státní úroveň USA	3												X		X	X
Regionální úroveň	0															
Modely péče v USA - historie	3				X			X	X							
Definice dlouhodobé péče	6	X			X			X				X	X			X
Zákony	6	X			X	X		X					X			X
Federální	2	X											X			
Státní	2												X			X
Regionální	0															
Lokální	1		X													
Instituce	1			X												
Federální	4	X		X				X								X
Státní	3	X						X					X			
Regionální	0															
Lokální	1														X	
Organizace	1	X														
Federální	2	X														X
Státní	1												X			
Regionální	4	X						X					X			X

Tabulka 7 Síť vztahů monografií

(Strana 2 ze 6)

Pořadové číslo monografie v rešerši	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Celkový počet vztahů pojmů ke zkoumanému tématu	42	2	10	15	6	6	8	12	3	9	6	19	1	4	17
Seznam kategorií a pojmů	Absolutní četnost vztahů	Počet výskytů pojmu v tématu monografie													
Standardy kvality	6	X		X	X	X					X				X
Vzrůstající připomínky ohledně kvality péče	5	X			X	X					X				X
Kritéria měření standardů kvality péče	2			X	X										
Formy zajištění kvality	1			X											
Dlouhodobá péče v sektoru péče o seniory	2				X										X
Měření kvality a zvyšování standardů kvality v Evropě	2				X										X
Financování	5	X		X							X	X	X		
Odpovídající financování	1	X													
Příjemci domácí zdravotní péče	2	X					X								
Zdroje a financování	3			X						X	X				
Funkce a účel zdrojů	3	X					X			X					
Úhrada a financování domovů pro seniory	0														
Zdravotní pojištění	1							X							
Sociální pojištění	0														
Medicare	1	X	X												
Medicaid	2											X			X
Domovy seniorů certifikované Medicaid	1	X													
Nerovnoměrné užití zdrojů péče a služeb	2			X	X										
Plátcí	2	X								X					
Soukromé pojištění	0														

Tabulka 7 Síť vztahů monografií

(Strana 3 ze 6)

Pořadové číslo monografie v rešerši		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Celkový počet vztahů pojmů ke zkoumanému tématu		42	2	10	15	6	6	8	12	3	9	6	19	1	4	17
Seznam kategorií a pojmů	Absolutní četnost vztahů	Počet výskytů pojmu v tématu monografie														
Platba za úhradu na zdravotní či soc. péči	1	X														
Dopad péče o příbuzné na příjem blízkých	0															
Pečovatelé: Příjem ze soc. zabezpečení	1	X														
Finanční podpora pro pečovatele	1	X														
Pozůstalostní a pojištění pro staré handicapované občany	0															
Charakteristika nepojištěných jedinců	1			X												
Subjekty a objekty dlouhodobé péče	0															
Individuální stárnutí	2				X										X	
Poskytovatelé	2										X		X			
Faktory ovlivňující rozhodnutí k LTC	0															
Demografické faktory	5	X						X			X	X			X	
Socioekonomické faktory	1														X	
Profile of industry and residents	0															
Politické faktory	0															
Klienti	1															X
Typy klientů	0															
Klienti s intenzivnější potřebou ADL	1	X														
Monitoring potřeb klientů	2	X											X			
Vymezení potřeb v péči o seniory	0															
Duševní zdraví	1	X														
Zdravotní péče	1	X														
Kritéria měření socializace klienta	1	X														

Tabulka 7 Síť vztahů monografií

(Strana 4 z 6)

Pořadové číslo monografie v rešerši		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Celkový počet vztahů pojmů ke zkoumanému tématu		42	2	10	15	6	6	8	12	3	9	6	19	1	4	17
Seznam kategorií a pojmů	Absolutní četnost vztahů	Počet výskytů pojmu v tématu monografie														
Tělesné postižení	1	X														
Charakteristika jedinců dle kritérií	0															
Věková skupina	1							X								
Nemoci	0															
Alzheimerova choroba v rozpětí 65-85 let	0															
Etnická a kulturní příslušnost	2	X											X			
Preference klienta při stěhování z NH do AFC a naopak	0															
Dle typu bydlení (s rodinou, sám, apod.)	2	X						X								
Dle typu bydlení	0															
Zdravotní stav klienta	2			X				X								
Snížená mobilita	2	X											X			
Agentura domácí péče	1															X
Metody práce s klienty	1												X			
duševní zdraví klientů v asistovaném bydlení	0															
Ostatní subjekty LTC	0															
Ostatní zdravotnický personál	0															
- vybavení (přístroje) pro klienty	0															
Obvodní lékaři	1			X												
Vzdělávání odborného zdravotnického personálu	2												X			X
Neodpovídající financování	1				X											

Tabulka 7 Sít' vztahů monografií

(Strana 5 ze 6)

Pořadové číslo monografie v rešerši		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Celkový počet vztahů pojmů ke zkoumanému tématu		42	2	10	15	6	6	8	12	3	9	6	19	1	4	17
Seznam kategorií a pojmů	Absolutní četnost vztahů	Počet výskytů pojmu v tématu monografie														
Domácí pečovatelé	3	X						X			X					
na vedlejší pracovní poměr	2	X											X			
Rizika spojená s profesí v sociální péči	1	X														
Veteráni	0															
Válečný veterán	1									X						
Zaměstnanci	0															
Poskytovatelé: pracovník úklidu v domácnosti, domácí pečovatelé	5	X					X		X	X	X					
Péče v komunitním bydlení	6	X			X		X		X		X		X			
Zásady péče o seniory, posuzování seniorů	2						X		X							
Ošetrovatelský proces v komunitě	2						X		X							
Rezidentní péče	3				X								X			X
Typy poskytovaných služeb o seniory	0															
Bydlení s asistenční službou	0															
Zdravotní péče	2						X		X							
Role komunitní sestry, menšiny	1				X											
ambulantní zařízení	0															
Rezidentní bydlení	1				X											

Tabulka 7 Síť vztahů monografií

(Strana 6 ze 6)

Pořadové číslo monografie v rešerši	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Celkový počet vztahů pojmů ke zkoumanému tématu	42	2	10	15	6	6	8	12	3	9	6	19	1	4	17
Seznam kategorií a pojmů	Absolutní četnost vztahů	Počet výskytů pojmu v tématu monografie													
Domy pěstounské péče	4	X				X		X		X					
Komunitní bydlení	1	X													
Základní poradenství a nácvik soběstačnosti	1	X													
Akutní péče	0														
Postakutní péče	0														
Zmírnění bolesti a (péče) o bolest/Paliativní péče	1											X			
Pomocné technologie ve zdravotní a sociální péči	0														
Paliativní péče	0														
Opatrovnictví	1	X													
	0														
Sociální programy v praxi	1											X			
Denní centra	0														
Výzvy v problematice péče o seniory	1	X													
	0														

Tabulka 8 Síť vztahů článků

(Strana 1 ze 4)

Pořadové číslo článku v rešerši		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Celkový počet vztahů pojmů ke zkoumanému tématu článku		9	5	2	12	6	6	6	4	9	3	10	1	8	6	9	1	9	0	6	0	5	5	5	3	
Seznam kategorií a pojmů	Absolutní četnost vztahů	Počet výskytů pojmu v tématu článku																								
Historie a legislativa																										
Teorie a praxe systému péče	2													X	X											
Historie	0																									
Federální vláda	2				X			X																		
<i>Vlády států USA</i>	0																									
Modely péče o seniory- historie	4									X	X				X										X	
Legislativa																										
Zákony	5				X					X				X						X		X				
Federální	9				X			X	X	X	X	X		X				X				X				
Státní	0																									
Regionální	0																									
Lokální	3									X				X		X										
Instituce																										
Federální	7				X		X			X	X							X						X	X	
Lokální	3													X								X		X		
Organizace	0																									
Federální	2															X									X	
Státní	1											X														
Regionální	0																									
Lokální	1																	X								

Tabulka 8 Síť vztahů článků

(Strana 2 ze 4)

Číslo článku v rešerši		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Celkový počet vztahů pojmů ke zkoumanému tématu článku		9	5	2	12	6	6	6	4	9	3	10	1	8	6	9	1	9	0	6	0	5	5	5	3
Seznam kategorií a pojmů	Absolutní četnost vztahů	Počet výskytů pojmu v tématu článku																							
Standardy kvality	6					X				X	X		X		X					X					
Kritéria měření standardů kvality péče	1										X														
Alternativní metody kvality péče	1										X														
Financování	1																	X							
Zařízení péče certifikováno Medicaid	4	X		X						X										X					
Dopad politiky sociálních příspěvků na příjem příbuzných	1																						X		
Faktory ovlivňující rozhodnutí k LTC	1		X																						
Funkce a účel zdrojů	1																								X
Medicaid	6	X		X	X						X					X				X					
Medicare	4				X										X		X					X			
Pozůstalostní a pojištění pro staré a handicapované občany	1																							X	
Odpovídající způsob financování z rozpočtu federální vlády USA	1				X																				
Správa plateb a směrnice pro bydlení s asistenční službou pro osoby s handicapem	2					X																		X	

Tabulka 8 Sít' vztahů článků

(Strana 3 ze 4)

Číslo článku v rešerši		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Celkový počet vztahů pojmů ke zkoumanému tématu článku		9	5	2	12	6	6	6	4	9	3	10	1	8	6	9	1	9	0	6	0	5	5	5	3
Seznam kategorií a pojmů	Absolutní četnost vztahů	Počet výskytů pojmu v tématu článku																							
Samoplátcí za poskytnuté zdravotní a sociální služby	2															X								X	
Soukromé pojištění	1					X																			
Zdroje financování	3										X					X							X		
Klienti																X									
Institucionální/Domovy seniorů (assisted living)	2		X															X							
Jedinci - Charakteristika (kritéria)	2		X				X																		
(Telemedicine)	2							X																	X
Mimoústavní péče	1	X																							
Obvodní lékaři	2				X			X																	
Ostatní zdravotnický personál	1				X																				
Politické faktory	4													X			X	X		X					
s asistenční službou	0																								
domovem seniorů a domovem pěstounské	0																								
Profil odvětví	4	X				X					X					X									
Rezidentní bydlení	0																								
Socioekonomické faktory	2	X																X							
Typy klientů	3						X		X																X
Věková skupina	2	X																					X		
Veteráni	2							X	X																

Tabulka 8 Sít' vztahů článků

(Strana 4 ze 4)

Číslo článku v rešerši		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Celkový počet vztahů pojmů ke zkoumanému tématu článku		9	5	2	12	6	6	6	4	9	3	10	1	8	6	9	1	9	0	6	0	5	5	5	3
Seznam kategorií a pojmů	Absolutní četnost vztahů	Počet výskytů pojmu v tématu článku																							
Modely péče o seniory v USA																									
Pěstounská péče o seniory/Domáci	2				X	X																			
Zařízení na bázi komunitního bydlení	2											X	X												
Akutní péče	1														X										
Zacházení s bolestí uživatele	0																								
Pomocná technologie v lékařství	1								X																
Paliativní péče	1														X										
Sociální programy v praxi	1	X																							
Denní centra pro seniory	1	X																							

Tabulka 9 Výhled vývoje populace USA v období 2010–2040

Věkové rozmezí	Populace obyvatelstva k 1. 7. 2012 (čísla uvedena v tis. obyvatel)				
	Rok	2010	2020	2030	2040
Věk 45 let < 64 let		80,98	84,356	84,296	92
65 let a více		40,229	54,804	72,092	81,238
85 let a více		5,751	6,597	8,745	14,198
100 let a více		79	135	208	298

Zdroj: (Guo, Castilla 2012, s. 213)

Tabulka 10 Přehled hlavních zdravotních obtíží seniorů v USA

Onemocnění	Domovy s alternativními formami péče o seniory		Domovy seniorů	
	Medicaid, % (n = 150)	Soukromé pojištění % (n = 255)	Medicaid, % (n = 188)	Soukromé pojištění % (n = 214)
Demence	23	38	42	44
Kardiologické onemocnění	20	22	32	28
Artritida	13	11	14	10
Mrtvice	16	23	21	21
Potíže s krevním tlakem	11	5	10	9
Poruchy nosného aparátu, svalů	10	10	15	9
Duševní onemocnění	14	11	6	7
Zrak	8	7	5	4
Fraktura kyčle	3	5	7	17
Dýchací onemocnění	9	4	10	5
Parkinsonova choroba	4	5	5	10
Diabetes	11	8	10	7
Závislost na alkoholu	7	1	3	3
Inkontinence	4	3	2	3
Mentální retardace/zaostalost	5	1	3	0
Stáří	3	5	1	0
Obtíže se sluchem	3	5	2	2
Jiné neurologické obtíže	3	1	5	5
Onkologické onemocnění	4	2	1	4
Epilepsie	3	2	9	2
Potíže vyměšovacího ústrojí	1	1	8	11
Skleróza	1	3	2	3
Jiné diagnostikované obtíže ^{a)}	4	3	12	14
Obtíže nelékařského charakteru ^{b)}	10	7	3	5
Respondentovi nejsou známy jiné obtíže	4	3	-	-

a) Tato kategorie zahrnuje specifické diagnózy, které uvedlo méně než 1% respondentů

b) Tato kategorie zahrnuje jiné diagnózy než medicínského charakteru, které uvedlo méně než 1% respondentů, např. nadváhu.

Zdroj: (Guo, Castillo 2012, s. 225)

Tabulka 11 Přínos programu Naturally Occured Retirement Community (NORC)

Benefity programu dožití seniorů v jejich přirozeném prostředí (program NORC v USA)	Překlad do českého jazyka
NORCs promote health (physical, psychological and social) and well Reduce incidences of heart disease, falls and Alzheimer's	NORC zlepšuje zdraví (fyzické, duševní a sociální) Snižuje frekvenci srdečních onemocnění, pádů a zmírňuje projevy
Increase knowledge and awareness of available community-based resources	Motivuje ke zvýšení vzdělanosti a podvědomí o dostupnosti "komunitních služeb" v oblasti bydliště klienta
Promote volunteerism	Podporuje dobrovolnictví
Promote positive perceptions of health and usefulness	Prosazuje pozitivní vnímání zdraví a jeho užitečnost
Promote positive expectations about community living	Pomáhá naplňovat očekávání uživatelů od komunitní aktivity
Prevent costly institutionalization	Zasazuje se o finančně dostupnější péči než je institucionální
Reduce health care costs	Snižuje náklady na zdravotní péči
Offer a wide range of services and interventions	Nabízí širokou škálu služeb a případné intervence
NORCs maintain and extend quality of life for older adults	NORCs udržuje a zvyšuje kvalitu služeb pro seniory

Zdroj: (Holley, aj., 2009, s. 1926)

Tabulka 12 Typické intervence poskytované programem PATCH

Přesně stanovená intervence poskytovaná programem paliativní péče (Program All-Access-Through-Care)
Lékařská intervence
Vyhodnocení nejvíce obtěžujících symptomů a vytvoření léčebného plánu
Časté přezkoumání zdravotního stavu uživatele s důrazem na kvalitu života
Úprava medikace po propuštění z nemocničního či rehabilitačního centra
Edukace klienta týkající se užívání medikace a omezení užívání několika typů léků včetně přehodnocení a užitečnosti léků
Koordinace včetně zdravotních sester působících v domácnosti, odborných lékařů, lékárníků a dalších lékařských odborníků
Zhodnocení domácího prostředí (tzv. sociální šetření)
Vyhodnocení míry bezpečí v domácím prostředí klienta
Potřeba pro další služby, včetně odborné zdravotní péče, tělesná a odborná terapie, a nelékařské a podpůrné služby
Potřebnost odolného lékařského vybavení
Provedení sociální práce dle úzusu sociálního pracovníka
Komunikace a cíle péče
Diskuse o prognóze vývoje nemoci a možná očekávání ze strany klienta
Konzultace týkající se kardiopulmonální resuscitaci
Zaznamenávání klientova přání a rodiny vztahující se k opětovné hospitalizaci
Vysvětlení podstaty hospicu a poslání dle potřeby
Poskytnutí poradenství rodinným příslušníkům a pečovatelům jak se postavit k nemoci
Zamezení překážek na straně pečovatelů a zajištění dostatek zdrojů
Dostupnost
Zkušenější zdravotní sestry dostupné denně na telefonu, které zvládají řešit neodkladné záležitosti klientů
Tísňová linka v provozu 24 hod. denně s přímým přepojením na geriatra

Zdroj: Guo, Castillo 2012, s. 220)

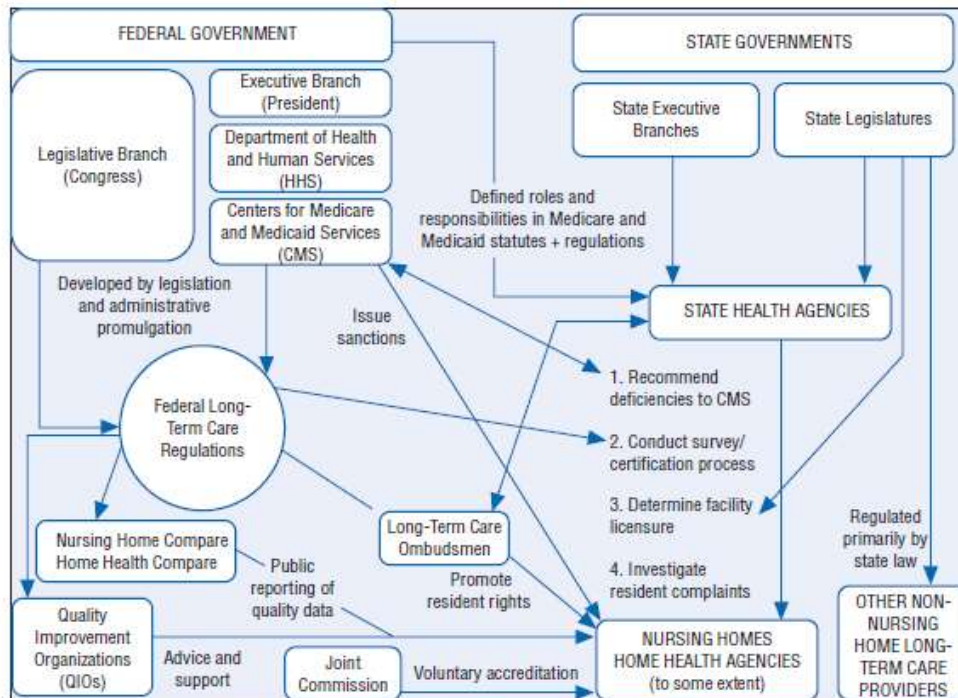
Tabulka 13 Faktory při rozhodování seniorů mezi AFC a domovem seniorů

Faktory při rozhodování seniorů mezi AFC a NH				
Proměnná	Adult Foster Care homes (N=260)		V domovech seniorů (N=179)	
	n	%	n	%
Kontrola nad rozhodnutím se přestěhovat:				
Zcela jistě	109	43	45	26
Jistě, s výhradami	78	30	45	26
Nízká nebo žádná schopnost se rozhodnout	69	27	84	48
Zvážení nabídky v jednom a více forem bydlení	85	36	71	44
Rozhodnutí se přestěhovat považuje respondent za dobré	242	94	144	85
Jedinci ovlivnění rozhodnutím:				
rodinného příslušníka	157	62	116	66
obvodního lékaře	72	29	77	47
zdravotní sestra v domácí péči	18	7	18	11
Sociální pracovník na plánování postakutní péče	22	9	24	15
Sociální pracovník	44	18	27	16
Case manager	17	7	17	10
Okolnosti před stěhováním:				
Pobyt přes noc v nemocnici	115	46	112	64
Nemoc vyžadující extenzivní péči	55	22	49	28
Nehoda/zranění	78	31	57	33
Pád	69	27	66	38
Ztráta paměti	63	25	37	21
Čerstvé vážné onemocnění	53	21	37	21
Změny v životě před přestěhováním:				
Úmrtí druha/družky/partnera/partnerky	29	12	19	11
Úmrtí pečovatele	23	9	10	6
Pečovatel se odstěhoval	28	11	11	6
Ztráta příjmu/finanční obtíže	35	14	18	16

Pozn.: Procentuální podíl se může lišit v důsledku chybějících hodnot.

Zdroj: (Reinrady, Kane 1999, s. 578)

Obrázek 1 Legislativní rámec systému dlouhoobé péče o seniory v USA



Zdroj: (Stevenson, Bramson in OECD 2013, s. 251)

Obrázek 2 Nabídka forem a modelů péče o seniory v USA



Zdroj: (Singh 2014, s. 16)

Obrázek 3 Residence Atria Palm Beach (stát California, USA)



Zdroj: (Atria Palm Beach Desert 2016; viz seznam zdrojů s. 138)

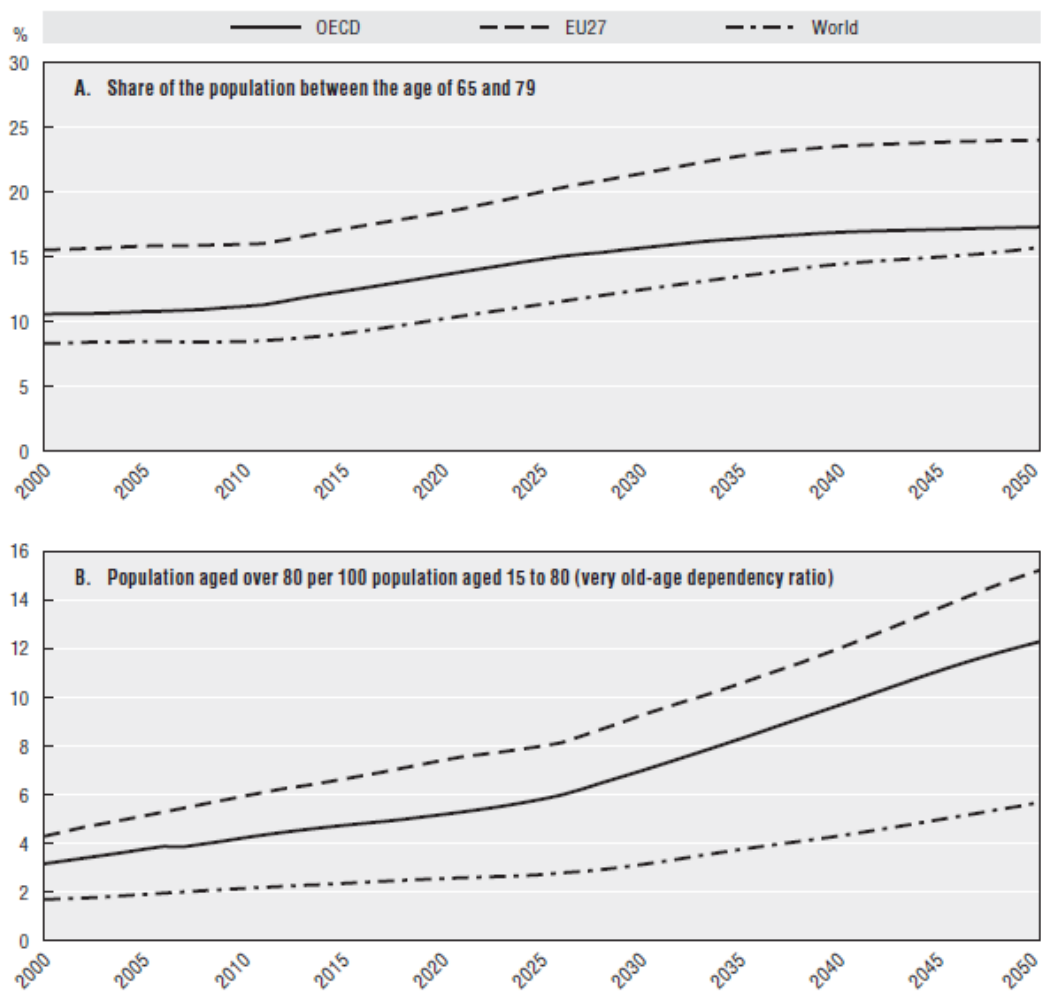
Obrázek 4 Apartmán Atria Palm Beach



Zdroj: (Atria Senior Living 2016; viz seznam zdrojů s. 138)

Graf 1 Nárůst občanů od 85 let a výše závislých na pomoci druhých

Figure 2.4. The very old-age dependency ratio is increasing rapidly



Zdroj: (OECD Labour and Demographic Database 2010 in Colombo 2011, s. 65)