

na úhradu drobných a osobních potřeb se poskytuje kapesné ve výši 310 Kčs měsíčně. Výše celkové úhrady za pobyt v domově - penziónu se určuje obyvateli podle typu obytné jednotky, základního provozního zařízení, vybavení a poskytování základní péče. Velmi obtížně se řeší situace, které vznikají při nutnosti přemístění obyvatele z domova - penziónu do domova režimového typu, v důsledku změny zdravotního stavu, vzniku závislosti a podobně. Lze předpokládat, že i zde dojde brzy ke změnám.

V současné době je v ČSFR 41 903 míst v domovech důchodců (z toho 33 288 v ČR) a 5957 míst v domovech penziónech (z toho v ČR 4327). Přesto, že se počet míst neustále zvyšuje, nestačí uspokojit staré občany žádající o umístění. To bude potřebovat, jak se v současné době ukazuje, 2,5 až 3,5 procenta obyvatel z populace 65 leté a starší, tj. kolem 50 tisíc obyvatel.

V domovech důchodců je téměř polovina obyvatel trvale závislá na pomoci jiné osoby, což klade značné nároky na pracovní síly a vyžaduje zvýšené poskytování všech služeb včetně zdravotnických.

Zdravotní péči zajišťují lékaři okresních ústavů sociálních služeb se specializací všeobecného lékařství nebo úvazkem lékaři okresního ústavu národního zdraví v rámci rajonizace. Potřeba péče je vysoká vzhledem k vysoké nemocnosti starých lidí.

Typizační směrnice pro výstavbu nových domovů důchodců respektují všechny potřeby pro zdravotní zabezpečení vyčleněním vlastních nemocničních pokojů, vlastní rehabilitaci, vybavení instrumentářiemi a pomůckami pro reaktivaci a rekondici i pro společenské vyžití.

Nepříznivá je situace v počtu lůžek ve specializovaných ústavech sociální péče, zejména pro smyslově a mentálně postižené. Čekací doby se mnohdy pohybují kolem 3 - 5 let, a tak se žadatel přijetí do ústavu spíše nedočká. V rámci těchto zařízení, ve spolupráci se zdravotnickými institucemi, by se např. měly řešit otázky umístování dementních osob a chronických starých alkoholiků.

V brzké budoucnosti lze v péči o staré občany předpokládat zapojení církve a různých dobrovolnických organizací a to jak v terénní, tak ústavní péči.

#### LITERATURA:

1. DOHNAL, K.: Komplexní přístup. Sociální politika, 13, 1987, 7, s. 154-156.
2. DOHNAL, K.: Komplexní zdravotně sociální péče o osoby vyššího věku. Zdrav. prac. 37, 1987, 4, s. 197-204.
3. DOHNAL, K.: Léčebny pro dlouhodobě nemocné a geriatricie. Prakt. lék. (Praha) 63, 1985, 5, s. 161-165.
4. DOHNAL, K.: Deset let léčeben pro dlouhodobě nemocné. Čas. lék. čes. 123, 1984, 33, s. 127-130.
5. KALVACH, Z., HAŠKOVCOVÁ, H., DOHNAL, K.: Zdravotní výchova v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a v doléčovacích jednotkách. Ústav zdravotní výchovy, Praha, 1983, Metodický list č. 54.
6. KRAUS, J.: Projekce obyvatelstva světa. Demografie, 1986, č. 2, s. 167-173.
7. NOVÝ, K., VIŠEK, P.: Společenská péče o staré občany. Právní poradna Práce, Praha, 1988.
8. PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H.: Gerontologie. Praha, Avicenum, 1981
9. REBAN, J.: Primární geriatrická péče. ZN, 29, 1980, 27, s. 3
10. VIRSÍK, K.: Výživa osob vyššího věku. Výž. Zdravie, 27, 1982, 12, s. 271-273.
11. Ucta ke starším. Koncepce dlouhodobého společenského programu, ČsČK, 1982.