

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Odlehčovací péče v Jihočeském kraji

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Mgr. Lenka Motlová

16. 8. 2010

Autor:

Bc. Lucie Sošková

Respite Care in the Region of South Bohemia

If a person suffers from a disease that lasts for a long time, or sometimes for the remainder of his life, his family and other close relatives usually try hard to care for him and provide him all biological, psychical and social support. They must have proper conditions for such care and also state support of these caregivers is essential. Respite care helps caregivers to have a rest and get new energy. Thanks to the respite care, the caregivers can see the sense of their efforts.

The theoretical part of my thesis is focused on the old age and aging, on changes in the old age, the population aging and on the self-sufficiency and independency of the elderly. I mention here the definition of social services, the definition of respite care according to Act No.108/2006 Coll. on social services and also the information related to caregivers and to the dignity of the respite care consumers.

The objective of the thesis was to survey the forms of care provided and resources of respite care financing in the facilities for the elderly in South Bohemia. In the practical part of the thesis the qualitative research and the polling method were applied. The research was carried out by the technique of an interview with open questions, 11 workers from facilities providing respite care for the elderly in South Bohemia were interviewed. The research was mainly focused on forms of the respite care (outpatient treatment, in-home respite, specialized facilities respite), respite care providers and resources of respite care financing.

During the research I set the main research question: What are the real forms of the respite care in South Bohemia from the point of view of social facilities workers? To answer this question I set five research sub-questions. The research has shown that health and social facilities mostly provide the form of the respite care, when the consumer stays in the facility for several days or weeks. The respite care is financed by the consumers and by the subsidies from the Ministry of Work and Social Affairs of the Czech Republic and from South Bohemia. The frequency of the use of the respite care depends on the season of the year. More consumers seek this care and the facilities during summer holidays. The big advantage of the respite care is the fact that the

caregivers can get energy and have a rest. The disadvantage, from the consumer's point of view, is the fact that the consumer loses for some time his own social environment and has to adapt to the new environment.

The thesis can be used to increase the awareness of public of respite care and its forms for the elderly in South Bohemia.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Odlehčovací péče v Jihočeském kraji, vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě/ v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdání textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 16. srpna 2010

.....

Lucie Sošková

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Lence Motlové za cenné rady a připomínky při vedení mé diplomové práce. Také děkuji za ochotu pracovníkům ze zařízení, kde jsem prováděla výzkum.

OBSAH

| | |
|--|----------|
| Úvod | 8 |
| 1 Současný stav | 9 |
| 1.1 Pojem stáří a stárnutí, změny ve stáří, soběstačnost seniorů | 9 |
| 1.1.1 Rozdělení stáří | 9 |
| 1.1.2 Gerontologie a Geriatrie | 10 |
| 1.1.3 Změny ve stáří | 11 |
| 1.1.4 Model adaptace na stáří | 14 |
| 1.1.5 Soběstačnost seniorů | 15 |
| 1.1.6 Funkční různorodost seniorů | 16 |
| 1.1.7 Stárnutí populace | 17 |
| 1.1.8 Charakteristika seniorské populace | 19 |
| 1.2 Klinické vyšetření seniora | 20 |
| 1.2.1 Anamnestický rozhovor | 20 |
| 1.2.2 Fyzikální vyšetření | 22 |
| 1.2.3 Orientační vyšetření psychického stavu | 22 |
| 1.2.4 Orientační neurologické vyšetření | 22 |
| 1.3 Zdraví a nemoc | 22 |
| 1.3.1 Podpora zdraví seniorů | 23 |
| 1.3.2 Specifické rysy nemocnosti ve stáří | 24 |
| 1.3.3 Nejčastější nemoci vyššího věku | 25 |
| 1.4 Definice sociálních služeb, standardy sociálních služeb, vymezení odlehčovacích služeb, financování služeb sociální péče | 30 |
| 1.4.1 Obecné principy poskytování sociálních služeb | 31 |
| 1.4.2 Standardy sociálních služeb | 31 |
| 1.4.3 Financování služeb sociální péče | 33 |
| 1.4.4 Odlehčovací služba podle zákona o soc.sloužbách | 37 |
| 1.5 Respitní péče, pečující osoby a klient odlehčovacích služeb | 38 |
| 1.5.1 Pečující osoby | 41 |

| | |
|--|-----------|
| 1.5.2 Ošetřovatelství při dlouhodobé péči o nemocné..... | 43 |
| 1.5.3 Důstojnost klienta odlehčovací péče | 44 |
| 2 Cíl práce | 46 |
| 2.1 Cíl práce | 46 |
| 2.2 Výzkumná otázka | 46 |
| 2.3 Operacionalizace pojmů | 47 |
| 3 Metodika | 49 |
| 3.1 Metody a techniky sběru dat | 49 |
| 3.2 Realizace výzkumu | 50 |
| 3.3 Charakteristika výzkumného souboru | 51 |
| 4 Výsledky | 52 |
| 5 Diskuse | 73 |
| 6 Závěr | 82 |
| 7 Seznam použitých zdrojů | 83 |
| 8 Klíčová slova | 89 |
| 9 Přílohy | 90 |

Úvod

Při celoroční každodenní péči o člena rodiny či jinou blízkou osobu musí mít pečující osoba velkou fyzickou i psychickou výdrž, motivaci k této činnosti. Pečovatelé, kteří se starají o nemocné, osoby s postižením či seniory potřebují alespoň jednou za čas vystřídat v péči a načerpat síly. V tomto případě mohou využít odlehčovací službu. Odlehčovací péče pomáhá nejen tím, že zastoupí v péči na určitou dobu, ale podpoří pečující osobu v jejím snažení i po psychické stránce. Činnost pečovatелů má velký smysl a pokud budou dobře fungovat odlehčovací služby, nemusíme se bát, že by pečovatелů bylo méně.

V diplomové práci jsem se zaměřila na jednu z cílových skupin klientů odlehčovací péče, seniory. Téma zabývající se odlehčovací péčí jsem si vybrala z důvodu mého zájmu o seniory a také jsem se chtěla dozvědět více informací o odlehčovací péči. Důležitost tématu vidím v tom, že odlehčovací služby se rozšiřují a jsou více známy.

V teoretické části popisují stáří a stárnutí, změny ve stáří, soběstačnost seniorů. Dále píšou obecně o sociálních službách, standardech sociálních služeb, o vymezení odlehčovacích služeb, financování služeb sociální péče a o respitní péči, pečujících osobách a klientech odlehčovacích služeb. Také jsem do teoretické části zahrнула témata ze zdravotního hlediska, jsou to klinická vyšetření seniora; zdraví a nemoc.

V praktické části je uveden cíl práce, operacionalizace pojmů, hlavní výzkumná otázka a dílčí výzkumné otázky.

V této práci je cílem zmapovat formy, poskytované činnosti a zdroje financování odlehčovacích služeb ve zdravotně sociálních zařízeních pro seniory v Jihočeském kraji. Údaje budu zjišťovat kvalitativním výzkumem. Sběr dat byl proveden metodou dotazování, technikou strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Rozhovor jsem vedla s 11 pracovníky ze zařízení poskytujících odlehčovací služby v Jihočeském kraji.

1 Současný stav

1.1 Pojem stáří a stárnutí, změny ve stáří, soběstačnost seniorů

Stáří a stárnutí nejsou pojmy totožné (48). **Stáří** je obtížně definovatelná poslední fáze života, v níž se projevují involuční změny (zánikové, atrofické, „poklesové“). Dochází k zhoršování zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu (16).

Právě stáří je obdobím, kdy některé nemoci a poruchy se vyskytují častěji (8).

Stárnutí je proces všeobecným, stárne celá populace, a zároveň individuální, jelikož stárne konkrétní jedinec (48). Stárnutí je projevem biologických dějů, které nastávají v čase a po určitý čas trvají (6).

1.1.1 Rozdělení stáří

Z lékařského a demografického pohledu považujeme v České Republice za počátek stáří věk 65 let (8).

Dále stáří rozdělujeme na etapy:

- a) 60 – 74 let počínající stáří;
- b) 75 – 89 let vlastní stáří;
- c) 90 let a více dlouhověkost (8).

Další rozdělení stáří:

- a) 65 – 74 let mladí senioři;
- b) 74 – 84 let staří senioři;
- c) 85 a více let velmi staří senioři (8).

Kalendářní stáří

Je jednoznačně vymežitelné, ale nepostihuje zcela individuální rozdíly (17).

Často dochází k rozporům mezi stářím kalendářním (věkem člověka) a stářím biologickým (16).

Biologické stáří

Je označení pro konkrétní míru involučních změn daného jedince. Jeho přesné vymezení se však nedaří (17).

Věk biologický odpovídá stavu jednotlivých orgánů (8).

Sociální stáří

Postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu a ekonomického zajištění. Za počátek sociálního stáří je považován vznik nároku na starobní důchod či skutečné penzionování (17).

1.1.2 Gerontologie

Je souhrn poznatků o stárnutí, stáří a životě ve stáří (16).

Původně se gerontologie utvářela jako multidisciplinární různých oborů, nyní jsou patrné tendence k formování interdisciplinárního oboru. Obor je zaměřen na specifické potřeby a na zkvalitňování života seniorů (17).

Rozdělení gerontologie

Gerontologie experimentální se zabývá příčinami mechanismy stárnutí živých organismů (16).

Gerontologie sociální se zabývá společenskými souvislostmi individuálního i populačního stárnutí. Zasahuje do psychologie, sociologie, sociální práce, politologie, pedagogiky, práva, ekonomie a do dalších oblastí (16).

Gerontologie klinická se zabývá problematikou zdraví, chorob, funkčního stavu a kvalitou zdraví ve stáří. Označuje se častěji jako *Geriatric* (16).

Geriatric

V širším slova smyslu geriatric označuje celou geriatrickou medicínu, která prostupuje všechny klinické obory dospělého věku (16).

V užším slova smyslu je geriatric označením specializačního lékařského oboru (16).

Geriatric vychází z poznatků, že znalost zvláštní diagnostiky a terapie chorob ve stáří, rozpoznání geriatrických rizik a důraz na udržení soběstačnosti a fyzické zdatnosti zlepšují prognózu seniorů v případě onemocnění (38).

Geriatric se zabývá ve své péči obvykle pacienty staršími 75 let a to proto že většina ze seniorů už vykazuje změny typické pro stáří. Z preventivního pohledu se ale moderní gerontologie a geriatric orientují na tzv. mladé seniory, kteří mohou pozitivní změnou životního stylu ovlivnit své zdraví (8).

1.1.3 Změny ve stáří

Jak stárneme, dochází k změnám ve všech orgánech a tkáních, ve všech buňkách našeho těla. K běžným změnám, které s sebou nese určitý věk, se řadí ztráta síly a životní energie (6).

S věkem se snižuje činnost téměř všech orgánů, vrcholu efektivnosti dosahují kolem 30 let, poté začíná pomalý, ale postupný pokles. Přesto zůstává většina funkcí zachována a je postačující do konce života (42).

Změny ve stáří rozděluje na tělesné, psychické a sociální (viz **tabulka 1**).

Tab. 1 Změny ve stáří

| Změny ve stáří | | |
|----------------------------|---------------------------|-----------------------|
| tělesné změny | psychické změny | sociální změny |
| změny vzhledu | zhoršení paměti | odchod do penze |
| úbytek svalové hmoty | obtížné osvojování nového | změna životního stylu |
| změny termoregulace | nedůvěřivost | stěhování |
| změny činnosti smyslů | snížená sebedůvěra | ztráta blízkých lidí |
| degenerativní změny kloubů | sugestibilita | osamělost |
| kardiopulmonální změny | emoční labilita | finanční obtíže |
| změny trávicího systému | změny vnímání | |
| změny vylučování moči | zhoršení úsudku | |
| změny sexuální aktivity | | |

Zdroj : (Venglářová, 2007)

Změn přichází v životě seniora mnoho. Lidé se liší ve schopnosti změny přijmout a vyrovnat se s nimi. Důležité je aby nebylo změn nad únosnou míru. Změna musí mít pro svého nositele smysl, pak ji může lépe přijmout. Vyrovnání se předpokládá pomoc rodiny a okolí a také toleranci a trpělivost s člověkem, který se změnou potýká (40).

Vysoká nemocnost seniora a její následky vedou k vysoké potřebě ambulantních i ústavní zdravotní péče a sociální péče a potřebě pomoci druhé osoby. Mimořádná zátěž leží na rodině seniora. Pečující rodina vyžaduje i pomoc společnosti (48).

Při větších zdravotních problémech, nemožnosti pomoci blízkých osob, osamělosti, teprve nastupuje **institucionální péče**. Přes všechnu snahu jde o krajní řešení a mnoho seniorů ji nese úkorně (viz **tabulka 2**) (40).

Tab. 2 Změny ve stáří a jejich odraz v chování seniora v ústavní péči

| Fyziologické změny | |
|--|--|
| Změny spánkového rytmu. | Pospívání během dne, noční neklid. |
| Úbytek energie. | Zvýšená potřeba pomoci zdánlivě neodpovídá zdravotnímu stavu. |
| Snížená chuť k jídlu, snížený pocit žízně. | Malnutrice, dehydratace. |
| Poruchy soustředění a paměti. | Hledání věcí, nepozornost, vyžadování opakování informací, nařčení z krádeže věcí. |
| Kognitivních funkce | |
| Zhoršení intelektu. | Při potřebě zvládat nové situace. |
| Zhoršení komunikace. | Déle hledá slova, hůře vybavuje, nerozumí sdělení. Zhoršeno při poruše smyslů. |
| Orientace. | Bloudění, zvláště v neznámém terénu. |

Zdroj : (Venglářová, 2007)

Při výběru vhodného zařízení institucionální péče zohledňujeme :

- a) Lokalitu, ve které se zařízení nachází a dostupnost zařízení pro návštěvy.
- b) Velikost zařízení
- c) Typ poskytovaných služeb, zda je většina klientů mobilních nebo imobilních.
- d) Cena pobytu v zařízení, čekací doba apod. (40).

Podle evropské sociální charty seniorů, by měl mít senior nebo jeho ošetřovatel nárok :

- a) na pomoc při zhoršení zdravotního stavu, kterou mu zprostředkuje praktický lékař nebi tým domácí péče.
- b) na dva až tři týdny respitní péče - pobytu v domově důchodců, ošetřovatelském ústavu či nemocnici podle pacientova zdravotního stavu. Tento pobyt může být předem domluven tak, aby časově vyhovoval pacientovi i pečujícím (3).

1.1.4 Model adaptace na stáří

a) Konstruktivní přístup

Během reduktivního věku si může člověk připravovat aktivity, které později rozvine. Součástí přípravy na stáří je snaha o udržení tělesného zdraví formou vhodného stavování a pohybových aktivit. Je důležité mít širší síť přátel a známých, pokud máme jednoho nebo dva blízké přátele, můžeme se po jejich odchodu dostat do sociální izolace. Díky pěstování dobrých vztahů s rodinou je senior podporován dětmi a vnoučaty (40).

b) Závislost na okolí

Tělesné obtíže potencují závislost na rodině nebo zdravotnících. Rodina je manipulována obtížemi seniora k intenzivním kontaktům (40).

Místo seniora v rodině úzce souvisí se stupněm jeho fyzické nezávislosti a psychického zdraví (42).

V ústavné péči se také setkáváme s klienty, kteří mají větší potřebu přítomnosti pomoci od personálu (40).

c) Obranná strategie

Je typická pro profesně a společensky úspěšného člověka, který v životě psíše dával a sám byl soběstačný. Odmítá přijmout stáří, bojí se závislosti. Svoji společenskou pozici se snaží udržet, do penze odchází až na nátlak (12).

d) Nepřátelský postoj

Tento postoj zaujímá senior pokud je situace složitější a nestačí k zvládnutí obranné mechanismy. Nepřátelství – hostilitu senior projevuje personálu, rodině, okolním lidem, ostatním klientům. To je příčinou častých problémových situacích v péči klienty vyššího věku (40).

Hrozbou stáří je podezřívavost. Dosáhne-li chorobného stupně, mluvíme o paranoitidě. Ohrožuje zvláště osamělé seniory (30).

e) **Strategie sebenenávisti**

Člověk je nepřátelský vůči sobě samému, připisuje si vinu za své nezdary. Svůj život hodnotí kriticky, netouží ho znovu prožít. Je smířen s faktem stáří, ale neumí zaujmout konstruktivní postoj. Zanedbává společenské styky, cítí se osamělý a zbytečný. Věří v osudovost života, považuje se za oběť (12).

1.1.5 Soběstačnost seniorů

Ztráta soběstačnosti patří k nejzávažnějším důsledkům různých chorob ve stáří. Soběstačnost je chápána jako schopnost uspokojovat běžné potřeby samostatně v daném prostředí. Jde tedy o poměr mezi zdatností pacienta a náročností prostředí. Proto také k zachování nebo obnově soběstačnosti vede nejen léčení a rehabilitace pacienta, ale také ovlivňování jeho prostředí (bezbariérová úprava, kompenzační pomůcky) (16).

Zdravotní stav a stupeň soběstačnosti představují faktory, které významně ovlivňují životní způsob ve stáří i stupeň integrace seniorů do společnosti (37).

Tam, kde je praktická soběstačnost výrazně redukována, je třeba všemi prostředky usilovat o její obnovu. Ztráta soběstačnosti, pokud je senior schopen vzhledu do své situace, pociťována jako trýzeň. Také bezprostřední okolí považuje ztrátu soběstačnosti za neštěstí svého druhu. Moderní společnost akcentuje negativní hodnocení ztráty soběstačnosti a z toho vyplývající závislost jedince na druhých lidech, a to proto, že favorizuje mládí, funkčnost a plnou nezávislost (5).

K hodnocení soběstačnosti se používá Test denních **aktivit podle Barthelové (ADL)**, také původní Katzův test či systém FIM (hodnocení funkční nezávislosti) (16). Denními aktivitami se rozumí běžné denní činnosti, jako je hygiena, oblékání, výživa, vyprazdňování. Zdravý člověk je vykonává samostatně, bez pomoci druhých. Charakteristické pro denní aktivity je jejich pravidelnost, automaticnost. Ve své podstatě odpovídají denní aktivity biologickým potřebám člověka, tvoří v Maslowově pyramidě potřeb základnu (39).

Častým testem pro měření soběstačnosti je **Test instrumentálních aktivit denního života (IADL)**. Instrumentální aktivity jsou- vaření, nakupování, telefonování, užívání léků, jízda dopravním prostředkem (8).

Dále je u geriatrických pacientů nutné posoudit **psychický stav**, soustředíme se na dva největší problémy vyššího věku: na demenci a depresi (8).

Pro diagnostiku kognitivních poruch (poruchy paměti, soustředění) používáme různé testy. Mírnou poruchu paměti může zachytit *Newyorský větný test*. Velmi praktický je *test hodin*. Senior má vyznačit polohu ručiček v určitém čase. Dobře standardizovaný, mezinárodně srovnatelný a relativně snadný je *Folsteinův test MMSE*, který používáme u počínající a mírné demence (8).

Deprese ve vyšším věku je velmi závažným onemocněním, které seniora ohrožuje na zdraví (např. zhoršení výživy, prochladnutí, dehydratace), ale také přímo na životě (sebevražda). Jako diagnostické pomůcky se používá škály deprese – *Hamiltonova škála* (8).

1.1.6 Funkční různorodost seniorů

Rozlišujeme následující kategorie geriatrických pacientů:

- a) **Zdatní** – senioři, kteří si bez ohledu na svůj věk udržují velmi dobrou zdatnost, vykonávají fyzicky náročné činnosti (16).
- b) **Nezávislí** – senioři, kteří dobře zvládají aktivity každodenního života a za běžných okolností nepotřebují žádnou podstatnější podporu rodiny, sousedů, pečovatelské služby (16).
- c) **Křehcí** – senioři, kteří jsou zvýšeně ohroženi náhlou **dekompenzací zdravotního stavu** (např. recidivy srdečního selhání) nebo funkčního stavu (pády) (16). Křehkost, neboli rizikovost, je způsobena fyziologickým poklesem výkonnosti orgánů ve stáří, také úbytkem svalové a kostní hmoty a dalšími vlivy (poruchou imunity, kardiovaskulárním onemocněním) (38).

Senioři potřebují trvalou pomoc při náročnějších činnostech každodenního života (např. nakupování, vaření, vedení domácnosti) (16).

- a) **Závislí** – senioři, kteří zčásti nebo zcela nezvládají ani běžné sebeobslužné činnosti. Potřebují pomoc při jedení, mytí, oblékání apod. (16)
- b) **Zcela závislí** – senioři, kteří jsou dlouhodobě či trvale upoutáni na lůžko, popř. mají hrubé poruchy vědomí, takže vyžadují aktivní zajištění antidekubitárního režimu, hydratace, výživy. U těchto nemocných hrozí rozvoj **imobilizačního syndromu** (16).
- c) **Umírající** – senioři, kteří mají specifické potřeby komplexní **paliativní péče** (16).

V ošetrovatelském procesu je třeba bránit poklesu pacienta na nižší úroveň funkční zdatnosti a naopak důsledně usilovat o její zachování či zlepšení rehabilitačními postupy (16).

1.1.7 Stárnutí populace

Stárnutí můžeme rozdělit na **relativní**, kdy je nízká porodnost s klesajícím podílem dětí a mladých lidí a na **absolutní**, při kterém klesá úmrtnost ve středním věku a více lidí se dožívá stáří. Klesá úmrtnost ve stáří, staří lidé žijí déle po roce 2010 vstoupí mezi seniory mimořádně silné poválečné ročníky (16).

Velmi významným důsledkem populačního stárnutí pro veřejné finance, a mezigenerační solidaritu je vzestup obyvatel nejstarších věkových skupin. Zatímco u mladších seniorů lze očekávat, že budou zdravější a budou se katovně zapojovat do společnosti, u osob ve věku nad 80 let je větší pravděpodobnost výskytu chronických onemocnění, různých forem omezení fungování v běžném životě, závislost na pomoci druhých (22).

Se zvyšujícím s počtem seniorů tudíž porostou i požadavky na rodinnou, zdravotní a sociální péči. Možnosti neformální péče v rodinách se díky změnám v rodinném

chování a zaměstnanosti potenciálních pečovatелů budou zmenšovat. To bude klást stále větší nároky na kvantitu a kvalitu veřejných zdravotních a sociálních služeb (22).

Ke konci roku 2006 tvořili senioři starší 65 let 14,4 % celkové populace. Intenzivní stárnutí probíhalo především ze spodu věkové pyramidy, poklesem podílu dětí v populaci (podíl počtu dětí do 15 let se snížil z 21 % na 14,4 %). V populaci začali početně přesahovat osoby ve věku nad 65 let nad dětmi do 15 let (22).

Podle demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku 85 a více let (ve srovnání s 101 718 v roce 2006) a téměř tři miliony osob starších 65 let. Naděje dožití při narození bude v roce 2050 činit 78,9 let pro muže a 84,5 pro ženy (oproti 73,4 let pro muže a 79,7 let pro ženy v roce 2006) (41).

Věková struktura obyvatelstva zjištěná Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí:

Tab. 3 Počet osob ve věku 65 let a více

| Počet osob ve věku 65 let a více | | | | | | | | |
|----------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Rok 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
| 547 856 | 545 758 | 548 421 | 551 801 | 557 945 | 569 704 | 582 904 | 598 481 | 619 721 |

Zdroj: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí (41)

Tab. 4 Počet osob ve věku 85 let a více

| Počet osob ve věku 85 let a více | | | | | | | | |
|----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|
| Rok 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
| 74 739 | 77 939 | 83 361 | 88 536 | 93 385 | 97 987 | 102 716 | 107 621 | 112 743 |

Zdroj: výzkumný ústav práce a sociálních věcí (41)

1.1.8 Charakteristika seniorské populace

Seniorská populace je výrazně **různorodá** (heterogenní) i když bývají často vnímáni jako zdánlivě stejnorodá „šedá vlna“. Staří lidé se navzájem liší věkem, zdravotním stavem, funkční zdatností, rodinou situací, sociálním zázemím,

ekonomickými podmínkami, vzděláním, životními zkušenostmi, genetickými vlohami i dalšími okolnostmi. Ze vzájemných odlišností také vyplývá rozdílnost očekávání, priorit, přání a potřeb ve zdraví a nemoci. K hrubým chybám v poskytování služeb seniorům patří schematismus, sdružení do jednoho průměru, jako by měly všichni senioři stejné potřeby (16).

V seniorské populaci je **převaha žen**. Souvisí s tzv. **nadějí dožití**. Ta je vyšší pro ženy než pro muže. Poměr žen k mužům činí v ČR ve věkové skupině 60-64 let 1,2:1, ve věkové skupině 75-79 1,8 :1, ve věkové skupině 90 a více let 3:1. (16).

S pokračujícím stářím narůstá ovdovělost, výrazněji u žen. Ve věkové skupině 80 a více let bylo v ČR v roce 2000 podle Českého statistického úřadu ovdovělých 30, 8 % mužů, ale 80,6 % žen (16).

Ovdovělost je také hlavní příčina osamělosti seniorů.

Osamělost starých lidí je považována za jedno z největších úskalí pokročilého stáří. Dalším závažným faktorem je **penzionování**. Představuje vysoké nároky při adaptaci na nový životní styl s převahou volného času. Pensionování často vede k poklesu životní úrovně (16). Dochází k **ekonomické limitovanosti**, která vzniká jako důsledek odchodu do penze a zhoršující se situace na trhu práce (46).

Ve stáří narůstá **ohroženost** v oblasti biologické i sociální. Staří lidé jsou více ohroženi nemocemi, úmrtím ztrátou soběstačnosti, náhlou změnou zdravotního stavu, ovdověním, osamělostí, diskriminací, ponižováním a dalšími negativními jevy, jimž jsou schopny čelit jen omezeně. Poskytováním služeb seniorům by proto mělo být vždy spojeno s aktivním zájmem o vyhodnocování ohroženosti a prevenci jejích důsledků. Ohroženost seniorů souvisí také s **diskriminací, tzv. ageismem**. Ageismus může nabývat mnoho podob. Může jít o hrubé podoby diskriminace (např. odpírání nákladných léčebných postupů z důvodu věku), ale také o „pouhé“ předsudky. Pečující profese by měly dbát na aktivní kontrolu, zda svým jednáním se starými lidmi nedopouštějí, byť neúmyslně, věkové diskriminace (16).

V souvislosti se stárnutím dochází k vyčleňování seniorů, k **věkové segregaci**. Dochází k ztrátě životní smysluplnosti starých lidí. Tato nebezpečí hrozí zejména starým lidem nemocným a chudým (16).

Odehrávají se dva protichůdné procesy. Staří lidé mají v moderní společnosti méně významné postavení, než tomu bylo v předmoderních kulturách, kde bylo stáří považováno za zdroj moudrosti a rozhodování bylo svěřováno do rukou nejstarších jedinců. Naproti tomu v moderní společnosti se vědomosti starších lidí nejeví těm mladším jako cenná zásobárna moudrosti, ale jako něco zastaralého (4).

Na druhé straně však staří lidé daleko méně přijímají stárnutí jako nevyhnutelný proces (4).

1.2 Klinická vyšetření Geriatrického pacienta:

Klinické vyšetření geriatrického pacienta má stejné složky jako vyšetření mladých pacientů. Jsou to složky:

- a) anamnestický rozhovor;
- b) fyzikální vyšetření;
- c) pomocná vyšetření (17).

1.2.1 Anamnestický rozhovor

Zvláště u křehkých nemocných má anamnestický rozhovor efekt psychoterapeutický nebo psychotraumatický. Buď se nám podaří pacienta uklidnit, získat jeho důvěru nebo jej znejistíme, zanecháme v obavách a nejistotě. Anamnestický rozhovor by měl navozovat pocit chráněného prostředí. Je důležitý respekt k pacientovým limitacím v komunikaci - např. nedoslýchavost (17).

Cílem anamnestického rozhovoru není jen získání informací, ale také zklidnění pacientovy úzkosti, posílení jeho sebedůvěry a důstojnosti. K základním předpokladům patří důvěrnost. Čím intimnější témata jsou probírána (inkontinence, týrání) tím nezbytnější je uzavřené prostředí bez přítomnosti jiných pacientů i personálu

U geriatrického pacienta existují odlišnosti spíše v přístupu a v interpretaci výsledků vyšetření (17).

Součástí anamnestického rozhovoru je osobní anamnéza, zjištění nynějšího onemocnění, rodinná a sociální anamnéza (17).

Osobní anamnéza a nynější onemocnění

Osobní anamnéza bývá častou pouze výčtem onemocnění a výkonů. U geriatrických pacientů je důležité hodnotit průběh a stupeň funkčních změn, - popisujeme např. - limitace chůze, výskyt pádů, průběh kognitivních poruchy apod. (17).

Rodinná anamnéza

Z geriatrického hlediska nás zajímají odkazy na dlouhověkost. Z typických chorob stáří mohou mít hereditární (genetickou) souvislost např. ateroskleróza, arteriální hypertenze, osteoporóza, Alzheimerova nemoc, Parkinsonova nemoc, nádorová onemocnění (17).

Sociální anamnéza

Náplní sociální anamnézy jsou především tato témata:

- a) *Sociální vztahy* s důrazem na míru osamělosti, ujasnění si, kdo je pro pacienta hlavní sociální oporou, s kým je možnost spolupracovat (při plánování opuštění nemocnice, při vytváření podmínek pro domácí péči) (17).
- b) *Sociální patologie* – ve smyslu nevhodného zacházení, syndrom týrání a zanedbávání (syndrom CAN)
- c) *Sociální role*. Postavení pacienta v rodině, zda je opečován, „zneužíván“ nebo se stará o závislého partnera. Je také důležité jak senior žije, jak tráví čas (aktivizační programy)
- d) *Soběstačnost v domácích podmínkách*. Patří sem zvládnutí aktivit denního života/(ADL), bazálních i instrumentálních.. Ujasnění si v jakých aktivitách a proč potřebuje senior pomoc (17).
- e) *Náročnost bydlení*. Je klíčový faktor posuzování pacientovy soběstačnosti a cílů rehabilitace. Jde např.: o kvalitu bytu (topení), jeho dostupnost (výťah či schody),

o vzdálenost od služeb (obchody, lékař), o bezbariérovost , o vybavení bytu kompenzačními pomůckami.

- f) *Potřeba sociálních dávek a služeb.* Př. zavedení pečovatelské služby, domácí péče (17).

1.2.2 Fyzikální vyšetření

Navazuje na anamnestický zájem o funkční zdatnost. Mělo by usilovat o popis a posouzení nejen změn morfologických, ale také funkčních (17).

1.2.3 Orientační vyšetření psychického stavu

Alespoň orientační vyšetření psychického stavu a mentálních schopností je nedílnou součástí geriatrického vyšetření. Významné je zachycení i jemnějších změn – např. úzkosti, obavy ze selhání (17).

1.2.4 Orientační neurologické vyšetření

Specifický význam má v geriatrici hodnocení poruch motoricky, stoje, chůze. Hlavním postupem při neurologickém vyšetření je aspekce (pozorování), dále se provádí vyšetřovací manévry a zkoušky (17.).

1.3 Zdraví a nemoc

Nejnámější definici **zdraví** publikovala Světová zdravotnická organizace WHO: „Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti.“ (20)

Definice podle J. Křivohlavého: „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální, duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“ (20)

Nemoc je odchylka od určité normy, jež se považuje za standard. Jde o objektivně zjiřitelný stav, o zjiřitelné příznaky (20).

Je tedy zřejmé, že příznaky nemocí se neprojevují jen v oblasti somatické, ale i v citech, jednání člověka, v jeho racionálním zkoumání, hodnocení situace a v reakcích jeho okolí (11).

Subjektivní prožívání nemoci pacientem, a na něm závislé chování, označujeme jako **autoplastický** obraz nemoci (auto-já sám, plastický-vytvořený). Autoplastický obraz nemoci zahrnuje tyto stránky:

- a) Senzitivní (vnímání potíží, bolest).
- b) Emoční (citové prožívání nemoci – úzkost i naděje).
- c) Volní (úsilí odolávat nemoci, účelná aktivita nemocného, rozhodnutí navštívit lékaře).
- d) Racionální a informativní (zjišťování informací o onemocnění) (11).

1.3.1 Podpora zdraví seniorů

Staří lidé jsou rozmanitou skupinou, z nich většina se cítí zdravá (8).

Ale s přibývajícím věkem se výskyt zdravotních problémů zvyšuje. Více jak 80 % nad 60 let potřebuje příležitostnou péči nebo pravidelnou ambulantní péči. Asi 5 % osob vyššího věku potřebuje ústavní zdravotní nebo sociální péči (37).

Podpora zdraví ve vyšším věku má za cíl prodloužit období zdravého stárnutí pro většinu seniorů a umožnit jim tam aktivní účast na životě společnosti (8).

V některých situacích se strategie podpory seniorů neliší od podpory jiných věkových skupin (8).

Existují některé specifické oblasti, kterým je třeba přizpůsobit programy podpory zdraví ve vyšším věku. U starších lidí je především důležité zmírňovat důsledky nemoci či zdravotního postižení. Včasná dostupnost geriatrické péče je klíčová pro diagnostiku, léčení a rehabilitaci. Pro mnoho seniorů jsou důležitá sociální opatření, která se projevují zlepšením zdraví a soběstačnosti (8).

Podle Evropské charty pacientů seniorů může starší občan očekávat, že bude informován: o zdravém způsobu života, o zdravé výživě, o pohybovém režimu a o cvičení. (3).

Preventivní strategie ve stáří

Strategie zahrnují primární, sekundární i terciární prevenci. U osob 65-70 let se prevence zaměřuje na snížení rizika onemocnění, úrazů a poranění a udržení funkční zdatnosti a soběstačnosti. Mezi obecné preventivní opatření patří fyzická aktivita a cvičení, vhodné stravovací návyky, udržování přiměřené hmotnosti apod. (38).

1.3.2 Specifické rysy nemocnosti ve vyšším věku

Nejtypičtějším rysem onemocnění ve stáří je **multimorbidita**, přítomnost více onemocnění najednou. Důsledkem multimorbidity je **polypragmazie** – užívání více léků najednou (8).

Téměř 90 % osob nad 90 let trpí jedno nebo více chronickými chorobami. Obvyklé je sdružování nemocí bez příčinné souvislosti nebo řetězení chorob, kdy jedna nemoc vyvolá druhou (38).

Pro geriatrického pacienta je typické, že řada chorob probíhá odlišně. Projeví se např. **mikrosymptomatologií** – chorobné příznaky jsou minimálně vyjádřeny, **monosymptomatologií** – kdy se nemoc neprojeví obvyklou škálou příznaků, ale jen jedním nebo několika z nich. Ve stáří se vyskytují **nespecifické příznaky** (únava, nechutenství) a **symptomy druhotného postižení** – na chorobný stav reaguje jiný než postižený orgán, obvykle orgán s nižší funkční rezervou (př. mozek, ledviny). U seniora také může dojít k náhlému **prudkému zhoršení zdravotního stavu** a tím pádem k zvýšenému riziku úmrtí (38).

1.3.3 Nejčastější choroby vyššího věku

a) Kardiovaskulární onemocnění

Četnost výskytu kardiovaskulárních onemocnění stoupá s přibývajícím věkem. Proto také tyto choroby tvoří hlavní příčinu úmrtí lidí vyšších věkových kategorií ve všech průmyslově vyspělých zemích (6).

Rizikovým faktorem kardiovaskulárních onemocnění je arterioskleróza. Arterioskleróza je onemocnění tepen, při němž se ve stěnách tepny ukládají tukové látky. Tepna je takto poškozována, ztrácí pružnost a dochází k jejímu postupnému zužování s následnou nedokrevností příslušného orgánu (43).

Arteriosklerózu vyvolávají tři druhy příčin, které mohou působit ve vzájemné kombinaci: genetické faktory, nechorobné věkové změny a vlivy prostředí (způsob stravování) (6).

V přímém důsledku stárnutí dochází k pozvolnému zvětšování tloušťky intimy tepny (nejvnitřnější část tepny). V důsledku této změny se tepna stává tužší, méně houževnatou, kornatí (6).

b) Nemoci pohybového aparátu

Chronická bolest pohybového aparátu ve stáří

Nejčastější příčinami bolestí pohybového aparátu ve stáří je **osteoartróza**, **osteoporóza** a bolesti zad v důsledku degenerativních změn páteře. Je však nutné myslet také na osteomalácii a nádorové postižení, vyskytují se metastázy do kostí. Chronická bolest pohybového aparátu může být příčinou psychických změn ústících až do deprese (8).

Osteoporóza-onemocnění se projevuje redukcí mineralizace kostní hmoty a změnami mikroarchitektury kostní tkáně. Na utváření kostní tkáně mají vliv vnější faktory (potrava a pohybová aktivita) i genetické faktory (17).

c) Poruchy výživy

Podvýživa je ve stáří významnějším faktorem zvyšujícím úmrtnost než obezita. Podobně jako v dětství klesá s věkem tolerance na snížený přísun tekutin a živin. Malnutrice je stav, k němuž dochází, pokud je příjem základních energetických složek potravy nižší, než jejich potřeba. Nemocný člověk vyššího věku musí vyvinout daleko větší úsilí na běžné úkony, a tím dochází k většímu energetickému výdeji (Holmerová, 2003). Naopak **obezita** je způsobena přejídáním, snížením pohybové aktivity, případně psychosociálními faktory (12).

d) Metabolické onemocnění

Časté je onemocnění **Diabetes Mellitus**.

Diabetes mellitus je skupina chronických metabolických onemocnění provázených hyperglykemií, která je důsledkem nedostatečné sekrece inzulínu, nedostatečné účinnosti inzulínu (inzulínová rezistence) nebo kombinací obou. Při tomto onemocnění je přítomna porucha metabolismu cukrů, tuků a bílkovin (38).

d) Onemocnění dýchacího traktu

Se stoupajícím věkem se objevují změny elasticity, zhoršené compliance plic, oslabení síly dýchacích svalů. Od 40 let věku se snižuje celkový výdechový objem a jednosekundový vdechovaný objem (FEV₁) (38).

e) Neuropsychiatrická onemocnění

Delirium

Delirium (akutní mozkový syndrom, akutní stav zmatenosti) je nejčastější neuropsychická porucha u akutně hospitalizovaných seniorů (při přijetí se vyskytuje u 15-30 % pacientů). S deliriem se setkáváme v terminálním stádiu somatických chorob až u 85 % umírajících (38)

Jedná se o poruchu mozkové činnosti v důsledku různých příčin. Mohou to být infekční onemocnění, srdeční selhání, bolest, retence moči apod. Delirium je stav reversibilní (vratný), trvá hodiny až dny. Je přítomna porucha myšlení, orientace,

paměti, vnímání, neklid, agresivita, halucinace. Tento stav je potřeba odlišit od demence pečlivou anamnézou a klinickým vyšetřením (8).

Delirium zvyšuje celkovou mortalitu, ohrožuje seniora trvalou ztrátou soběstačnosti, prodlužuje dobu hospitalizace (38).

Deprese

Deprese je častým onemocněním i ve středním věku a velmi častým onemocněním ve věku seniorském. Jedná se o chorobnou změnu nálady, o dlouhodobý smutek, z důvodu, který není zřejmý nebo neexistuje (8).

Deprese je případně spojena se neklidem a úzkostí. Někdy vznikají jako reakce na těžkou ztrátu: smrt blízkého člověka, přemístění z rodiny. Jindy se objevují při tělesném onemocnění, které pacienta vyčerpává – trýzní ho bolestí. Existují endogenní deprese: jejich příčina není známá, snad jde o poruchu mozkové biochemie (30).

Deprese postihuje 7-15 % osob nad 65 let žijících v komunitě, vyšší prevalence (20-30 %) je u seniorů hospitalizovaných v dlouhodobé ošetrovatelské péči. Často bývá deprese nerozpoznána a neléčena (38)

Deprese je onemocněním závažným, jejím vyústěním může být sebevražda (8).

60-90 % suicidálních pokusů ve stáří je z důvodu deprese (38)

Staří lidé mnohdy nechtějí mluvit o svých psychických příznacích, stydí se za ně. Deprese je pro pacienty utrpení proto vyhledávají lékařskou pomoc, lékaři popisují spíše jen somatické příznaky. Proto by lékaři měli pomyslet při léčení somatických příznaků i na možné psychické problémy seniora (8).

Demence

V psychiatrii slovo „demence“ znamená větší úbytek rozumových schopností, než odpovídá věku a jednak také některou z řady nemocí mozku, jenž jsou příčinou tohoto úbytku. Některé typy demence se projevují poruchami paměti, přičemž tzv. staropaměť zůstává zachována (30).

Výskyt demence stoupá s věkem: Nad 65 je demencí postiženo 3-7 % populace, v 75 letech 15 % populace, po 80.roce 20-40 %. Jen 10 % nemocných s demencí je mladších 65 let (presenilní demence) (38).

Demence je vždy výsledkem chorobného procesu, není normální součástí stárnutí (ČALS-příručka). Nejčastější příčinou demence je *Alzheimerova choroba*, negenerující onemocnění postihující mozkovou tkáň. Demenci dále způsobuje postižení cév – *vaskulární demence*. Mezi vzácnější příčiny demence řadíme *Pickovu nemoc* (nevhodné společenské chování pacienta v časných fázích onemocnění) a nemoc s *Lewyho tělísky* (podobné Parkinsonově nemoci s častými halucinacemi). Mezi vzácné příčiny patří demence při AIDS, nemoci šílených krav, demence při extrémní podvýživě (8).

Alzheimerova choroba a jiné choroby způsobující demenci se projevují kognitivními poruchami (paměti, soustředění, orientace, myšlení), poruchami chování a psychickými poruchami (netaktnost, úzkost, poruchy spánku) a sociálními změnami (stranění společnosti, zhoršená soběstačnosti pacienta) (8).

f) Smyslové poruchy

Smyslové poruchy spíše považujeme za součást normálního stárnutí. Mají negativní vliv na kvalitu života seniora (pády, aktivity denního života) (12).

Jedná se o poruchy **zraku** - od 45. roku věku se vyskytuje *presbyopie*, zhoršení elasticity oční čočky, které znemožňuje zaostřit obraz nablízko. Ve stáří se objevuje *katarakta* (šedý zákal).(8)

Poruchy **slyšení** ve stáří se nazývají *presbyacusis* . Projevuje se postupným zhoršováním sluchu v oblasti vyšších kmitočtů (6).

Pacienta s poruchou sluchu je třeba vyšetřit a pokud je možné odstranit příčinu (ušní zátky) nebo poruchu kompenzovat pomůckami (8).

S vyšším věkem také ubývá **čich a chuť**. To je důležité vědět při přípravě stravy.

U starších lidí je také sníženo vnímání vlastního těla, polohy a pohybu těla, tedy **propriorecepce** (8).

g) Instabilita

Porucha stability a udržení rovnováhy ve vyšším věku se někdy označuje termínem Presbystasis (38).

Instabilita je typickým příznakem objevujícím se ve stáří. Výskyt instability je důsledkem zhoršené funkce a koordinace muskuloskeletálního systému a oslabení smyslového, prostorového vnímání. Nepříznivě na tento stav mohou působit léky. Pády také může způsobit předmět umístěný v cestě, kluzká podlaha, neochota seniora používat kompenzační pomůcky (8).

h) Pády a úrazy

Pády závažně ohrožují seniora a mají mnohé důsledky. Mnoho pádů je způsobeno závažnými poruchami zdravotního stavu. Ty by mohly zůstat nerozpoznány a nadále by pacienta ohrožovaly. Např. akutní infarkt myokardu či závažná arytmie se projeví jenom pádem (8).

V poslední době také nabývají také na významu dopravní úrazy seniorů jako chodců nebo dopravních účastníků provozu. Úrazové děje vedou častěji ve vyšším věku ke zlomeninám (8).

i) Sklon k proleženinám

Dekubity mohou vzniknout v terminálním stavu (celkový metabolický rozvrat a vyčerpání rezerv organismu). V jiných případech by proleženiny vzniknout neměly, pak je považuje za důsledek nedostatečné ošetrovatelské péče. Starší lidé jsou náchylnější k tvorbě dekubitů. Je to způsobeno sníženou hybností, prokrvením tkání, stavem výživy organismu a místními faktory - hygiena a vlhko (8).

j) Hypotermie

Hypotermie je stav, kdy je tělesná teplota pacienta nižší než 35° Celsia. Při nízkých teplotách není dobré setrávat venku. Velmi staří lidé a chronicky nemocní by při extrémně nízkých teplotách měli svůj pobyt venku minimalizovat. Pokud to není

možné, musí se vhodně teple obléci. Senioři nejsou ohroženi hypotermií jen při mrazech, daleko častější vzniká podchlazení v důsledku nízkých teplot v místnosti (8).

k) Imobilizační syndrom

Vzniká v důsledku omezení pohybu. Prostředky, které cíleně omezují pohyb pacienta, mechanické i farmakologické, je třeba v geriatrii minimalizovat. Staří lidé jsou v důsledku imobilizace ohroženi rychlým úbytkem svalové i kostní hmoty, velmi snadno vznikají proleženiny. Dochází ke zpomalení krevního oběhu s rizikem trombózy a embolie, je zhoršena motilita zažívacího traktu – vniká zácpa. Může dojít také k retenci moči apod. (8).

Imobilizační syndrom je závažným stavem, proto se snažíme mobilizovat pacienty po operacích a úrazech co nejdříve (8).

l) Inkontinence

Močová inkontinence se vyskytuje až u 20 % mužů a až u 40 % žen starších 65 let. Mnoho lidí se za tuto poruchu stydí, jsou v rozpacích, zda mají jít ke svému lékaři a požádat ho o pomoc. Léčení inkontinence může být jednoduché: Užívání antibiotik na infekci močových cest, nebo nácvik svalů k posílení pánevního dna (8).

Inkontinence je také jedním z projevů demence, inkontinence moči začíná ve střední fázi demence, **inkontinence stolice** přichází později, až ve fázi pokročilé demence (8).

1.4 Definice sociálních služeb, standardy sociálních služeb, vymezení odlehčovacích služeb, financování služeb sociální péče.

Sociální službou je činnost nebo soubor činností podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení (45).

Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, s cílem zlepšit kvalitu jejich života. Sociální služby zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny do nichž patří, případně zájmy širšího společenství (23).

1.4.1 Obecné principy poskytování sociálních služeb

- a) **Důstojnost:** uznání přirozené hodnoty člověka bez ohledu na podmínky, ve kterých se nachází, respektování jeho jedinečnosti a osobitých potřeb.
- b) **Soukromí:** právo člověka být ušetřen nežádoucího zájmu o jeho soukromí.
- c) **Nezávislost:** Podporování nezávislosti člověka v maximální možné míře, respektování jeho práva na informovaný výběr a odpovědnosti za možné důsledky vlastního rozhodnutí (8).
- d) **Volba:** člověk musí mít možnost vybrat si z řady nabídek.
- e) **Práva:** práva člověka musí být chráněna a podporována tak, aby každému byla zajištěna rovnost a kvalita života bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, fyzické a duševní schopnosti, vyznání apod.
- f) **Naplnění:** realizace osobních aspirací a schopností v aspektech denního života.
- g) **Zplnomocnění:** právo člověka na rozhodování o svém životě a kontrolu nad tím, co se s ním bude dít (8).

1.4.2 Standardy kvality sociálních služeb

Standardy popisují jak má vypadat kvalitní sociální služba. Jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií, nejsou návrhem zákona nebo vyhlášky (32).

Standardy byly vytvořeny ve spolupráci s uživateli i poskytovateli sociálních služeb. Standardy jsou formulovány obecně, protože se týkají všech sociálních služeb.

Standardy sociálních služeb jsou rozloženy na kritéria nejen z důvodu srozumitelnosti ale zejména proto, aby bylo možno posoudit, zda služby požadavek standardu splňují. Kritéria jsou měřitelná, můžete si na ně odpovědět (47).

Pro vytvoření standardů sociálních služeb byly využity prvky zajišťování kvality užívané v jiných odvětvích – kvalita služeb je zde chápána jako schopnost uspokojit zájmy a potřeby zákazníků (32).

Měřitelnost kritérií je důležitá pro poskytovatele, které zajímá kvalita vlastních služeb, i pro vnější hodnotitele služeb. Porovnáním kritérií se skutečností lze snadno zjistit, co je v zařízení v pořádku a co je třeba změnit. Provádění posouzení ve vlastním zařízení se nazývá sebehodnocení. Vnější hodnotitelé sociálních služeb v zařízení jsou uživatelé služeb nebo jejich blízcí (47).

Procedurální standardy jsou nejdůležitější. Stanovují, jak má poskytování služby vypadat, na co je potřeba si dát pozor při jednání se zájemcem o službu, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého člověka. Velká část textu je věnována ochraně práv uživatelů služeb a vytváření ochranných mechanismů např. stížnostní postupy, pravidla proti střetu zájmů apod. (47).

Standard 1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Standard 2. Ochrana práv uživatelů

Standard 3. Jednání se zájemcem o službu

Standard 4. Dohoda o poskytování služby

Standard 5. Plánování a průběh služby

Standard 6. Osobní údaje

Standard 7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb

Standard 8. Návaznost na další zdroje (47).

Personální standardy se věnují personálnímu zajištění služeb. Při poskytování služeb nejsou možné dodatečné opravy. Kvalita služby je přímo závislá na pracovnících – na jejich vzdělání a dovednostech, vedení a podpoře, na podmínkách, které pro práci mají (47).

Standard 9. Personální zajištění služeb

Standard 10. Pracovní podmínky a řízení poskytování služeb

Standard 11. Profesní rozvoj pracovníků a pracovních týmů (47).

Provozní standardy definují podmínky pro poskytování sociálních služeb. Soustřeďují se na prostory, kde jsou služby poskytovány, na dostupnost služby, ekonomické zajištění služeb a rozvoj jejich kvality (47).

Standard 12. Místní a časová dostupnost služby

Standard 13. Informovanost o službě

Standard 14. Prostředí a podmínky poskytování služeb

Standard 15. Nouzové a havarijní situace

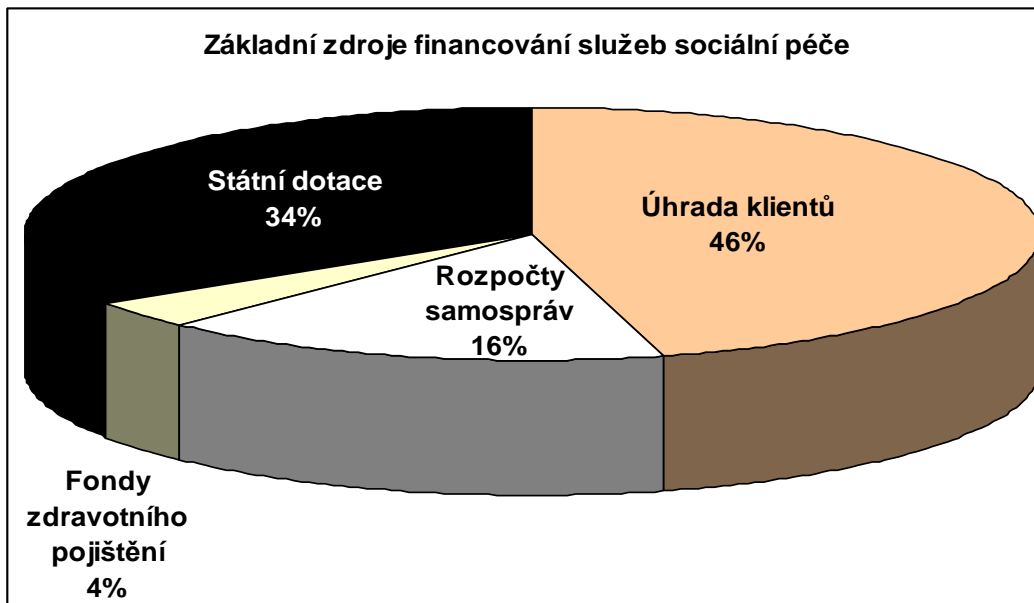
Standard 16. Zajištění kvality služeb

Standard 17. Ekonomika (47).

1.4.3 Financování služeb sociální péče

Majoritním zdrojem financování služeb sociální péče jsou **úhrady klientů** (viz **graf 1**). Cílem je financovat služby sociální péče především ze zdrojů klientů (včetně státních dávek) ve výši, která pokryje běžné provozní náklady poskytovatelů. Financování ze státního rozpočtu by mělo být v budoucnosti jen doplňkové a mělo by zabezpečovat kvalitativní rozvoj služeb nebo upravovat specifické rozdíly dané regionem nebo cílovou skupinou klientů (49).

Graf 1 Základní zdroje financování služeb sociální péče



Zdroj: (49)

Druhým nejčastějším způsobem financování služeb sociální péče jsou **dotace ze státního rozpočtu**.

Podle zákona č. 108/2006 Sb. se dotace ze státního rozpočtu poskytuje na zajištění poskytování sociálních služeb poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru.

Dotace se poskytuje k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb v souladu se zpracovaným střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb.

Dotace ze státního rozpočtu podle odstavců 1 a 2 je poskytována prostřednictvím rozpočtu kraje. Činnost krajů podle věty první je činností vykonávanou v přenesené působnosti (45).

Ministerstvo práce a sociálních věcí vyhlásilo dva programy podpory:

a) Program podpory A

Podpora sociálních služeb s místní či regionální působností (podle §101 zákona o sociálních službách).

b) Program podpory B

Podpora týkající se sociálních služeb s celostátní či nadregionální působností ((podle §104 zákona o sociálních službách).

Jsou zde zahrnuty soc.služby (zejména **odlehčovací služby** a odborné soc. poradenství), které jsou poskytovány poskytovateli hospicové a paliativní péče pobytového charakteru (hospic), terapeutické komunity a pobytové služby následné péče v případě, že sociální služba je využívána uživateli z celé ČR (49)

Sociální .služby poskytované v místě (tj. působnost služby je v rámci obce/města a jejího/jeho okolí, regionu, kraje) **organizací s celostátní či nadregionální působností**, která metodicky a organizačně řídí tyto služby, spadají pod **program podpory A** (49).

Obecná východiska pro poskytnutí dotace:

- a) registrovaná sociální služba/služba zapsaná v registru poskytovatelů sociálních služeb
- b) podpora zaměřena pouze na základní činnosti služby
- c) potřeba poskytování služby – součást střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje
- d) vyjádření Krajského úřadu k podpoře nadregionální služby, nutný soulad se střednědobým plánem rozvoje soc.služeb kraje (45).

Výše dotace v úhrnu za jednotlivé kraje se stanoví na základě:

- a) celkového ročního objemu finančních prostředků rozpočtovaných v závazném ukazateli pro příslušný rozpočtový rok;
- b) zpracovaného střednědobého plánu rozvoje služeb kraje;
- c) počtu vyplácených příspěvků a jejich finančního objemu;
- d) počtu poskytovatelů sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru, a jejich kapacit;
- e) kapacit sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (45.).

Dotační řízení:

Oproti loňskému roku, kdy bylo nutné finance pro sociální služby v průběhu roku několikrát navyšovat a poskytovatelé sociálních služeb se až v září dozvěděli konečnou výši dotace, proběhlo dotační řízení pro rok 2010 již v průběhu prosince a ledna. Poskytovatelé tak již na počátku roku znají celou částku podpory, s níž mohou pro letošek od státu počítat. V řadě krajů se navíc do financování služeb zapojily prostřednictvím tzv. individuálních projektů i finanční prostředky z Evropské unie. Pro část poskytovatelů služeb znamenají finanční jistotu na dobu tří let (21).

Spolu s úpravou rozpočtu schválil parlament zároveň doprovodné usnesení č. 1518/1, kterým požádal vládu, aby připravila novelu zákona umožňující efektivní financování sociálních služeb. Krajská zastupitelstva byla vyzvána, aby zvýšila objem dotací pro poskytovatele služeb na úroveň před přijetím zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (21).

Strategické priority MPSV ČR v oblasti sociálních služeb zejména podpora rozvoje a udržitelnosti terénních a ambulantních služeb. Tyto služby se obvykle zaměřují na řešení potřeb obyvatel ekonomicky méně náročnějším způsobem, ovšem na druhou stranu se v jejich finančním zajištění silněji promítají negativní trendy založené historickou preferencí pobytových služeb a je skutečností, že se na tyto služby více zaměřují organizace, které nemají zřizovatele v osobě veřejné instituce (tj. zejména občanská sdružení a církevní právnické osoby) (31).

1.4.4 Odlehčovací služba podle zákona o sociálních službách

Odlehčovací služby jsou podle zákona č. 108/2006., o sociálních službách terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek (45).

Odlehčující služby zahrnujeme do služeb **sociální péče**, ty napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení (45).

Zájem uživatelů o odlehčovací služby několika násobně převyšuje nabídku – ve skutečnosti je poptávka mnohem vyšší (33).

Základní činnosti při poskytování odlehčovacích služeb se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu:

1. pomoc a podpora při podávání jídla a pití,
2. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
3. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,
4. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru,

b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

1. pomoc při úkonech osobní hygieny,
2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
3. pomoc při použití WC,

c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:

1. zajištění stravy přiměřené době poskytování služby a odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování,
2. pomoc při přípravě stravy přiměřené době poskytování služby,

d) poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby:

1. ubytování,

2. úklid, praní a žehlení,

e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

1. doprovázení do školy, školského zařízení, k lékaři, do zaměstnání, na zájmové a volnočasové aktivity, na orgány veřejné moci, instituce poskytující veřejné služby a jiné

navazující sociální služby a doprovázení zpět,

2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,

f) sociálně terapeutické činnosti:

vedou k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,

g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

1. pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů,

2. pomoc při vyřizování běžných záležitostí,

h) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:

1. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,

2. podpora při zajištění chodu domácnosti (44).

1.5 Respitní péče, pečující osoby a klient odlehčovacích služeb

Označení respitní má svůj původ v anglickém výrazu „respite“, což znamená posečkání, oddych, přestávka, úleva, dokonce znamená i dát milost odsouzenému. Respitní neboli úlevovou péči lze také označit jako zastupující péči (36).

Jedná se o péči o nemocné, která je dočasná, to znamená péči v době, kdy si pečující může odpočinout, aby nabral nových sil. Síly člověka jsou konečné, proto je potřeba je obnovovat (36).

Žádoucí je tedy rozvoj respitní péče formou parciálních (časově omezených) hospitalizací. Parciální hospitalizace existuje od 80. let 20. století (5).

Respitní péče může mít mnoho podob, ale zužuje se na dvě základní myšlenky: sdílení odpovědnosti za péči a získání podpory pro sebe (29).

Péče je starším lidem poskytována především rodinou, partnery a dětmi. Role rodiny nemusí spočívat jen v poskytování péče, ale také v zajištění potřebné pomoci a podpory (26).

Dobře fungující rodina znamená záruku pomoci psychické, fyzické i hmotné v případě nesoběstačnosti seniora. Důležité jsou možnosti, vůle, motivace a snaha rodiny pomoc poskytnout. Význam má i způsob bydlení rodiny, vzdálenost blízkých osob (18).

Poskytování péče je významná sociální událost, která přináší zátěž i změnu v rodině. Odpovědná a kvalitní péče o blízké nesmí vést ke snížení životní úrovně a zvýšení rizika chudoby rodiny. Péče neformálních i profesionálních pečovatелů musí být ceněna a uznávána společností (26).

Nedostatek pomoci a sociální izolace ohrožují zdraví pečovatелů, důstojnost a kvalitu péče a zvyšují riziko zneužívání a zanedbávání. Péče o pečovatele má významný vliv na výslednou kvalitu péče. Péče o potřeby pečujících nebude dostatečná, pokud nebude podpořena vstřícnou, oceňující atmosférou (26).

Příklady respitní péče

Respitní a rehabilitační centrum

Občanské sdružení **Život 90** provozuje sociální službu – **respitní (odlehčovací) a rehabilitační centrum** (27).

Pobytové respitní (odlehčovací) a rehabilitační centrum je určeno především seniorům, jejichž funkční stav vyžaduje pečovatelské zajištění a dohled. Pečujícím rodinám umožníme absolvovat dovolenou či vlastní léčení v nemocnici, jejich dlouhodobou starost přebere dočasně kolektiv respitního centra. Osamělým seniorům

jsou nabídnuty podpůrné pobyty např. v období rekonvalescence. Délka pobytu od 1 dne do 3 měsíců (27).

Centrum poskytuje jistotu kontaktu, pomoc v běžných činnostech a brání osamělosti. Během pobytu mohou klienti využít nabídku aktivizačních programů včetně divadelních představení či tréninku paměti i služby fyzioterapeutů k intenzivní ucelené rehabilitaci. Možné je vyzkoušení a zapůjčení kompenzačních pomůcek (27).

Odlehčovací a rehabilitační centrum je rozděleno třech sekcí:

- f) ambulantní fyzioterapie ;
- g) odlehčovací pobytové centrum ;
- h) půjčovna kompenzačních pomůcek (27).

Svépomocné skupiny na podporu pečujících rodin^[z1].

Za jednu z forem účinné psychosociální pomoci, a to zvláště pečujícím a pozůstalým, jsou považovány svépomocné skupiny. Hnutí svépomocných skupin se v současné době rozšiřuje (34).

Hlavním cílem svépomocných skupin je především zmírnit pocit odcizení a izolace členů skupiny (vážně nemocných, pečujících či pozůstalých). Podstatnými atributy těchto skupin majícími pozitivní účinky na jejich členy jsou především sdílení zkušeností, uvolnění nahromaděných emocí v podpůrné a chápající atmosféře a výměna informací. Svépomocná skupina využívá řady terapeutických faktorů - altruismu, soudržnosti, univerzality, chování nápodobou, dodávání naděje a katarze (34).

Česká alzheimerovská společnost pořádá svépomocné skupiny, ty jsou jednou z klíčových forem podpory pečujícím rodinám. Rodinní pečovatelé zde nacházejí informace, klid a podporu od lidí, kteří mají stejnou nebo podobnou životní zkušenost. Jednou za čas je pozván odborník (psychiatr, neurolog), se kterým rodinní příslušníci mohou prodiskutovat konkrétní problémy, které jsou spojené se životem s člověkem postiženým syndromem demence (10).

1.5.1 Pečující osoby

Koncem 80. let 20. století se rozvinul cílený zájem o problematiku pečování o handicapované osoby (především s demencí) v rodinách. Vznikly testy k hodnocení k hodnocení pečovatelské zátěže. Kvantifikace úrovně rodinného pečování, míry zátěže a objektivizace potřeb pečovatelů se stala základem účelnosti respitních služeb a odhalování příčin syndromu vyhoření, týrání seniorů (17).

Rodina je v péči o nesoběstačného starého člověka nezastupitelná. Rodina musí splňovat řadu předpokladů pro dobrou péči o nesoběstačného seniora:

- a) Moci - mít potřebné podmínky (fyzické, psychické, sociální, bytové apod.).
- b) Chtít pečovat – mít dobrou vůli, spolupráce členů rodiny.
- c) Umět pečovat – Vědět jak pomoci a znát rozsah pomoci (18).

Význam pečujících osob jako poskytovatele péče byl uznán teprve nedávno v souvislosti s deinstucionalizačním hnutím a se snahami podpořit komunitní zdroje podpory a péče. Přitom v západních zemích je rozsah této aktivity v populaci velký (24).

Jedním z nejfrekventovanějších případů péče o starého člověka v rodině je manželka, která sama pečuje o svého starého nemohoucího manžela. Jsou to právě manželky, které poskytují péči svým nesoběstačným partnerům a brání se jejich umístění do institucionální péče. Obdobně, avšak řidčeji je to manžel, který sám pečuje o svou nesoběstačnou manželku (13).

Druhou nejčastější skupinou pečovatelů jsou děti starých rodičů, nejčastěji dcery nebo snachy. v některých případech také vícegenerační rodina společně pečuje o své staré nemohoucí rodiče (13).

Většina neformálních pečovatelů jsou starší ženy. Podpora pečujících osob proto musí být genderově spravedlivá. Ke zvýšení participace starších osob, zejména žen na trhu práce je nezbytné umožnit soulad práce a péče. Vstřícné a flexibilní podmínky umožňující soulad zaměstnání a péče jsou opatřením k ochraně příjmu a životní úrovně pečovatele. Pečovatelé o starší osoby, stejně jako rodiče pečující o děti, by měli mít

možnost setrvat na trhu práce a měli by k tomu dostat potřebnou ochranu a podporu (26).

Zejména profesionální poskytovatelé služeb musí umět podporovat pečující rodinné příslušníky, to je aspekt u nás do značné míry podceňovaný. Tato podpora zahrnuje:

- a) Emoční podporu – důležité je naslouchání, vytvoření atmosféry zájmu, důvěry (9). Skrývaná zášť může vést k syndromu vyhoření poškození zdraví (29)
- b) Informace – profesionál by měl umět své znalosti a zkušenosti nejen uplatnit přímo v ošetrovatelé činnosti, ale měl by umět informace předat dál rodině pečujícího formou, která je pro něj srozumitelná a přijatelná (9).

Pro některé pečovatele je rodina největším zdrojem pomoci, pro jiné je ale zdrojem stresu. Je důležité přijmout pomoc od ostatních členů rodiny a nenést veškerou zátěž plynoucí z péče zcela sám (9).

Pečovatelé se potřebují podělit o své pocity z poskytované péče s dalšími lidmi. Pochopením vlastních prožitků dojde k snadnějšímu vyrovnání se s situací (9).

Většina lidí postupně pochopí, co jsou schopni zvládnout, aby je pečování zcela nevyčerpalo. Je důležité, aby si pečovatelé uměly udělat čas na sebe, na své koníčky (na podporu peč.rodinám) (9).

Výsledky projektu COPE (*Family Care of Older People in Europe*), které byly publikovány v roce 2001, upozorňují na aspekty:

- a) Většina intervencí se zaměřuje na snížení stresu plynoucího z pečovatelské role.
- b) Velmi málo strategií se zaměřuje na pozitivní aspekty péče.
- c) Intervence jsou málo koordinovány nejsou dostatečně multidisciplinární (9).

Pečující osoby potřebují :

- a) Sociální integraci – množství a rozsah sociálních vztahů.
- b) Sociální síť – strukturu zdroje vztahů obklopující jedince.
- c) Materiální pomoc služby

d) Podporu – funkčnost a kvalita sociálních vztahů s ostatními, kteří pečujícímu pomáhají (9).

Sociální opora je chápána jako jeden z pozitivních faktorů modifikujících nepříznivý vliv různých negativních životních situací na psychický i fyzický zdravotní stav člověka. Opora působí také na pohodu (well – being) a na kvalitu života člověka (20). .Senioři nejvíce spoléhají na své nejbližší- životního partnera a dospělé děti, potom na přátele, sousedy a na profesionály (lékaři, pracovníci pečovatelské služby (35).

1.5.2 Ošetřovatelství při dlouhodobé péči o nemocné

Jedním z oborů lékařství, který vyžaduje zvláštní ošetřovatelskou péči, je péče o dlouhodobě nemocné. U těchto pacientů je ošetřovatelská péče nedílnou součástí léčebného a rehabilitačního úsilí celého týmu, který se o nemocného stará.

Nejmodernější vyšetřovací metody bez kvalitní ošetřovatelské péče nezaručují úspěch při péči o dlouhodobě nemocné (36).

Kvalitní zdravotní péče ve stáří vyžaduje odbornou specializovanou geriatrickou péči v rámci jednotlivých specializací. Nediskriminace v péči o staré a křehké pacienty znamená rozlišování a respektování rozdílných potřeb a rizik křehkých geriatrických pacientů (26).

Dlouhodobá péče je péče zdravotní i sociální. Zdravotní a sociální potřeby jsou u části starých osob neoddělitelné. Systém dlouhodobé péče musí vycházet z integrace zdravotních a sociálních služeb ústavních, ambulantních a poskytovaných v domácnosti. Rozvoj systému dlouhodobé péče vyžaduje transformaci léčeben pro dlouhodobě nemocné a domovů pro seniory. Negativně lze hodnotit snižující se rozsah pečovatelské služby poskytované v domácnostech jednotlivých občanů ve většině krajů (26).

Dlouhodobě nemocní mohou být lidé všech věkových kategorií, většinou si představujeme pacienta vyššího věku, 75 let a staršího. Pacienti mladého a středního věku se stávají dlouhodobě nemocní po úrazech apod. (36).

Je zřejmé, že zdravotní personál, i včetně lékaře, musí u každého nemocného zvolit individuální přístup. Musí zhodnotit fyzický i psychický stav nemocného, jeho schopnosti možnosti spolupráce při další léčbě, také zjistit rodinné vztahy. Zdravotní sestra musí zjistit potřeby nemocného, stanovit pořadí jejich naléhavosti uspokojovat je. Tyto potřeby se liší podle charakteru onemocnění, stadia choroby, celkového stavu nemocného, jeho věku (36).

Péče o dlouhodobě nemocné je pro zdravotnický personál vyčerpávající jak po stránce fyzické, tak i po stránce psychické. Vyžaduje profesionalitu, odbornost velkou dávku empatie. Důležité je získat důvěru nemocného tak, aby byl schopen přijmout svoji odpovědnost za vlastní léčení a nejen pomoc přijímal. Je to úkol obtížný, protože většinou nemůžeme pacientovi nabídnout vyléčení choroby a uzdravení. Naším cílem je zlepšit nebo alespoň udržet kvalitu života nemocného. Tam, kde je konec života neodvratitelný, je třeba zachovat právo každého na důstojnou smrt (36).

1.5.3 Důstojnost klienta odlehčovacích služeb.

Důležité je při pečování o člena rodiny zachovávat jeho důstojnost (15).

Důstojnost je složitá entita. Obvykle ji spojujeme s pojmy úcta, autonomie a ovládání (28).

Důstojnost patří k základním složkám lidské existence. Významnou složkou důstojnosti je smysluplnost, naplnění života. Význam důstojnosti do popředí zvláště za extrémních poměrů u lidí znevýhodněných, s omezenými schopnostmi pohybu, komunikace apod. (15).

Ve vyhrocené podobě hrozí seniorům syndrom zanedbávání a zneužívání starých lidí (Elder Abuse and Neglect) (15).

V rámci mezinárodního projektu *Dignity and Older Europeans* (Důstojnost a starší Evropané, 003, grant Evropské komise), byly identifikovány u klientů zdravotních a sociálních služeb čtyři kategorie důstojnosti:

- a) Důstojnost zásluh a společenského statutu – např. důstojnost funkce, majetku.

- b) Důstojnost mravní síly – důstojnost odolnosti, věrnosti, mravním hodnotám, neselehávání v zátěžových situacích.
- c) Důstojnost osobní identity – důstojnost setrvalého životního příběhu
- d) Menschenwürde - nepozbyitelná důstojnost lidské bytosti (15).

Důstojnost a kvalita života jsou těsně spojeny v naplněnosti času. A to i v dimenzi všedního dne. Nejde o velké poslání, ale život, který se stal studenou „čekárnou na smrt“, prázdným čekáním od jídla k jídlu, bez pozitivního očekávání často postrádá sebeúctu a tím i důstojnost. To je i jednou z nejnaléhavějších výzev nastupující dlouhodobé společnosti – jaký smysl, jaké naplnění dokážeme dát dlouhému životu s různě vyjádřeným funkčním postižením (15).

Bezútěšná atmosféra mnohých ústavních pokojů ale i domácností dlouhodobě nemocných a funkčně limitovaných lidí vyvolává naléhavé otázky o nezvládnutí této výzvy. Důvodem neúčelnosti není věk, míra funkčního postižení, nýbrž rezignace, apatie (15).

Podle názorů seniorů jsou pro zachování důstojnosti péče důležité faktory, a to projevení zájmu o klienta jako o jednotlivce, vlídnost, zdvořilost, naslouchání a respekt k soukromí. K často zmiňovaným příkladům nedůstojné péče patřila špatná komunikace, zacházení jako s věcí nikoliv jako s člověkem, ponižující obnažování, nedostatek úcty při intimních činnostech (28).

Pro seniora je zásadní otázka důstojného umírání, tedy práva ve vztahu k místu a způsobu umírání (28).

Také odborníci ve zdravotně sociální oblasti zdůrazňují zaměření se na pacienta, uplatňování holistického přístupu (28).

2 Cíl práce

2.1 Cíl práce

Cílem diplomové práce je zmapovat formy, poskytované činnosti a zdroje financování odlehčovací péče v Jihočeském kraji.

Dílním cíle této práce je navrhnou zlepšení odlehčovacích služeb, při zjištění jejich nedostatečnosti.

2.2 Výzkumná otázka

Výzkumná otázka znamená dobře postavit problém výzkumného šetření. Problém má být formulován konkrétně, jednoznačně a pokud možno v tázací formě. Problém má také implikovat možnost empirického ověření (2).

Stanovila jsem následující **hlavní výzkumnou otázku**:

Jakým způsobem jsou naplňovány odlehčovací služby z pohledu pracovníků zařízení poskytujících sociální služby v Jihočeském kraji ?

Pro zodpovězení hlavní výzkumné otázky byly stanoveny **dílní výzkumné otázky**:

- Jakou formou je poskytována odlehčovací péče?
- Jakým způsobem je financována odlehčovací péče?
- Jaká je obsazenost odlehčovací péče?
- Jaké jsou výhody spojené s poskytováním odlehčovací péče?
- Jaké jsou nevýhody spojené s poskytováním odlehčovací péče?

Odlehčovací (respitní) péče

Odlehčovací péčí se rozumí krátkodobá úlevová péče pro rodinné příslušníky a opatrovníky, kteří trvale pečují o vážně duševně nebo tělesně postiženou osobu - dítě, dospělého nebo seniora, který je opakovaně na přechodnou dobu v respitní péči umístěn (19).

Odlehčovací služba

Odlehčovací službou se rozumí dle § 44 dle zákona č.108/ 2006 Sb. o sociálních službách. Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem odlehčovací služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek (45).

Pečující osoba

Osoba, která pečuje o příbuzného, přítele nebo souseda, a to bez nároku na odměnu a bez formální smlouvy. Motivem této péče je rodinné pouto nebo přátelské vztahy. Péče sahá od komplexních forem až po péči občasnou nebo parciální. Pečující osoba může mít z poskytované péče uspokojení, na druhé straně ji péče může přetěžovat fyzicky, psychicky i finančně, omezovat její pracovní uplatnění, a společenské kontakty (24).

3 Metodika

3.1 Metody a techniky sběru dat

V diplomové práci jsem použila kvalitativní výzkum. V kvalitativním výzkumu sbíráme „všechna data“ a snažíme se mezi nimi nalézt pravidelnost a strukturu (2). Využila jsem metodu dotazování, techniku strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Tento typ rozhovoru je vhodný, pokud ho nemáme možnost opakovat a máme málo času se respondentovi věnovat. Základním účelem tohoto typu rozhovoru je co nejvíce minimalizovat efekt tazatele na kvalitu rozhovoru (7).

Použila jsem metodu dotazování, techniku rozhovoru. Rozhovor obsahoval identifikační údaje a 25 otevřených otázek. Otázky se týkají 11 oblastí: Formy odlehčovacích služeb, financování odlehčovacích služeb, poskytovaných činností v rámci odlehčovací služby, kapacity odlehčovacích služeb, obsazenosti, názorů pracovníků na situaci odlehčovacích služeb, výhod a nevýhod odlehčovacích služeb, důvodů vyhledávání pečovateli odlehčovacích služby, spokojenost s legislativou, s koncepcí odlehčovacích služeb. Rozhovor jsem vedla s pracovníky v sociálních zařízeních poskytujících odlehčovací péči v Jihočeském kraji (vedoucí pracovnice, sociální pracovnice, vrchní sestra). Délka rozhovoru byla cca 30 minut. Oslovovala jsem zařízení, která jsou uvedena v registru poskytovatelů sociálních služeb (na internetových stránkách MPSV ČR). Do výzkumu jsem také zařadila jedno soukromé zařízení.

Při vyhodnocování rozhovoru jsem zachovala anonymitu respondentů. Odpovědi z rozhovoru jsem si zaznamenávala do připraveného záznamového archu (viz příloha 2). Vyplněné záznamové archy jsou uschovány v mém archivu. Ve výsledcích uvádím také doslovné odpovědi respondentů, zdůrazňuji je v uvozovkách.

Během výzkumu jsem se zaměřila na formy odlehčovací péče, poskytovatele, zdroje financování a poskytované činnosti.

Kritérium pro výběr zařízení :

- Sociální zařízení je registrováno v registru poskytovatelů sociálních služeb (MPSV ČR).
- Zařízení poskytující sociální služby se nachází v Jihočeském kraji. Zaměřuje se na pobytové, ambulantní, terénní odlehčovací služby.

3.2 Realizace výzkumu

Výzkum byl realizován v rámci dvou měsíců - března a dubna 2010. Zařízení poskytující sociální služby jsem oslovovala dvěma způsoby telefonicky a prostřednictvím elektronické pošty. Oslovila jsem celkem 15 zařízení, tj. 7 zařízení elektronickou poštou a 8 zařízení telefonicky.

Výzkum jsem realizovala v následujících 11 zařízeních poskytujících sociální služby v Jihočeském kraji:

- a) Centrum sociální pomoci Vodňany
- b) Centrum sociálních služeb TEP Veselí nad Lužnicí
- c) Domov pro seniory České Velenice
- d) Domov důchodců „ U zlatého kohouta“ Hluboká nad Vltavou
- e) Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice
- f) Domov pro seniory Máj ulice Větrná České Budějovice
- g) Domov pro seniory Máj ulice Tylova České Budějovice
- h) Domy s pečovatelskou službou o.p.s. Český Krumlov
- i) Hospic sv. Jana N. Neuamanna, Prachatice
- j) Odlehčovací služba Astra Třeboň
- k) Senior dům České Budějovice.

Výzkum se nerealizoval v těchto zařízeních:

- a) Centrum sociálních služeb Staroměstská, České Budějovice. Organizace nebyla zahrnuta do výzkumu, protože nereagovali na telefonní oslovení a na elektronickou poštu.

- b) G centrum Tábor. V této organizaci byli neochotní ke spolupráci.
- c) Pobytové zařízení „Betynka“ Lužnice, Třeboň. Výzkum se nerealizoval z důvodu, že odlehčovací službu poskytují pouze v Liberci (neměli uvedeno v registru MPSV ČR).
- d) Občanské sdružení Borůvka, Borovany. V tomto sociálním zařízení budou ukončovat odlehčovací službu, nezískali dotace.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří 11 pracovníků ze zařízení poskytujících odlehčovací služby v Jihočeském kraji. Do výzkumu je zahrnuto i zdravotnické zařízení, Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích, které je uvedeno v registru poskytovatelů sociálních služeb pod odlehčovacími službami Jihočeského kraje.

Všichni respondenti byli ženského pohlaví. Věk respondentů se pohyboval od 24 let do 53 let. Průměrný věk respondentů činil 36 let. Věk jednotlivých pracovníků (seřazeno vzestupně). Jedna pracovníce je ve věku 24, další pracovníce ve věku 25 let, další pracovníce ve věku 26 let. Jedné pracovníci je 34 let, další 35 let. Dvěma pracovnícím je 36 let. Dvou pracovnícím je 40 let. Jedné pracovníci 49 let a další 53 let.

Rozdělení pracovníků lze rozdělit dle zastávající funkce:

Dvě z pracovníků jsou vedoucí zařízení či úseku, jedna pracovníce je vrchní sestra, 8 respondentek jsou sociální pracovníce. Z hlediska vzdělání tvořil výzkumný vzorek 7 pracovníků s vysokoškolským vzděláním, 3 pracovníce s vyšším odborným vzděláním. Jedna pracovníce vystudovala pomaturitní specializaci.

4 Výsledky

Rozhovor 1

Identifikační údaje

Sociální pracovnice ve věku 40 let, vzdělání vysokoškolské (Mgr.). V zařízení pracuje 8 let.

Zjištěné základní informace o poskytované odlehčovací službě

Zařízení poskytuje terénní formu odlehčovací služby. Cílovou skupinou jsou senioři a osoby se zdravotním postižením. Pracoviště poskytuje v rámci odlehčovací služby činnosti podle zákona o odlehčovacích službách a navíc fakultativní (nadstandardní) činnosti - odvoz vozidlem na úřad - doprovod pracovníkem, donáška oběda. Kapacita terénní odlehčovací péče je devět osob na rok. Sociální pracovnice říká „*V jednom okamžiku jsme schopni odlehčovací službu poskytnout jedné osobě.*“ „*Zatím se nestalo, že bychom měli naplněnou kapacitu.*“ Pokud je klient ze vzdálenějšího místa, je odkázán na bližší službu. O odlehčovací péči se také zajímají klienti, kteří nemají indikaci, chtějí spíše pobytovou službu. Čekací doba na odlehčovací službu není. Obsazenost odlehčovací služby před měsícem byla 5 osob, nyní 3 osoby.

Sociální pracovnice uvedla, že cena odlehčovací péče je 100 Kč za hodinu péče. Poskytuje se sleva pokud hodinový součet služeb za měsíc 51-150 hod (90 Kč /hod.péče), 151 a více hodin 85 Kč hod.péče). Za dovoz vozidlem a doprovod si účtuje zařízení 80 Kč/hod.+ 5,45 Kč/Km. Za dovoz nebo donášku jídla 20 Kč (sleva při dovozu 2 a více obědů pro domácnost 15 Kč/ 1ks.)

Terénní odlehčovací služba se poskytuje v době pondělí až pátek 7.30 – 16 hod. Bohužel asi od října bude odlehčovací služba zrušena. V případě potřeby víkendy i svátky. „*Spíše se snažíme poskytnout službu ve všední dny.*“ Služba je financována z MPSV, z Jihočeského kraje, a díky sbírkám a darům.

Na Odlehčovací službě se podílejí čtyři pracovníci, v přepočtu to jsou dva pracovní úvazky. Pečovatelé a klienti získávají informace o odlehčovací službě z informačních letáků, z měsíčníku Třeboňský svět, od lékařů, od známých, z městského úřadu. S rodinnými pečovateli se pracuje více, pokud je člen rodiny opatrovníkem klienta nebo při změně rozsahu služby.

Názory na odlehčovací službu

Sociální pracovnice vyjádřila názor, že odlehčovací služba je potřebná, ale není podpora od státu. Vidí zde rozpor s transformací sociálních služeb. *„V Jihočeském kraji nejsme dostatečně podporováni, proto musíme odlehčovací službu zrušit.“*

Podle sociální pracovnice jsou výhody této služby pro uživatele, protože klient může zůstat ve svém prostředí (doma), kombinuje se péče rodiny a poskytovatelů služby. Výhoda je i pro pečující, protože si odpočinou a načerpají síly, díky tomu vydrží poskytovat péči déle. Nevýhodu vidí sociální pracovnice ve financování odlehčovací služby (město, obce, kraj, stát). Pečovatelé vyhledávají odlehčovací službu z důvodu, že se potřebují v péči vystřídat. Nechtějí umístit blízkého do pobytového zařízení.

Sociální pracovnice si vybavila mnoho postřehů v souvislosti s odlehčovací službou: *„Pečovatelů je dost, terénních služeb je málo - pečovatelé tedy přicházejí o možnost vystřídat v péči.“* *„Bohužel je nízká dostupnost služby v malých obcích, na samotách, na ně se soustřeďujeme.“* *„Je velká náročnost pro pracovníky v terénní službě, především psychická (klienti s demencí, s velkým zdravotním omezením).“*

Podle sociální pracovnice by se měly odlehčovací služby zlepšit díky lepšímu financování, větší angažovanost státu a komunitnímu plánování. Jinak v Jihočeském kraji není žádná terénní odlehčovací péče. *„My tyto úkony (po zrušení služby) budeme poskytovat v rámci pečovatelské služby.“* *„V jiných zařízeních asi podobné služby nabízejí v rámci osobní asistence.“* Poptávku po odlehčovací péči, sociální pracovnice neví s čím srovnat - zda je vysoká či nízká (zná podrobně jen jejich službu).

Co se týče legislativy, dle mínění sociální pracovnice, je příspěvek na péči nízký. *„Služba nonstop se z něj nezaplátí.“* *„Klientovi ani kolikrát nestačí nejvyšší příspěvek*

na péči, na uhrazení odlehčovací služby.“ V koncepci odlehčovacích služeb by sociální pracovnice uvítala podporu odlehčovacích služeb.

Rozhovor 2

Identifikační údaje

Rozhovor mi poskytla sociální pracovnice ve věku 35 let, která pracuje v zařízení 4 roky. Její vzdělání je vysokoškolské (Ing.).

Zjištěné základní informace o poskytované odlehčovací službě

Forma odlehčovací služby je pobytová se zaměřením na seniory – cílovou skupinou jsou osoby od 27 let. V tomto zařízení poskytují činnosti, které jsou stanovené ve vyhlášce č. 505/2006 Sb.: Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, při obstarávání osobních záležitostí, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Kapacita zařízení je 5 lůžek. Obsazenost zařízení se liší podle roční doby, největší zájem pracovnice zaznamenala v zimě – po Vánocích, a v létě. Pokud je kapacita odlehčovací péče naplněna, odkazují klienty do zařízení v Českých Budějovicích (DPS Máj, Hvízdal). K čekací době sociální pracovnice zmínila: „*Pokud je volno domluví se termín hned, jinak spíše okazujeme do jiného zařízení.*“

Cena odlehčovací služby se liší podle druhu pokoje. Za dvoulůžkový pokoj je základní částka 8130 Kč/ měsíc a dále se do ceny započítává složka podle příspěvku na péči (většinou se rovná částce příspěvku na péči). Pokud osoba nemá příspěvek na péči a potřebuje odlehčovací službu déle než na týden, žádá se o tento příspěvek.

Podle sociální pracovnice je ideální doba poskytnutí odlehčovací služby, na odpočinek rodiny, tak týden až měsíc. „*Nyní se nám ale často stává, že odlehčovací služba je brána jako přechod mezi nemocnicí a dalším domovem.*“ Maximální doba

odlehčovací služby je 3 měsíce, může se prodloužit na půl roku. *„Dalším řešením je dlouhodobý pobyt klienta anebo odlehčovací péče v dalším zařízení.“* Odlehčovací služba je v tomto zařízení financovaná z příjmů klienta, z příspěvku a především z dotací od zřizovatele- MPSV ČR a Jihočeského kraje.

V zařízení nejsou přímo určeni pracovníci vykonávající odlehčovací péči. *„Z výpočtů vyplývá, že každý náš pracovník má 0,08 úvazku na odlehčovací péči.“* Klienti většinou získávají informace o odlehčovací péči v nemocnici, v jiných zařízeních, prostřednictvím ústního sdělení (dobré reference), díky internetu - registr poskytovatelů sociálních služeb. S rodinnými pečovateli pracujeme tak, že se snažíme, aby rodina klienta přišla do domova, klienta většinou před nástupem nevidíme. Někdy se na klienta informujeme v nemocnici. *„Můžeme poskytnou péči skoro každému, kromě osob se zavedenou sondou a ne osobám s demencí, ti utíkají.“*

Názory na odlehčovací službu

Sociální pracovníce si neumí přesně přestavit, jak to vypadá s odlehčovací službou v ČR. *„Vím, že lidé dostávají v poslední době povědomí o odlehčovací službě, dříve nebyla tolik známá.“* Tím pádem více vyhledávají tuto službu. Podle sociální pracovníce je v Jihočeském kraji málo míst, zařízení poskytujících odlehčovací službu.

Výhodu odlehčovacích služeb s hlediska poskytovatele vidí sociální pracovníce ve větším ohodnocení poskytovatele. Nevýhodu především u klienta. *„Tato služba je dražší, celkem kratší pobyty a proto se klientovi nemůže úplně vylepšit zdravotní stav.“* Dochází také k špatnému zvykání klienta na nové prostředí. Další nevýhodou je, že poskytovatel musí více plánovat např. aby mu vycházeli pokoje, potřebné vybavení, pomůcky. Postřehy u odlehčovacích služeb sociální pracovníce uvedla: *„Není velká medializace této služby.“* *„Klienti se k nám pravidelně vrací.“* *„Odlehčovací péče je jedna z možností získání příspěvku na péči.“* *„Odlehčovací služba by mohla sloužit i k rekonvalescenci (u mladších pacientů), klient by se mohl natrvalo vrátit k rodině, být částečně soběstačný.“*

K zlepšení odlehčovací služby by mohla napomoci větší publicita a zvýšení počtu lůžek. V tomto zařízení znají zařízení s odlehčovací službou – DPS Hvízdal, Máj,

Veselí nad Lužnicí, Soběslav, Kaplice, nemocnice Vimperk, v Počátkách- sociální lůžka. Sociální pracovnice uvedla obecný důvod, proč zájemci vyhledávají odlehčovací služby: „*Odpočinek pro osoby, které se starají.*“ Konkrétnější důvody jsou : „*Lázně, operace, dovolená pečovatele, prázdniny vnoučat, v zimě - kvůli topení.*“

Poptávka o službu je v zařízení veliká. „*Žádosti jsou korigovány, pokud nemáme místo, odkazujeme jinam.* V zařízení přemýšlení o rozšíření kapacity odlehčovací služby. „*Zrušili jsme v celé budově 3 lůžkové pokoje a také předěláváme pokoj správce, místo něj by měla být zařízení odlehčovací služba.*“

Sociální pracovnice je s legislativou související s odlehčovacími službami spokojená. „*Problém by byl u klienta zbaveného svéprávnosti.*“ „*V koncepci odlehčovacích služeb vidím problém s úhradou služby (někteří klienti, jejich rodiny si tuto službu nemohou dovolit).*“

Rozhovor 3

Identifikační údaje

Sociální pracovnice, 36letá, s vysokoškolským vzděláním (Bc.). V zařízení pracuje 4 roky.

Zjištěné základní informace o poskytované odlehčovací službě

Forma poskytované sociální služby je pobytová. „*Klient je nesoběstačný a pečuje o něj rodina.*“ Cílovou skupinou jsou senioři, osoby od 27 let. Poskytované činnosti v rámci odlehčovací služby zařízení poskytuje v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. Kapacita odlehčovací služby činí dvě lůžka, a je skoro vždycky obsazena. Pokud je naplněna kapacita odlehčovací služby sociální pracovnice odkazuje do ostatních zařízení v Českých Budějovicích a do okolí. Čekací doba je individuální, podle okolností.

Sociální pracovnice uvedla, že cena odlehčovací služby se skládá ze 3 částí: Pobyt stojí 120 Kč/den, strava 150 Kč/ den (5 x denně), třetí část záleží na stupni závislosti na druhé osobě. Pokud klient nemá příspěvek na péči nebo mu je přiznán 1.stupeň platí

65kč/den, u 2. stupně je výše 130 Kč/den, u 3. stupně 265/den, a u 4. stupně 400 Kč/den. Odlehčovací péče se poskytuje nejvýše na dobu 3 měsíce, je možná výjimka pokud to dovoluje momentální kapacita. Služba je financována s podporou MPSV ČR a Jihočeského kraje.

V zařízení pracuje 5 zdravotních sester a 10 pracovníků v sociálních službách. Pečovatelé a klienti získávají informace o zařízení z internetu, letáků (články v novinách při různých příležitostech), informují je lékaři. S rodinnými pečovateli v zařízení speciálně nepracují. Sociální pracovnice řekla: *„Pokud se rodina zajímá, klade otázky.“*

Názory na odlehčovací službu

Podle sociální pracovnice je odlehčovací služba využívána, jsou ale místa a oblasti kde není tato služba tolik známá. *„Málo pečovatelů si může dovolit zůstat doma a pečovat celých 24 hodin o rodinného příslušníka, nejen z časových důvodů, také kvůli fyzické a psychické zátěži a vyčerpání.“* O odlehčovací službě v Jihočeském kraji sociální pracovnice míní: *„Mohlo být více zařízení poskytujících tuto službu a její poskytování ve větší míře již ve stávajících zařízeních.“*

Výhodu odlehčovacích služeb spatřuje sociální pracovnice v pomoci pečujícím, o klienty je postaráno po dobu 24 hodin po stránce zdravotní i sociální. Nevýhodou může být zvyknutí rodiny na tento druh sociální služby a pak její časté vyhledávání. *„Rodina pak žádá o trvalý pobyt klienta.“* Postřehy v souvislosti s odlehčovací službou sociální pracovnice nemá.

Sociální pracovnice by zlepšila personální zajištění, zvýšila počty zaměstnanců podílejících se na odlehčovací službě. Díky tomu by se mohli pracovníci více individuálně věnovat klientovi. V zařízení mají sepsaný seznam pracovišť s odlehčovací péčí a jejich telefonními čísly. Jsou to především zařízení v okrese České Budějovice, některá i vzdálenější (G centrum Tábor). Pečovatele vyhledávají odlehčovací služby pro rodinné příslušníky z důvodu dovolené, vyššího pracovního uplatnění (služební cesty), hospitalizace pečujících, když pečujícím již nepostačují ambulantní a terénní služby.

Poptávka po odlehčovací službě je vysoká, cca 30 žádostí, které nejsou ihned uspokojeny. Odlehčovací služba byla na pracovišti rozšířena v říjnu 2009. Také máme pracoviště v Tylově ulici, kde je mnohem větší kapacita a přijímáme tam i osoby s demencí.

Spokojenost s legislativou hodnotí sociální pracovnice takto: „*Ano s legislativou jsme spokojeni, horší je legislativa u trvalých pobytů.*“ I s koncepcí odlehčovacích služeb je sociální pracovnice spokojená. „*Je dobré, že do odlehčovací služby můžeme přijmout osoby i bez příspěvku na péči a z celé ČR.*“

Rozhovor 4

Identifikační údaje

Sociální pracovnici je 25 let. Vystudovala vysokou školu (Mgr.) a v zařízení pracuje krátce – 3 měsíce.

Zjištěné základní informace o poskytované odlehčovací službě

Zařízení poskytuje pobytovou formu odlehčovací služby. Jako cílovou skupinu uvádí osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, onemocnění, chronického duševního onemocnění. Přijímají osoby s demencí (Alzheimerova nemoc, Parkinsonova nemoc). V zařízení poskytují činnosti stanovené podle zákona o sociálních službách pro tento druh služby. Sociální pracovnice zdůraznila sociálně aktivizační činnosti. Kapacita zařízení je dvacetčtyři lůžek. O obsazenosti služby sociální pracovnice zmínila, že mají většinou obsazeno, nyní jsou dvě lůžka volná. Pokud je odlehčovací služba plná, sociální pracovnice nabízí klientům denní stacionář anebo trvalý pobyt u nich v zařízení. Při žádosti o odlehčovací péči, jsou klienti odkázáni na místa: Sociální služby Staroměstská, DPS Hvízdal. K čekací době sociální pracovnice uvedla: „Pokud není hned místo, tak se většinou do měsíce vyřeší“.

Cena odlehčovací služby je závislá na výši příspěvku na péči uživatele: Klient bez příspěvku nebo s příspěvkem 1.stupně platí 9 450 Kč/měsíc, klient s příspěvkem

2.stupně zaplatí 11 400 Kč/ měsíc. Uživatel, kterému náleží příspěvek 3.stupně platí 15 450 Kč/ měsíc a 4.stupně 19 500 Kč/ měsíc.

Odlehčovací služba se poskytuje na dobu tří měsíců, ve výjimkách se prodlužuje. Zřizovatelem zařízení je magistrát města České Budějovice, dále je odlehčovací služba financována díky dotacím z MPSV ČR a plateb uživatelů. V zařízení (celkem 2 budovy) pracuje 17 zaměstnanců.

Podle sociální pracovníce se o odlehčovací službě pečovatele dozvídají z nemocnice, z oddělení následné péče, z novin a od známých. Před dojednáním se sociální pracovníce setká dvakrát s rodinou, zjistí informace o klientovi. I v průběhu odlehčovací služby může klást rodina otázky, často se týká výše příspěvku na péči, žádá se o jeho zvýšení.

Názory na odlehčovací službu

Sociální pracovníce vyjádřila názor, že si není vždy jistá u klientů, kteří žádají o odlehčovací službu- za patří do cílové skupiny. *„Tato služba neplní funkci odpočinku pro pečovatele, spíše rodina nechce seniora doma.“* *„Tímto způsobem využívají odlehčovací služby jako přechodnou dobu než se někam senior umístí.“* Jako ideální vidí uzpůsobení služby jen na oddych pečovatele, např. pokud musí být hospitalizován nebo v době dovolených. K výhodám odlehčovacích služeb sociální pracovníce zmínila pomoc rodinám - 24 hodinová péče po celý rok je velmi náročná. Nevýhodou je již zmíněné zneužívání služby.

V rámci postřehů o odlehčovací službě se sociální pracovníce setkala s rodinami, které si myslí, že pracovníci převezmou za klienta úplnou zodpovědnost. *„Nechápou, že za určitou dobu by se měli opět začít starat.“* Sociální pracovníce tvrdí že, v této problematice se vyzná zatím méně, proto neví konkrétní řešení zlepšení u odlehčovacích služeb. Ostatní organizace nabízející odlehčovací službu vyjmenovala - Sociální služby Staroměstská, DPS Hvízdal, Hospic Prachatice, DPS Hluboká n. Vltavou. Důvody pro vyhledávání odlehčovací služby jsou situace kdy rodina se stará, ale potřebuje odpočinek nebo čekají na umístění klienta na trvalý pobyt. Dalším důvodem je propuštění klienta z nemocnice.

Zájem po odlehčovací službě je velký, v zařízení už došlo k rekonstrukci a to v lednu. Podle sociální pracovnice by bylo dobré „vyřešit legislativně případ, kdy se rodina nemůže starat a nemají zatím pro klienta zajištěný pobyt.“ Sociální pracovníci nenapadají žádné otázky, problémy v koncepci odlehčovacích služeb.

Rozhovor 5

Identifikační údaje

Sociální pracovnice ve věku 24 let s vysokoškolským vzděláním (Bc.), pracuje v zařízení 2 roky.

Zjištěné základní informace o poskytované odlehčovací službě

Forma poskytované odlehčovací služby je pobytová. V zařízení se zaměřují na cílovou skupinu seniorů, generace 50 +, byli by ochotni přijmout i mladší klienty. Poskytované činnosti sociální pracovnice shrnula obecně „ubytování, stravování, péče“.

V poskytovaných činnostech se řídí podle zákona č. 108/2006 Sb. V zařízení je kapacita lůžek na odlehčovací službu dvě lůžka. Co se týče obsazenosti odlehčovací služby záleží na situaci „někdy je prázdné, někdy plné“. Při naplnění zařízení odkazují žadatele do ostatních zařízení, do Bechyně, Tábora, Českých Budějovic a Chýnova. K čekací době na odlehčovací službu se sociální pracovnice vyjádřila: „U nás aktuálně od ledna jsou klienti objednáni na srpen“. Sama dodává, že čekací doba je různá podle situace.

Cena odlehčovací služby je stanovena na 7770 Kč/ měsíc. V této hodnotě je započítána strava a ubytování. Další část platby závisí na počtu hodin péče - 100 Kč/hod.péče. Odlehčovací služba se poskytuje na 3 měsíce, může se prodloužit o 1 měsíc, další prodloužení je možné pokud je odlehčovací služba volná. Financování odlehčovací služby je částečně z dotací MPSV ČR a z plateb uživatelů. V zařízení nejsou přímo určeni pracovníci na odlehčovací službu. Denní směna činní 6 pečovatelek, 1 zdravotní sestra, vrchní pečovatelky. Informace o odlehčovací službě

získávají zájemci z internetu, letáků v nemocnici a na městském úřadě, po telefonu se sociální pracovníci.

V zařízení poskytují pečovatelům především poradenství. *„Poradenství poskytujeme u pečovatelů, kteří od služby neočekávají odpočinek, spíše službu využívají jako překlenovací období, než se objeví místo v pobytovém zařízení.“* Sama sociální pracovníce poskytuje radu ohledně příspěvku na péči, pečovatelům předává potřebné dokumenty.

Názory na odlehčovací službu

Sociální pracovníce si myslí o odlehčovací službě obecně: *„Bylo by lepší, kdyby bylo více odlehčovacích služeb, zase někde by tato služba byla nevyužitá.“* Konkrétněji zmínila situaci odlehčovacích služeb z pracoviště: *„U nás v zařízení je velká poptávka po stacionáři, někteří lidé potřebují oddech a zařídit si věci pouze na dopoledne nebo odpoledne.“*

Výhody odlehčovací péče sociální pracovníce spatřuje v potřebnosti pro pečovatele. *„Rodina může pečovat o klienta sama a zároveň můžou odjet na dovolenou, odpočinout si.“* *„Také se překlene období u pečovatelů, kteří pečovat nemohou nebo nechtějí.“* Nevýhodou je finanční stránka odlehčovacích služeb. *„Někdy je odlehčovací služba volná a někdy by bylo potřeba mít dvojitou kapacitu.“* Důvody vyhledávání odlehčovací služby mohou být překlenutí doby před trvalým pobytem klienta, odpočinek rodiny, hospitalizace pečovatele.

Postřehy o odlehčovací službě sociální pracovníce nemá. Zlepšení odlehčovací služby by podle sociální pracovníce mohlo jít díky větším finančním prostředkům, pak by se mohly odlehčovací služby rozšířit kapacitně. Zařízení, která poskytují odlehčovací služby, jsou G centrum Tábor a v Českých Budějovicích DPS Máj, Hvízdal. *„Poprávka o tuto službu je většinou větší než je kapacita.“* *„Přímo v zařízení přemýšlíme o zřízení stacionáře.“* Prostor na rozšíření služby nemají.

S legislativou i s koncepcí odlehčovacích služeb je sociální pracovníce spokojená.

Rozhovor 6

Identifikační údaje

Sociální pracovníci je 26 let. Má vyšší odborné vzdělání. Pracuje 3 roky v zařízení.

Zjištěné základní informace o poskytované odlehčovací službě

Zařízení poskytuje pobytovou formu odlehčovací služby. Cílovou skupinou jsou osoby s chronickým onemocněním, osoby se zdravotním postižením, senioři. Převaha klientů seniorů. Služba je určena pro osoby od 27 let.

Jako poskytované činnosti v rámci odlehčovací služby sociální pracovníce uvedla: „*Poskytnutí ubytování, stravy, péče*“. Konkrétněji to je pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, fakultativní služby, zdravotní péče.

Kapacita odlehčovací služby jsou 2 osoby. Nyní je odlehčovací péče obsazená – 2 uživatelé. Při naplnění kapacity sociální pracovníce odkazuje k jiným poskytovatelům odlehčovacích služeb, konkrétně do DPS Hluboká nad Vltavou a do Českých Budějovic. Čekací doba na odlehčovací službu je přibližně 1 měsíc.

Cena služby se skládá ze stravovací jednotky 116,- Kč a bydlení 160,- Kč (denně). Odlehčovací službu poskytují maximálně na dobu 3 měsíce, je to stanoveno v zákoně o sociálních službách. Financování je pouze z úhrad uživatelů. V zařízení pracuje 52 pracovníků celkem.

Sociální pracovníce míní, že se pečovatelé a klienti nejvíce dozvědí o odlehčovací službě z internetových stránek, od rodinných příslušníků, známých, z městského úřadu. Také přímo v zařízení v kanceláři sociální pracovníce. S rodinou nebo přímo s klienty, sociální pracovníce, komunikuje po telefonu nebo při osobní schůzce. Odpovídá na případné otázky a nejasnosti.

Názory na odlehčovací službu

Podle mínění sociální pracovnice se odlehčovací služby v České republice rozrůstají. V Jihočeském kraji vidí tyto služby jako dostačující.

Výhodou odlehčovacích služeb může být: „*Návrat uživatele zpět do rodinného prostředí, nebo do domácího prostředí odkud přišel.*“ „*Nevýhodou může být velmi krátká doba na poznání klienta, na splnění jeho potřeb a přání.*“ Jako postřeh o odlehčovací službě si sociální pracovnic vybavila problematiku vyúčtování příspěvku na péči, pokud je v řízení. „*Zlepšení odlehčovacích služeb by šlo informováním veřejnosti o smyslu a existenci služeb.*“ Sociální pracovnice uvedla časté důvody vyhledávání této služby pečovateli: „*Nástup do nemocnice, odjezd rodinných příslušníků na dovolenou.*“ Poptávku po odlehčovací službě vidí jako přiměřenou k její nabídce. O rozšíření odlehčovací služby zařízení neuvažuje, mají málo prostoru.

K legislativě odlehčovacích služeb nemá sociální pracovnice výhrady, nemá připomínky ani ke koncepci odlehčovacích služeb.

Rozhovor 7

Identifikační údaje

Rozhovor mi poskytla vedoucí odlehčovací služby, které je 49 let. Vzdělání má vyšší odborné, pracuje 5 let v této funkci.

Zjištěné základní informace o poskytované odlehčovací službě

Forma odlehčovací služby je pobytová, tedy 24 hodinová péče, a ambulantní. Cílovou skupinou v tomto zařízení jsou senioři, osoby s postižením, děti. Věkově není odlehčovací služba omezena. Vedoucí odlehčovací služby dodává: „*Děti jsme tu zatím neměli.*“ Do poskytovaných činností je zahrnuto ubytování, noční dohled, strava, ošetrovatelské úkony, pomoc při prostorová orientaci, kontakt s okolím. Kapacita pobytové odlehčovací služby jsou čtyři lůžka. Ambulantní forma odlehčovací služby má vyšší kapacitu, nyní to je 6 klientů. Obsazenost uživateli je různá. Sociální pracovnice míní: „*Není vždy plno, někdy kapacita nestačí.*“ Pokud je naplněna kapacita zařízení

vedoucí odlehčovacích služeb se snaží domluvit s nemocnicí, s následnou péčí. „*Spíše je to ale naopak a klienti jsou k nám posílány z nemocnice.*“ Popřípadě vedoucí odkazuje klienty do Počátek nebo do Českých Budějovic. „*Také tuto situaci řešíme tím , že klientovi je poskytnuta pečovatelská služby nebo tísňová péče.*“ Čekací doba nemusí být, když je volno, je klient přijat okamžitě.

Cena odlehčovací služby je za ubytování 180 Kč / den, denní dohled 50 Kč noční dohled 50 Kč. Horní hranice za služby 100 Kč /hodina. Cena za úkon např. nákup. Odlehčovací služba je uzavírána na dobu jednoho měsíce, nebo podle přání klienta. Pak se podle potřeby prodlužuje. Odlehčovací péče je financována z města Český Krumlov, MPSV ČR, Jihočeského kraje, díky platbám klientů. V rámci odlehčovací služby pracuje šest pracovníků, na úvazky jsou to čtyři.

Klienti získávají informace o odlehčovací péči z internetu, z publikace ve zpravodaji města, z novin, lidé si řeknou mezi sebou. Významná je spolupráce s nemocnicí. Při případných nejasnostech a otázkách se více komunikuje s rodinou a klienty.

Názory na odlehčovací službu

Vedoucí odlehčovací péče tvrdí, že celkově to vypadá s odlehčovací službou špatně - je nedostatek odlehčovacích služeb. Konkrétně posoudit stav, odlehčovací péče v ostatních zařízeních, neumí.

Jako výhodu odlehčovacích služeb udává vedoucí pracovnice odpočinek rodiny. O nevýhodách říká: „*Některé rodiny i klienti mají zkreslené informace o odlehčovací službě, nesdělují pravdivé informace o zdravotním stavu klienta, zamlčují důležité informace z důvodu přijetí klienta.*“ Do nevýhody by vedoucí odlehčovacích služeb i počítala finanční stránku. „*Rodiny si myslí, že je tato sociální služba drahá, tady ale mají klienti vše, jakoby nadstandard.*“ Důležité je poukázat, že každý klient je individuální, potřebuje odlišný přístup. Odlehčovacím službám by mohlo pomoci lepší finanční zajištění, dostatečný počet personálu.

V zařízení spolupracují nejvíce s následnou péčí Počátky a se zařízeními z Českých Budějovic. Důvodů proč vyhledávají pečovatelé odlehčovací péči je několik: „*Klient se*

dostane do nemocnice se zdravotními problémy, pak následuje odlehčovací péče.“
„Klient nemůže být sám, když má rodina jiné povinnosti.“ „Čeká se na umístění klienta do DPS, rehabilitace klienta, dovolená rodiny.“

Poptávka po odlehčovacích službách se odvíjí podle situace např. za rok 2009, bylo 27 žádostí o odlehčovací službu, smluv podepsáno 22 (zahrnuti i opakující se klienti). Vedoucí odlehčovací služby dále dodává, že se snaží vyhovět skoro všem typům klientů. „*Pouze odmítáme z důvodu demence klienta.*“ O rozšíření odlehčovací služby v zařízení jednají, přemýšlejí o dvou lůžkách.

K legislativě odlehčovacích služeb má vedoucí pracovníce výhrady, týkají se financování a personálu. Byla by raději, kdyby byl v této otázce zákon pružnější. Uvedla to na konkrétním případu: „*Přijde mi zbytečné, když je tu umístěn jeden klient a musí tu být dva pracovníci.*“ S koncepcí, jak jí mají nastavenou přímo v zařízení, je spokojená.

Rozhovor 8

Identifikační údaje

Sociální pracovníce ve věku 40 let, s vysokoškolským vzděláním (Bc.). Pracuje 5 let v zařízení, dříve jako pracovník v sociálních službách, nyní přímo ve funkci sociální pracovníce.

Zjištěné základní informace o poskytované odlehčovací službě

Forma odlehčovací služby, kterou nabízí zařízení, je pobytová. Do cílové skupiny klientů spadají senioři od 40 let, osoby se zdravotním postižením od 40 let. V zařízení nepřijímají klienty, kteří by měli zvláštní režim z důvodu demence, závažné psychiatrické poruchy. Poskytují činnosti ubytování, stravování, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů, osobních záležitostí. V

nabídce aktivizačních činností si může klient vybrat z činností v ergoterapeutické dílně, muzikoterapii, cvičení paměti, sportovní odpoledne apod.

Kapacita odlehčovací služby jsou dvě lůžka. Ty jsou zvlášť rozdělené jedno ženské a druhé mužské. Lůžka mají své konkrétní místo. *„Na pokoji je klient, který souhlasí, že má na pokoji odlehčovací lůžko.“* Odlehčovací služba je skoro vždy obsazená. Při naplněné kapacitě odkazuje sociální pracovnice osoby do nejbližších zařízení - DPS Máj, Sociální služby staroměstská, DPS Hluboká nad Vltavou. Čekací doba na odlehčovací službu není. Záleží na telefonické domluvě se sociální pracovnící a zda je v daní chvíli volno.

O ceně odlehčovací služby sociální pracovnice uvedla: *„Skládá z částky za poskytnutí ubytování, úklid, praní a žehlení prádla 140 Kč/ denně, poskytnutí celodenní stravy 130 Kč / den. Celkem tedy 270 Kč/ den za ubytování a stravu.“* *„Úhrada za péči činí 100 Kč na hodinu, podle skutečného spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonu.“*

Odlehčovací službu poskytujeme nejvýše na 3 měsíce. Dále již neprodlužujeme. Financování této služby je za přispění Magistrátu města České Budějovice, a z plateb uživatelů. Co se týče počtu pracovníků, podílejících se na odlehčovací službě, sociální pracovnice tvrdí: *„Nemáme rozděleno a i směny se během dne liší počtem pracovníků.“* Sociální práce s rodinnými pečovateli spočívá především v sepsání smlouvy, vypočítání úhrady. *„Spíše se klientům věnuje zdravotnický personál a pracovníci v sociálních službách.“*

Názory na odlehčovací službu

Podle slov sociální pracovnice to vypadá s odlehčovací službou mizerně. *„Měli jsme klienta i z Prahy.“* I o odlehčovací službě v Jihočeském kraji sociální pracovnice míní, že je jí nedostatek. Výhodou této odlehčovací péče může být odpočinek pečovatele. K nevýhodě odlehčovací služby se může zahrnout stres pro klienty a to z důvodu náhlé změny sociálního prostředí. Dochází k zhoršení psychiky a adaptace u uživatele. *„Přesto výjimka, klientka se nechtěla vrátit domů.“* Sociální pracovnice by nedoporučila zařízení, které se zaměřuje jen na odlehčovací služby. *„Klient se lépe*

zadaptuje v domově a mezi ostatními uživateli.“ Sociální pracovníce by zlepšila odlehčovací péči navýšením počtu lůžek. Jinak míní, ošetrovatelská a sociální péče, je dobrá. Pečovatelé vyhledávají odlehčovací služby z důvodů potřebného odpočinku, z důvodu hospitalizace pečovatele nebo člena rodiny, rodina se nemůže postarat. Pak je odlehčovací služba brána jako přechodné řešení. Poptávka po této službě je velmi vysoká, zvláště v některých obdobích. Sociální pracovníce říká: „Neevidujeme počet žádostí.“ „Všem zájemcům nemůžeme vyhovět, pak je posílíme do jiných zařízeních.“ „Důležitější jsou pro nás trvalé pobyty, odlehčovací služba není finančně výhodná.“

Sociální pracovníce je spokojená s legislativou do určité míry, má výhrady k financování odlehčovacích služeb. Již výše zmíněné - vyplatí se více trvalé pobyty klientů. V koncepci odlehčovacích služeb by sociální pracovníce uvítala, kdyby byla stanovena paušální částka za odlehčovací péči.

Rozhovor 9

Identifikační údaje

Sociální pracovníce, které je 36 let. Má vyšší odborné vzdělání, pracuje 5 let v zařízení.

Zjištěné základní informace o poskytované odlehčovací službě

Forma odlehčovací služby je pobytová. Do cílové skupiny jsou zahrnuti obecně osoby od 27 let. V průměru šest osob za rok. Základní činnosti, které poskytuje zařízení, jsou poradenství, ubytování, strava, aktivity.

Kapacita odlehčovací služby v daném zařízení je 11 lůžek, zatím nikdy nebyla obsazena všechna místa. Důležité je aby pečující osoby věděli, který termín jim vyhovuje, pak není problém přijmout klienta. Čekací doba v tomto zařízení na odlehčovací službu tedy není.

Cena odlehčovací služby je 330 Kč/ den za stravu a ubytování, 100 Kč za hodinu péče. V zařízení uzavírají smlouvu o poskytnutí odlehčovací péče na dobu jednoho měsíce. Pak podle návržení lékaře se smlouva prodlužuje do doby třech měsíců.

Odlehčovací služba je financována za přispění MPSV ČR a Jihočeského kraje. V zařízení pracuje celkem 35 pracovníků. Pečovatelé získávají kontakty na odlehčovací službu od známých. Získávají doporučení z jiných zařízení, kde mají obsazenou kapacitu. Podle mínění sociální pracovníce mají pečovatelé již potřebné znalosti o tom, co je odlehčovací péče, při potřebě zodpoví dotazy. Pečovatelé hledají a potřebují zaopatření.

Názory na odlehčovací službu

Sociální pracovníce si myslí, že by bylo třeba navýšit odlehčovací služby. Jako nástroj průzkumu, zda je opravdu odlehčovacích služeb málo, by zvolila komunitní plánování. Konkrétněji sociální pracovníce uvádí: „*Myslím si, že by byl zájem o osobní asistenci na 24 hodin.*“ „*Některé rodiny by totiž potřebovaly odpočinek pouze na jeden nebo dva dny a kvůli tak krátké době klienta do odlehčovací péče neumístí.*“

Výhodou odlehčovacích služeb je podle sociální pracovníce to, že rodina má po určitou dobu zastoupení v péči. Nevýhodou je, že o službu se zajímá rodina, ne sám klient. „*Záleží tedy více na rodině, kdy potřebuje odpočinek.*“ „*Klient je vytržen ze svého sociálního prostředí.*“ Sociální pracovníce si za dobu své praxe v sociální oblasti všimla následujících postřehů: „*Odlehčovací služba je více využívána v letních měsících.*“ „*Velká vděčnost rodin – pečovateli.*“

Odlehčovacím službám by pomohlo navýšení počtu lůžek. Sociální pracovníce se řídí registrem poskytovatelů sociálních služeb, pokud chce vědět, která zařízení poskytují odlehčovací služby. Pečovatelé často vyhledávají tuto službu z důvodu potřeby odpočinku pečující osoby, plánované nebo nenadálá hospitalizace pečujícího v nemocnici. Poptávka po odlehčovací péči je vysoká, ale stává se že klienti nespadají do naší cílové skupiny, proto není důvod pro odlehčovací péči. O rozšíření služby neuvažují.

K legislativě má sociální pracovníce určité připomínky: „*Přijde mi zbytečné, že klient i když je tu na celé dny, musí se mu péče účtovat po hodinách, takto to stanovuje vyhláška k zákonu o sociálních službách.*“ V koncepci odlehčovacích služeb nevidí

sociální pracovnice problém. „*Jsmo spokojeni, u nás jsou odlehčovací služby doplňkovou službou, není to naše hlavní činnost.*“

Rozhovor 10

Identifikační údaje

Žena ve věku 53 let, pracuje jako vrchní sestra. Její vzdělání je středoškolské, vystudovala pomaturitní specializaci. V zařízení pracuje 7 měsíců.

Zjištěné základní informace o poskytované odlehčovací službě

Toto zařízení poskytuje pobytovou odlehčovací službu, zařízení je soukromého charakteru. Cílovou skupinou jsou senioři, kteří mají zájem o odlehčovací péči. Poskytované činnosti v souladu se zákonem o odlehčovacích službách např. 24 hodinová zdravotní služba, pomoc v domácnosti. Kapacita odlehčovací péče v zařízení činí 3 lůžka, skoro vždy je odlehčovací péče obsazena. Pokud je odlehčovací služba obsazena, klienti si prý většinou počkají na dobu, kdy se uvolní. Čekací doba může být různá. Lze zajistit odlehčovací službu po telefonu nebo osobní domluvou s vrchní sestrou.

Cena odlehčovací služby je 290/ Kč /den ubytování. Cena za služby činí nejvýše 100 Kč/ hodina služby. Odlehčovací služba se poskytuje nejvíce po dobu třech měsíců, existuje možnost prodloužení.

Odlehčovací péče v tomto soukromém zařízení je financována z plateb pacientů. Vrchní sestra říká: „*Uživíme se samy bez dotací*“. Počet pracovníků na odlehčovací péči je odvozen od počtu pracovníků při směnách. Při denní směně slouží čtyři pracovníci a v noci jeden pracovník.

Klienti získávají informace o odlehčovací službě z internetu, z rádia, díky reklamě v novinách. S rodinnými pečovateli není vedeno speciální poradenství ani jiné aktivity. Vrchní sestra dodává: „*Nepracujeme speciálně s pečovateli.*“

Názory na odlehčovací službu

Vrchní sestra není zastáncem odlehčovacích služeb. „*Odhlehčovací péče je náročná pro klienta.*“ Jinak zájem o tuto službu v Jihočeském kraji je veliký. Podle vrchní sestry je odlehčující služba zvláštní, hrozná z lidského hlediska. „*Dochází ke změně prostředí seniora.*“

Výhodu odlehčovacích služeb vidí vrchní sestra v tom, že se uvolní lůžko v nemocnici na následné péči. Také se ekonomicky tato sociální služba vyplatí. Nevýhodou je zhoršení adaptace seniora.

Jako připomínku k odlehčovací službě vrchní sestra uvedla: „*Setkávám se s kladnými ohlasy.*“ „*U nás díky odlehčovací službě se klienti zlepšili, až nás mrzí jejich odchod.*“ Jako příklad slouží zlepšení klientky po zlomenině krčku femuru, která díky odlehčovací péči, je schopna si sama nakoupit.

Jak zlepšit odlehčovací služby, se vrchní setra nevyjádřila. V zařízení kde pracuje zlepšovat nic nemusí, jsou spokojeni klienti i personál. Vrchní sestry zná nejvíce z ostatních zařízeních, poskytujících odlehčovací služby, DPS Máj. „*Jsou tak na naši úrovni, ostatní zařízení nevím jakou kvalitu poskytují.*“

Pečovatelé vyhledávají odlehčovací péči z důvodu, že nemohou nebo nechtějí mít klienty doma. Je veliká poptávka po odlehčovacích službách, přesto v zařízení neuvažují o rozšíření této služby. „*Máme nájemní byty a dobré vztahy s nemocnicí, můžeme jim ulehčit, uvolnit u nich nějaké místo pokud potřebují.*“

S legislativou související s odlehčovacemi službami je vrchní sestra spokojená, ke koncepci odlehčovacích služeb nemá výhrady.

Rozhovor 11

Identifikační údaje

Žena ve věku 34 let s vysokoškolským vzděláním (Mgr.). Zastává funkci vedoucí zařízení. Pracuje 10 let v tomto zařízení.

Zjištěné základní informace o poskytované odlehčovací službě

Zařízení poskytuje pobytovou formu odlehčovací služby. Do cílové skupiny klientů spadají obecně osoby od 50 let: senioři, osoby se zdravotním postižením. „*Nepřijímáme klienty s demencí, osoby závislé na alkoholu, drogách.*“ V rámci odlehčovací péče zařízení poskytuje činnosti ubytování, stravu, péči, aktivizační činnosti např. kino či kavárna podle zájmu klientů. Zařízení má kapacitu odlehčovacích lůžek - tři ženské a tři mužské. V zařízení funguje odlehčovací péče teprve krátce, od ledna, tedy 4 měsíce. „*Tato služba se u nás teprve rozjíždí.*“ Při naplnění kapacity odlehčovací služby by se vedoucí pracovnice řídila registrem poskytovatelů sociálních služeb. „*Zatím jsme nemuseli odkazovat.*“ Čekací doba na odlehčovací péči zatím není.

Cena odlehčovací péče v zařízení je 9000 Kč/ měsíc ubytování a strava Je možné o 100 Kč navýšení kvůli racionální nebo diabetické dietě. Další složkou ceny je úhrada za poskytnutou péči - 100 Kč/ hodina péče (max. 400 Kč. Za den). Odlehčovací péče se poskytuje po dobu tří měsíců, pokud není jiný zájemce lze tuto službu prodloužit. Odlehčovací péče je financována z plateb uživatelů, díky dotacím od MPSV ČR (Dotace od Jihočeského kraje se žádají pouze pokud je málo finančních prostředků z MPSV ČR).

Na odlehčovací péči nejsou přímo určeni pracovníci, při přepočtu vychází čtyři pracovní úvazky na odlehčovací služby. Pečovatelé i klienti získávají informace o odlehčovací službě v zařízení z informačního letáku, na internetu, z novin – Jihočeských listů. Vedoucí pracovnice dodává: „*Obvolali jsme sociální pracovnice z LDN, pracovníky městských úřadů.*“ Sociální práce s pečovateli je individuální. Sociální pracovnice vede jednání se zájemcem o odlehčovací péči.

Názory na odlehčovací službu

Vedoucí pracovnice říká: „*Podle mne je povědomost o odlehčovací službě malá a když už lidé o ní vědí, zdá se jim tato služba drahá.*“ „*Z mého pohledu drahá není, ale jeví se tak.*“ V zařízení došlo ke vzniku odlehčovací péče kvůli nařízení zřizovatele. Vedení zařízení chtělo snížit kapacitu a zrušit některá pobytová lůžka. Zřizovatel

souhlasil za podmínky vytvoření odlehčovacích lůžek. Vedoucí pracovnice říká: „*Báli jsme se, aby u nás v pohraničí byl o tuto službu zájem.*“

Výhodu odlehčovací péče vidí vedoucí pracovnice v pomoci pečovatelům, je postaráno kvalitně o klienta. Nevýhodou může být financování této služby u nízkopříjmových klientů, podle zákon jim nemusí zbýt 15 % finančních prostředků. Další nevýhoda souvisí se stresem u klienta, nemusí se mu chtít do zařízení. Podle vedoucí pracovnice je myšlenka odlehčovacích služeb moc dobrá.

Zlepšení odlehčovací péče vidí vedoucí pracovnice v prostoru vyhrazení pro odlehčovací péči. „*Když přemýšlím konkrétně u nás, lepší jsou dvoulůžkové pokoje, ne trojlůžkové.*“ „*Alespoň máme dobře vybaveno - antidekubitní a polohovací pomůcky.*“ Vedoucí pracovnice zná následující zařízení poskytující odlehčovací služby: Chvalkov, Sociální služby Staroměstská, Hospic v Prachaticích, NNO, ostatní jsou převážně DPS.

Pečovatelé, i klienti mohou vyhledávat odlehčovací péči z důvodu čekání na umístění do domova pro seniory, další důvod například rekonstrukce bytu, pečovatel má naplánovanou operaci, v létě dovolené. Odlehčovací služba v zařízení se teprve rozjíždí, proto je menší poptávka, nelze zatím odhadnout. Vedoucí pracovnice říká: „*Poptávku těžko dáváme dohromady.*“ Zatím využívají tuto službu klienti, kterým byla odlehčovací služba nabídnuta, pouze 1 klient přišel sám od sebe. O rozšíření služby tedy zatím neuvažují, spíše by chtěli snižovat. „*Uvidíme podle situace za dva roky.*“

S legislativou odlehčovací péče je vedoucí pracovnice spokojená. „*V zákoně je tato služba popsána tak jak potřebujeme uchopit.*“ V koncepci odlehčovací péče vedoucí pracovnice nenarazila na nic, co by bylo na změnu.

5 Diskuse

Pro zjištění potřebných informací o odlehčovací službě jsem použila kvalitativní výzkum. Tento druh výzkumu byl přínosný i pro mě, jako tazatele. Velice mě potěšily především kladné ohlasy a vstřícnost, skoro ze všech zařízení, které jsem oslovila. Všechny pracovnice, které mi poskytly rozhovor, měly potřebné znalosti o odlehčovací péči a byly v této oblasti angažované. Výzkum jsem realizovala v 11 zařízeních poskytujících sociální služby v Jihočeském kraji.

Odlehčovací služby patří dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. do služeb sociální péče. „Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou i psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech kdy to vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.“(45).

V první dílčí výzkumné otázce se zabírám: *Jakou formou je poskytována odlehčovací péče?* Sociální zařízení v Jihočeském kraji poskytují převážně pobytovou formu odlehčovací péče. Z 11 sociálních zařízení poskytuje 10 organizací pobytovou formu odlehčovací péče. Z výzkumu vyplynulo, že jedno zařízení poskytuje odlehčovací péči terénní. Bohužel v tomto roce již tato organizace nebude poskytovat terénní odlehčovací péči z důvodů financí. Po zrušení terénní odlehčovací služby budou úkony poskytovány v rámci pečovatelské služby. Také jedno zařízení poskytuje pobytovou i ambulantní odlehčovací péči. Ambulantní odlehčovací péče by měla být výhodnější, pokud pečovatelé potřebují zastoupit v péči na kratší dobu.

Podle Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje nebude možné, i přes nákladovost pobytových zařízení, odkládat zajištění potřebné péče pouze na terénní služby a rodinu seniora. „Při současných prognózách očekávaného nárůstu nejstarší populace musí být jednou ze zásadních priorit nejenom udržení stávajícího počtu lůžek v pobytových zařízeních pro seniory ale i další zvyšování lůžkových kapacit pobytových zařízení.“ (33).

K podpoře terénních sociálních služeb státem mohou doplnit stanovisko Jihočeského kraje: „Se vznikem nové sociální dávky, Příspěvků na péči, byl očekávaný nárůst veřejnosti o terénní služby a snížení zájmu o lůžka v pobytových zařízeních“. „Tento předpoklad se doposud nepotvrdil. Přesto je možný, a to s výhledem několika let, při maximální podpoře rozvoje terénních služeb a potřebné osvěty.“ (33).

Cílovou skupinou v zařízeních odlehčovací péče jsou osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku. Přímo zaměřené na seniory uvedlo 9 zařízení. Každé zařízení má nastavenou jinou hranici, od kolika let přijímá klienty. Osoby od 27 let přijímají 4 zařízení. Osoby od 40 let přijímá jedno zařízení, 2 zařízení přijímají osoby od 50 let. Jedno zařízení má zakotveno, že přijímá i děti. Ikdyž zatím děti prakticky jako klienty neměli. Ve dvou zařízeních odlehčovací péče jsou cílovou skupinou klienti s chronickým onemocněním. Na osoby se zdravotním postižením se orientují 5 zařízení odlehčovací péče. Jedno zařízení se zaměřuje na osoby s duševním onemocněním. Naopak 2 zařízení mají zakotveno, že nepřijímají klienty kvůli zvláštnímu režimu, tedy s demencí a duševním onemocněním. Bylo mi to vysvětleno, že v těchto zařízeních nemají potřebné vybavení a pomůcky, aby mohli přijmout pacienty s těmito diagnózami.

V rámci odlehčovací služby jsou klientům poskytované služby, které jsou uvedeny v zákoně č. 108/2006 sb. o sociálních službách a v prováděcí vyhlášce 505/2006 sb. Těmito právními předpisy se řídí všechna zařízení. Poskytují tedy tyto služby, úkony: ubytování, stravování, zdravotní péči, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, sociální terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů, obstarávání osobních záležitostí. 3 zařízení také poskytují fakultativní služby (odvoz vozidlem, donáška jídla, volnočasové aktivity dle zájmu klienta).

Kapacita odlehčovacích služeb v Jihočeském kraji je následující: 4 pobytová zařízení mají kapacitu po 2 lůžkách. U těchto zařízení se mi jeví kapacita velmi malá. Další pobytová zařízení mají vyhrazena na odlehčovací péči 4 lůžka, 5 lůžek, 6 lůžek, 11 lůžek, 24 lůžek. Zařízení, které má nejvyšší kapacitu, 24 lůžek, přijímá osoby s chronickým duševním onemocněním. Kapacita soukromého zařízení je 3 lůžka.

Terénní pracoviště je schopno v jednom okamžiku poskytnout péči jednomu klientovi, 9 osobám za rok. Je tedy kapacita odlehčovací péče v Jihočeském kraji dostačující?

V druhé výzkumné otázce se ptám: *Jaká je obsazenost odlehčovací péče?*

Obsazenost odlehčovacích služeb je hůře určitelná. Úplně obsazenou odlehčovací péči jsem zjistila u 5 zařízení, 4 zařízení nemají vždy úplně plno-podle situace. Jendo zařízení má obsazeno podle ročního období-tedy v létě a v zimě po Vánocích. Jedno zařízení neví, protože teprve začínají s poskytováním odlehčovacích služeb.

Zákon o sociálních službách neřeší otázku dostupnosti služeb ani potřebné kapacity služeb. Spoléhá na princip „nákupu služeb“, jenž nemůže stoprocentně garantovat, nebudou služby v nezbytné kvalitě a v dostupném místě poskytovány všem lidem, kteří je budou potřebovat (23).

Další problematikou se může zdát, kam odkazují zařízení zájemce při naplněné kapacitě. Při odpovědích na tuto otázku jsem zaznamenala i více variant z jednoho pracoviště. Ve 4 zařízeních zatím nemuseli odkazovat zájemce o odlehčovací péči jinam. Variantu nabídnou, za odlehčovací péči trvalý pobyt či pečovatelskou službu, by využili 4 pracoviště a to u osob, které nesplňují požadavky cílové skupiny. V 8 zařízeních by odkázali na odlehčovací služby v Českých Budějovicích (DPS Máj, DPS Hvízdal, Sociální služby staroměstská). Šest pracovišť by odkázalo i do ostatních měst a obcí v Jihočeském kraji, které poskytují odlehčovací péči, následnou péči (Hluboká nad Vltavou, Bechyně, Tábor, Chýnov, Počátky).

Z výzkumu vyplynulo že čekací doba u 5 pracovišť není. Je dobré pokud zájemci vědí termín a je zrovna odlehčovací služba volná. Ve 4 zařízeních je čekací doba individuální podle okolností. Pouze 2 pracoviště mají čekací dobu měsíc.

Cenu za odlehčovací péči lze rozdělit podle dvou hledisek:

Ve 3 zařízeních je cena určena podle stupně příspěvku na péči. Neboli čím je příspěvek na péči vyšší, tím je vyšší cena odlehčovací péče. Pak již není stanovena cena 100 Kč za hodinu péče dle zákona 108/2006 sb. o sociálních službách.. V ostatních 8 zařízeních je cena určena nezávisle na příspěvku na péči. Je upravena zvlášť cena za poskytnutí péče 100Kč za hodinu péče. U odlehčovacích služeb je také důležité, že klientovi nemusí zbýt tak jako u pobytové služby v domově pro seniory, 15 % z jeho příjmů,

důchodu, z příspěvku na péči. Podle mne je cena odlehčovacích služeb adekvátní k poskytnutým úkonům. Horší je, pokud si někteří klienti nebo jejich pečovatelé tuto péči přesto nemohou dovolit (mají velmi malý důchod nebo žádný z důvody, že nepracovali).

Terénní pracoviště poskytuje odlehčovací službu ve stanovené době v pracovní dny, je možnost i o víkendech a svátcích. Samozřejmě se upřednostňuje pokud lze jet za klienty v pracovní dny. Pobytová zařízení, poskytující odlehčovací péči na dobu týden až měsíc a podle potřeby klientů, jsou 3. Ze všech zařízení, 9 umožňuje odlehčovací péči na 3 měsíce, z nich u 7 pracovišť 1 ještě odlehčovací péči prodloužit. Vše závisí zda je odlehčovací péče volná. Pokud by ani 3 měsíce a více nestačily pro oddych pečovatelle, dalším řešením je vyjednání trvalého pobytu nebo zařízení odlehčovací péče v jiném zařízení.

Třetí výzkumná otázka zjišťuje: *Jakým způsobem je financována odlehčovací péče?* Financování odlehčovacích služeb se děje prostřednictvím plateb uživatelů odlehčovací péče (cena za stravu, ubytování, péči). Dalším zdrojem financí pro zařízení jsou dotace z Ministerstva práce a sociálních věcí - u 8 zařízení, a dotace z Jihočeského kraje- 6 zařízení. Jedno zařízení je podporováno městem. Zdroj sbírky uvedly 2 zařízení, dary 1 zařízení.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách stanoví, že dotace ze státního rozpočtu se poskytují poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru. Tyto dotace se poskytují prostřednictvím rozpočtu kraje. Stejně jako dříve se o dotaci musí žádat. Oproti bývalému stavu žádost překládá MPSV ČR krajský úřad. „Dotace se poskytuje k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb v souladu se zpracovaným střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb.“ O dotaci musí žádat každý poskytovatel sociálních služeb, nikoliv nestátní subjekt, jak tomu bylo doposud. Ze státního rozpočtu také poskytují účelové dotace. Dotaci poskytuje MPSV ČR na podporu služeb, které mají celostátní nebo nadregionální charakter, na činnost rozvojové povahy nebo v případě mimořádných situací (23).

Co se týče pracovníků, kteří se podílejí na odlehčovací službě, lze jen těžko vymezit jejich počet. Někde je problém, že se pracovníci přepočítávají na úvazky. Výsledkem

jsou pak 2 pracovní úvazky. Ve 3 zařízeních shodně 4 pracovníci. Dost je důležitý poměr mezi velikostí zařízení a počtem odlehčovacích lůžek v něm. Ve velkých zařízeních je počet pracovníků 12,17 i přes 20 (obsluhující personál).

Zájemci o službu (pečovatelé, klienti) získávají nejčastěji informace o odlehčovací službě a o konkrétním zařízení díky doporučení lékařů a z nemocnic a prostřednictvím internetu (týká se 8 pracovišť). Časté jsou také reference od známých (6 zařízení). Zdrojem informací jsou také letáky a prospekty nabízející odlehčovací péči (5 zařízení), noviny (5 pracovišť), městské úřady (4 zařízení), přímo informováním u sociální pracovnice (3 zařízení).

Další otázka v rozhovoru směřovala k tomu, jak pracovnice se věnuje pečujícím osobám. Nejvíce 6 pracovnic vypovědělo, že odpovídá rodině (pečovatelům) na otázky, nejvíce se zařizuje příspěvek na péči (založení, zvýšení), 1 pracovnice uvedla, že s rodinou více pracuje pokud je člen rodiny opatrovníkem a při změně rozsahu služby. Sociální poradenství uvedly 2 pracovnice, osobní nebo telefonickou komunikaci 1 pracovnice. Ve 2 zařízeních nepracují „nějak speciálně“ s rodinnými pečovateli. Spíše se zaobírají praktickými záležitostmi – smlouvou.

V další části otázek respondenty vyjadřovaly svůj názor na odlehčovací služby. Promítly sem své znalosti o odlehčovací péči. Jejich zážitky z praxe byly nápomocny.

Na otázku v rámci rozhovoru *Jaká, podle vašeho názoru, je situace ohledně odlehčovacích služeb v ČR?* jsem zaznamenala mnoho typů odpovědí z různých úhlů pohledu. Obecně lze říci, že je potřeba odlehčovacích služeb v ČR. Lidé dostávají více povědomí o odlehčovací péči, více ji vyhledávají. Přesto jsou oblasti, okrajové části ČR, samoty, kde není odlehčovací péče známá. Některé pracovnice se domnívají, že je nedostatek odlehčovacích služeb, bylo by potřeba jejich navýšení podle komunitního plánování. Komunitní plánování je postup, který má zmapovat místní potřeby sociálních služeb a porovnat je s místními zdroji. Zdroje jsou místní organizace, jež služby poskytují. Subjekty, které by se měly komunitního plánování zúčastňovat jsou uživatelé sociálních služeb. Další významnou skupinou jsou poskytovatelé sociálních služeb a zadavatelé sociálních služeb (představitelé veřejné správy-obcí či krajů) (23).

Odlehčovací služby nejsou jak by měly podporovány od státu, můžou se zdát být drahé. Jedna sociální pracovnice není zastáncem odlehčovací péče kvůli náročnosti pro klienty (jejich adaptace, psychika).

Respondenti se u otázky *Jak smýšlíte o odlehčovací službách v Jihočeském kraji* více shodli. Míni (4 pracovnice), že je málo odlehčovacích služeb, míst, kde poskytují odlehčovací péči. Odlehčovací péče by mohla být více rozšířena. O tom, že je vysoká poptávka, především uvedla jedna pracovnice. Existuje poptávka i po jiných alternativách k odlehčovací péči – stacionář, osobní asistence. Pečující osoby by využily oddych i jen na pár hodin, několik dní. Negativní je skutečnost, že terénní odlehčovací služba není dostatečně podporována, bude tedy zrušena. Podle jediné pracovnice jsou odlehčovací služby dostačující. Podle mého názoru jsou odlehčovací služby ve větších městech Jihočeského kraje v dostatečné míře zastoupeny. V menších městech a obcích nemusí být odlehčovacích lůžek dostatek.

Na výhody a nevýhody odlehčovacích služeb se lze dívat také z mnoha pohledů. Z pohledu výhod či nevýhod pro klienta odlehčovacích služeb, z hlediska pečovatele anebo z hlediska poskytovatele odlehčovací služby. Níže uvádím konkrétní odpovědi respondentů a rozdělují zvláště na výhody a nevýhody spojené s poskytováním odlehčovací péče.

Čtvrtá výzkumná otázka zjišťuje: *Jaké jsou výhody spojené s poskytováním odlehčovacích služeb?* Velkou výhodou je odpočinek pro pečující, načerpání síly. Pečující osoby mohou odjet na dovolenou, překlene se období nemoci pečovatele. Díky odpočinku jsou pečující osoby podporováni v pečování o své blízké. Domnívám se, že v tomto případě, má odlehčovací služba prvotní smysl, kvůli čemu byla navržena.

Také je kvalitně postaráno o klienty po stránce zdravotní, psychické a sociální. Dobré se zdá, že se klient může vrátit zpět domů, do známého prostředí. Výhodou z hlediska poskytovatele je jeho větší finanční ohodnocení, také neuvolní lůžko následné péče.

Pátá výzkumná otázka: *Jaké jsou nevýhody spojené s poskytováním odlehčovací péče?* Do nevýhod můžeme započít i zkrácené informace odlehčovací péči. Někteří pečovatelé nesdělují pravdivé informace o zdravotním stavu klienta, chtějí aby mohl být

klient přijmutý a přitom nespadá do cílové skupiny. Co se týče financování odlehčovací péče, některé pracovnice si myslí, že je nedostatečná podpora od kraje a měst. Poskytovatel odlehčovacích služeb by měl více plánovat. Prodraží se pokud je někdy odlehčovací péče obsazena a někdy je úplně prázdná. Odlehčovací péče je dražší i pro klienty. Hlavní nevýhodou z hlediska klienta je jeho vytržení ze sociálního prostředí, klient je stresován, hůře se adaptuje v novém prostředí. I z mého pohledu je velmi důležitá psychika klienta, který je přijímán do odlehčovacích služeb, jeho schopnost adaptace na nové prostředí.

Personál má taky méně času na poznání klienta, za kratší dobu pobytu se u málokterých klientů zlepšil úplně zdravotní stav. Pracovnice se také setkávají s případy, kdy si rodina zvykne na odlehčovací péči, berou jí jako samozřejmost, pak se již nechtějí starat a shánějí pro člena rodiny trvalý pobyt.

Nejvíce se promítly konkrétní zážitky jednotlivých pracovnic do postřehů o odlehčovací péči. Kladné postřehy: myšlenky odlehčovacích služeb je dobrá. Pečovatelů je dostatek, jsou vděční za odlehčovací péči, za vstřícný personál. Klienti se pravidelně vrací. Odlehčovací péče je jednou z možností získat příspěvek na péči. Odlehčovací péče je prospěšná při rekonvalescenci, hlavně mladších klientů. Zlepšil se jejich soběstačnost, zdravotní stav. Klient se ale lépe zadaptuje v prostředí, které není zaměřeno jen na odlehčovací péči např. v domově pro seniory. Důležité je dbát na individuálnost každého člověka, zvolit odlišný přístup. Záporné postřehy: Malá medializace odlehčovacích služeb. Nedostatek terénních, ambulantních odlehčovacích služeb (skoro žádné). Nedostatek odlehčovací péče v malých obcích, pak je i špatná dostupnost odlehčovací péče v malých obcích. Náročnost odlehčovací péče i pro pracovníky v odlehčovacích službách, klienti mají často velmi špatný zdravotní stav, kombinované onemocnění. Velkým problémem je, že klientovi někdy nestačí ani 4.stupeň příspěvku na péči, na zaplacení odlehčovací péče. Je také obtížné vyúčtovat příspěvek na péči, pokud je zatím jen v řízení. Není ojedinělé, že rodina si zvykne na odlehčovací péči, pak již nechce převzít péči. Postřehy nemají 2 pracovnice.

Názory na zlepšení odlehčovacích služeb jsou různé. Každé zařízení má jiné možnosti provozování odlehčovací péče, různé finanční zajištění. Odpovědi jsou

propojeny s tím, co již bylo řečeno i v ohlasech na odlehčovací službu a ve výhodách a nevýhodách. Zásadní pro zlepšení odlehčovacích služeb jsou finance. Důležitá je větší angažovanost státu, komunitní plánování sociálních služeb. Nejvíce se pracovnice shodly, že by odlehčovací péči prospělo, navýšení kapacity, více lůžek. Odlehčovací péči by pomohlo vylepšit, větší publicita, informování veřejnosti o smyslu a podstatě odlehčovací péče. Navýšením počtů zaměstnanců by se více individuálně věnovali klientům. Podle jedné pracovnice není potřeba zlepšit odlehčovací péči, zaměřila se pouze na bezchybnou odlehčovací péči v zařízení kde pracuje. Jedna pracovnice neví, jak by zlepšila odlehčovací služby, pohybuje se v této problematice zatím krátkou dobu (několik měsíců).

Díky výzkumu se ukázalo, které organizace jsou známé poskytováním odlehčovacích služeb. Důležité je hledisko dostupnosti, vzájemné blízkosti a kontaktů mezi zařízeními. Nejvíce jsou známa českobudějovická zařízení Domov pro seniory Máj, DPS Hvízdal, Hluboká nad Vltavou. Další zařízení Hospic v Prachaticích, G centrum v Táboře, TEP ve Veselí nad Lužnicí, Sociální služby Vodňany, nemocnice Vimperk, Kaplice, sociální lůžka v Počátkách. Směrodatné jsou zařízení zahrnutá v registru poskytovatelů sociálních služeb na stránkách MPSV ČR.

Důvody, proč pečovatelé vyhledávají odlehčovací službu, se dají shrnout do třech základních oblastí. Potřeba pečovatelů vystřídat v péči, odpočinout si, dovolené. Takto odpovědělo 8 pracovnic. Jedna pracovnice uvedla, že pečovatelé nechtějí umístit blízkého do pobytového zařízení, hledají odlehčovací péči po propuštění klienta z nemocnice. Druhou skupinou jsou případy, kdy se nemůže pečovatel postarat, tedy operace, prázdniny vnoučat, pracovní vytížení. devět pracovnic takto odpovědělo. Třetím hlavním důvodem vyhledávání odlehčovacích služeb je i čekání na trvalý pobyt do domova pro seniory, domova pro osoby se zdravotním postižením (uvedlo 6 pracovnic). Tito pečovatelé se nemohou nebo nechtějí starat o člena rodiny.

Většina respondentů uvedla, že je velká poptávka po odlehčovacích službách (7 pracovnic). Některé pracovnice mi poskytly i informace o počtech žádostí, je odvislé od velikosti zařízení, kapacity. Dalo by se říci, že je poptávka velká, pokud je vyšší než kapacita odlehčovacích služeb. Dvě pracovnice si myslí, že je poptávka přiměřená

k nabídce. Důležité je i období. Dvě pracovnice nevědí s čím porovnat zdaje poptávka vysoká či nízká.

Z výzkumu vyplynulo, že o rozšíření odlehčovací péče přemýšlejí 3 zařízení. 2 zařízení odlehčovací službu rozšířilo. 6 zařízení nebude rozšiřovat odlehčovací péči. Buď se jim finančně nevyplatí nebo z důvodu prostoru.

K legislativě, spojené s odlehčovací péčí, nemá výhrady 6 pracovnic. Výhrady má zbytek - 5 pracovnic. Vylepšili by financování odlehčovací péče, personální zajištění, účtování péče po hodinách, nízký příspěvek na péči. S koncepcí odlehčovacích služeb je spokojeno 7 pracovnic, změna podle nich není potřeba. Námitky vůči koncepci byly v oblasti nízké podpory odlehčovacích služeb a v úhradě odlehčovacích služeb. Dvě pracovnice nenapadá konkrétně problém s touto koncepcí.

U odlehčovacích služeb bych zlepšila jejich propagaci, aby se o nich více v médiích, v novinách. Někteří pečovatelé nevědí, že této služby mohou využít. Přesto podle mého mínění oproti minulosti se o odlehčovacích službách již více mluví a lidé, kteří s ní mají zkušenost tuto službu nadále vyhledávají a doporučují ostatním. A také lékaři se o odlehčovacích službách zmiňují. Problémem s poskytováním odlehčovací péče, se mi jeví skutečnost to, že v některém období mají sociální zařízení úplně obsazenou kapacitu, někdy zas úplně prázdnou. U Odlehčovacích služeb bych rozšířila nabídku ambulantních a terénních odlehčovacích služeb a to z důvodu, že nabídka tohoto terénních a ambulantních odlehčovacích služeb chybí. Pečovatelům by jistě pomohlo kdyby měly zastoupení v péči pouze na dopoledne či odpoledne.

Z výzkumu lze vyvodit následující hypotézu:

H1: Obsazenost odlehčovací služby závisí na ročním období - největší obsazenost je v létě v čase dovolených.

6 Závěr

Cílem této práce bylo zmapování forem, poskytovaných činností a zdrojů financování odlehčovací péče v Jihočeském kraji. Sběr dat byl proveden kvalitativním výzkumem, metodou dotazování a technikou strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Výzkum byl proveden s 11 pracovníky ze zařízení v Jihočeském kraji, která poskytují odlehčovací péči.

V rámci výzkumné části diplomové práce jsem stanovila hlavní výzkumnou otázku: Jakým způsobem jsou naplňovány odlehčovací služby z pohledu pracovníků zařízení poskytujících sociální služby v Jihočeském kraji? Pro zodpovězení hlavní výzkumné otázky jsem stanovila pět dílčích výzkumných otázek.

Z výzkumu vyplynulo, že sociální zařízení poskytují převážně pobytovou formu odlehčovací služby. Financování odlehčovacích služeb se děje z plateb uživatelů a díky dotacím z MPSV ČR a Jihočeského kraje. Velkou výhodou odlehčovací péče je odpočinek pro pečující osoby, načerpání síly. Nevýhodou odlehčovacích služeb z hlediska klienta je jeho vytržení ze sociálního prostředí, nutná adaptace na nové prostředí.

Na základě výzkumných otázek jsem stanovila **hypotézu:**

H1: Obsazenost odlehčovací služby závisí na ročním období - největší obsazenost je v létě v čase dovolených.

Domnívám se, že cíl práce byl splněn díky odpovědím pracovníků na dílčí výzkumné otázky. Diplomovou práci bude možno využít v rámci zvýšení informovanosti a orientace veřejnosti v nabídce odlehčovacích služeb pro seniory v Jihočeském regionu.

V rámci odlehčovacích služeb v Jihočeském kraji bych navrhla zlepšení dle výsledku komunitního plánování, podle zjištěné potřeby odlehčovacích služeb v Jihočeském kraji. Aby se nemohlo stát, že v některé oblasti odlehčovací služba je nedostatečně zastoupena. Také bych rozšířila nabídku ambulantních a terénních odlehčovacích služeb.

7 Seznam použitých zdrojů

1. *Barthelův test základních všedních činností* [online]. [citováno 2010-06-30].
Dostupné z : <is.muni.cz/th/174363/pedf_b/Pr._c._2_Bartheluv_test.doc>.
2. BÁRTLOVÁ, S. – SADÍLEK, P. – TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetřovatelství*, 2.vyd. Brno: NCO NZO, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
3. *Evropská charta pacientů seniorů* [online], přeložila Iva HOLMEROVÁ, znění 1997, v roce 1998 schváleno výbory České gerontologické a geriatrické společnosti, [citováno 2009-12-16], Dostupné z: <http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/06_1999/evropska_charta.html>.
4. GIDDENS, A. *Sociologie*. 1.vyd. Praha: Argo, 1999. 595 s. ISBN 80-7203-124-4.
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*, 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 72 s. ISBN 80-7013-3635.
6. HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1997. 426s. ISBN 80-7176-536-8.
7. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
8. HOLMEROVÁ, I. – JURAŠKOVÁ, B. - ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2.vyd. Praha: ČALS, 2003. 88 s. ISBN 80-86541-12-6.
9. HOLMEROVÁ, I. *Problematika pečujících, rodin, možnosti pomoci podpory* [online]. Česká geriatrická revue, 2003, č. 2, s. 35. dostupné z : <www.geriatrickevue.cz/pdf/gr_03_02_07.pdf>.

10. *Informace pro rodinné pečující* [online]. ČALS, [citováno dne 2009-12-04], dostupné z: <<http://www.alzheimer.cz/?PageID=491>>.
11. IVANOVÁ, K. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*, 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 240 s. ISBN 80-7013-442-9.
12. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*, 1.vyd. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
13. JEŘÁBEK, H. a kol. *Rodinná péče o staré lidi* [online]. Praha: CESES FSV UK, 2005. Dostupné z <http://ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf>.
14. *Jihočeský kraj* [online]. Wikipedia, citováno [2010-06-20]. Dostupné z : <http://cs.wikipedia.org/wiki/Jihočeský_kraj>.
15. KALVACH, Z. Důstojnost, smysluplnost a jejich aktivní podpora v dlouhodobé péči. *Sociální péče*, 2009, roč.9, č. 5, s.22-25.
16. KALVACH, Z. – ONDERKOVÁ, A. *Stáří pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
17. KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 861s. ISBN 80-247-0548-6.
18. KLEVETOVÁ, D. *Význam rodiny pro starého člověka*, *Sociální péče*, 2009, roč. 9, č. 5. s. 20-21.

19. KOHOUTEK, R. *respitní péče* [online]. Slovník cizích slov. [Citováno 10-06-17].
Dostupné z: <<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/respitni-pece>>.
20. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*, 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 279 s.
ISBN 80-7178-551-2.
21. MACELA, M. *Financování sociálních služeb v roce 2010* [online]. OF 1/2010,
3. 5. 2010. Dostupné z: <http://denik.obce.cz/go/clanek.asp?id=6425227>
22. MAŠKOVÁ, M. *Problémy s demografickým stárnutím* In: *Demografie (nejen) pro demografy*, 3.vyd. Praha: Slon, 2009.241 s. ISBN 978-80-7419-0124.
23. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
24. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, 1.vyd. Praha:Portál, 2003. 287 s. ISBN 80-7178-549-0.
25. *Na pomoc pečujícím rodinám*. 7. vyd. ČALS, 2008. 24.s. ISBN 80-86541-26-6.
26. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří)* [online]. MPSV ČR. [citováno dne 2009-12-04]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/5045>>.
27. *Odlehčovací pobytové a rehabilitační centrum* [online]. [citováno 2009-11-06].
Dostupné z: <<http://www.zivot90.cz/>>.

28. *Respektování lidské důstojnosti* [online]. příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik stud.lékařských, zdravotnických a zdravotně sociálních oborů. 20003.
Dostupné z: <<http://www.cestadomu.cz/res/data/028/003427.pdf>>.
29. *Respite Care: Finding and Choosing Respite Care Services and Providers* [online].
[citováno 2010-02-13]. Dostupné z:
<http://www.helpguide.org/elder/respite_care.htm>.
30. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*, 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
31. SEZEMSKÝ, J. *Navýšení dotací na provoz sociálních služeb* [online]. MPSV ČR. 20.2.2009, dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/6309>>.
32. *Standardy kvality sociálních služeb*. 3.vyd. Praha: MPSV ČR, 2004.s. 24
ISBN: 80-86552-98-5.
33. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje*. schváleno usnesením zastupitelstva Jihočeského kraje č. 268/2007/ZK ze dne 18. 9. 2007.
Dostupné z: <www.kraj-jihocesky.cz/file.php?par%5Bid_r%5D=27850>.
34. Svépomocní skupiny, Cesta domů, [citováno 2010-05-18]. Dostupné z:
<<http://www.umirani.cz/svepomocne-skupiny.html>>.
35. SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*, 1.vyd.
Praha:Slon, 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-65-5.
36. ŠAMÁNKOVÁ, M. – HUŠKOVÁ, M. – MATOUŠOVIČ, K. a kol. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult, 1. a 2. díl.*,1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. 274s. ISBN 80-246-0477-9.

37. ŠPATENKOVÁ, N. – SÝKOROVÁ, D. *Senioři a zdraví* [online]. V rámci projektu senioři a společnost. [Citováno 2009-12-16]. Dostupné z: <<http://www.u3v.upol.cz/files/seniori-a-zdravi.ppt#256,1>>.
38. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 270s. ISBN 80-7262-365-6.
39. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, 2.vyd. Brno: NCO NZO, 2003. 186 s. ISBN: 80-7013-324-4.
40. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematická situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-21705.
41. *Věková struktura obyvatelstva* [online]. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, [citováno 2009-12-16]. Dostupné z: <<http://praha.vupsv.cz/Fulltext/fakta/T12.xls>>.
42. VIGUÉ, J. *Zdraví pro třetí věk*, ze španělského originálu *Biblioteca de salud - La vejez*. 1.vyd. Praha: Rebo Productions CZ, 2006. 270s. ISBN 80-7234-536-2 .
43. VOKURKA, M. – HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 7.vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 490 s. ISBN 80-7345-009-7.
44. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.
45. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění.
46. ZIMMELOVÁ, P. *Socializace seniora, rodina a vztahy* [online]. [citováno 2010-01-06] . Dostupné z: <www.zsf.jcu.cz/.../kko/.../rodina_senior_socializace_p6_7.pdf/>.

47. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe- průvodce poskytovatele* [online]. MPSV, 2002.

Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf>>.

48. ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, 1.vyd.Praha: Karolinum, 2001. s. 97, ISBN 80-246-0326-8.

49. ŽÁRSKÝ, M. *Financování sociálních služeb, základní východiska* [online]. MPSV, [citováno 2010-07-26] .

Dostupné z: < www.senat.cz/organy/vzsp/financ_konf_senat.ppt>.

8 Klíčová slova

Jihočeský kraj

Odlehčovací péče

Odlehčovací služba

Senior

Sociální služba

9 Přílohy

Příloha č.1 Barthelův test základních všedních činností

Příloha č. 2 Záznamový arch - přehled otázek rozhovoru s pracovníky

Příloha č. 1

**Barthelův test základních všedních činností
(ADL – Activities of Daily Living)**

| | Činnost | Provedení činnosti | Bodové skóre* |
|---------------|---------------------------------|--|----------------------|
| 1. | Příjem potravy a tekutin | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede | 10 5 0 |
| 2. | Oblékání | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede | 10 5 0 |
| 3. | Koupání | samostatně nebo s pomocí neprovede | 5 0 |
| 4. | Osobní hygiena | samostatně nebo s pomocí neprovede | 5 0 |
| 5. | Kontinence moči | plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní | 10 5 0 |
| 6. | Kontinence stolice | plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní | 10 5 0 |
| 7. | Použití WC | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede | 10 5 0 |
| 8. | Přesun lůžko – židle | samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede | 15 10 5 0 |
| 9. | Chůze po rovině | samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede | 15 10 5 0 |
| 10. | Chůze po schodech | samostatně bez pomoci s pomocí neprovede | 10 5 0 |
| Celkem | | | |

* zaškrtněte jednu z možností

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**
ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**
ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**
ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

Zdroj: (1)

Příloha č. 2 Záznamový arch - přehled otázek rozhovoru s pracovníky

ZÁZNAMOVÝ ARCH

Věk:

Pohlaví:

Vzdělání:

Funkce:

Jak dlouho pracujete v zařízení:

1. Jakou poskytujete formu odlehčovací služby?
2. Jaká je cílová skupina odlehčovací služby?
3. Jaké jsou poskytované činnosti v rámci odlehčovací služby?
4. Jaká je kapacita odlehčovací služby?
5. Jaká je obsazenost odlehčovací služby?
6. Kam odkazujete zájemce o odlehčovací službu, pokud máte naplněnou kapacitu zařízení?
7. Jaká je čekací doba na odlehčovací službu?
8. Jaká je cena odlehčovací služby ve vašem zařízení?
9. Na jak dlouho poskytuje odlehčovací službu?
10. Jakou formou jsou financovány odlehčovací služby?
11. Počet pracovníků podílejících se na odlehčovací službě?
12. Kde zájemci získávají informace o odlehčovací službě ve vašem zařízení?
13. Pracujete s rodinnými pečovateli, jakým způsobem?
14. Jaká, podle vašeho názoru, je situace ohledně odlehčovacích služeb v ČR?
15. Jak smýšlíte o odlehčovacích službách v Jihočeském kraji ?
16. Jaké jsou výhody odlehčovacích služeb?
17. Jaké jsou nevýhody odlehčovacích služeb?
18. Postřehy v souvislosti s poskytováním odlehčovací služby?
19. Jak zlepšit odlehčovací služby?

20. Jiné organizace, které znáte a poskytují odlehčovací služby?
21. Důvody proč pečovatelé vyhledávají odlehčovací službu?
22. Jaký je zájem o odlehčovací služby?
23. Přemýšlíte o rozšíření služby ve vašem zařízení?
24. Jste spokojena s legislativou související s odlehčovacími službami?
25. Uvítali byste změnu v koncepci odlehčovacích služeb?