

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra sociologie, andragogiky a kulturní
antropologie



Respitní péče a služby na Opavsku

RESPITE CARE AND SERVICES IN THE
DISTRICT OF OPAVA

Bakalářská práce

Olomouc 2015

Eva Machovská

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra sociologie, andragogiky a kulturní
Antropologie



Respitní péče a služby na Opavsku

RESPITE CARE AND SERVICES IN THE
DISTRICT OF OPAVA

Bakalářská práce

Autor: Eva Machovská

Vedoucí práce: Dana Sýkorová, doc. PhDr. Ph.D.

Olomouc 2015

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

VOlomouci dne 27.03.2015

.....

Úvod	3
Teoretická část	5
1. Vymezení základních pojmů	5
1.1. Zdravotní postižení	7
1.2. Závislost na pomoci cizí osoby	9
1.3. Kdo může tuto pomoc poskytovat ..	12
2. Rodinný pečovatel	12
2.1 Podpora pečujících rodin	13
2.2 Sociální služby, jejich zřizovatelé	16
2.3 Kdo v rodině péči zajišťuje.....	21
2.4 Služby poskytované v rámci respitní p.....	21
3. Respitní péče (odlehčovací služba)	21
3.1. Co je respitní péče a její historie	22
3.2. Modely respitní péče	26
Praktická část	31
4. Předmět, cíl a metody šetření	31
4.1 Analýza a vyhodnocení výsledku výzkumu	36
Závěr	40
Seznam použité literatury	42
Seznam tabulek, grafů	46
Přílohy	47

Úvod

Tématem bakalářské práce je poskytování respitní péče a služeb na Opavsku. Hlavním cílem práce je monitoring poskytovatelů služeb respitní péče v tomto regionu se zaměřením na cílovou skupinu seniorů, a to vzhledem k demografickému vývoji stárnutí populace. Při výzkumu jsem se zaměřila zejména na dostatečnost a dostupnost zařízení poskytujících tuto službu a dále na informovanost širší veřejnosti o možnosti poskytování této služby, a to jak typ ambulantní, tak pobytové služby respitní péče.

K výběru tématu mě motivovala má práce v zařízení pro seniory, které tuto službu poskytuje. Zařízení prochází v současné době zkušebním provozem a má všechny předpoklady k tomu, aby se stalo jedním z nejlépe vybavených, kvalitních zařízení tohoto typu v opavském okrese.

Pečující osoby jsou pod velkou psychickou i fyzickou zátěží a vlastně suplují péči nemocnic, ústavních a zdravotnických zařízení. Repitní péče je velkou úlevou pro pečující osoby, které si mohou alespoň krátkodobě odpočinout od každodenní náročné péče o handicapovaného, ať už o dítě nebo dospělého.

V úvodu své práce se zaměřím v teoretické části na obecné vymezení základních pojmů v oblasti respitní péče, tj. na zdravotní postižení, závislost na pomoci cizí osoby a na poskytovatele těchto služeb. Dále pak na podporu pečujících rodin, posouzení stupně závislosti, na poskytování příspěvku na péči a na poskytovatele této péče.

Ve třetí kapitole se již budu zabývat problematikou samotné respitní péče, její historií, modely a sociálními službami poskytovanými v této oblasti.

Praktická část bude věnována kvantitativnímu výzkumu formou dotazníků, jehož hlavním cílem je zjistit celkové povědomí veřejnosti o respitní službě, nejčastější využívání této služby ze strany pečujících osob, a také věkovou kategorii osob pečujících. Dále hustotu sítě zařízení poskytujících respitní péče a jejich celkovou kapacitu na Opavsku, možnosti časové rezervace a výši úhrad za tuto službu. Výzkumné šetření bude zaměřeno také na zhodnocení finanční nákladnosti v jednotlivých zařízeních.

V závěru práce shrnu získané poznatky a informace, zanalyzuji je a provedu vyhodnocení a návrh opatření ke zjištěným skutečnostem. Ve své práci se budu zabývat především seniory.

Jak ukazuje demografický vývoj, dochází ke stárnutí populace a seniorů neustále přibývá. V důsledku kvalitnější zdravotnické péče se prodlužuje věk. I tak je však právě mezi seniory velký počet zdravotně postižených nebo nemocných občanů, kterým je nutno zajistit kvalitní a důstojné stárnutí a stáří, tj. smíření se s realitou, s vlastním životem.

V ČR jde, co se týče respitní péče, o poměrně novou službu, jejímž cílem je pomáhat pečujícím osobám při péči o nemocné, zdravotně postižené.

Teoretická část

V této kapitole se zaměřím na obecné vymezení pojmu respitní péče, její filozofii, na nedostačující veřejnou podporu, ale také na vzdělávání sociálních pracovníků. Dále na problematiku zatížení pečující rodiny, a to nejen po stránce psychické a fyzické náročnosti, ale také např. po stránce finanční.

1. Vymezení základních pojmů

Respitní péče je, jednoduše řečeno, „*péče o pečující*“. Jedná se o odlehčovací službu lidem, kteří pečují dlouhodobě o osobu se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o kterou je jinak pečováno v domácím prostředí (odlehčovací služby). Často jde o péči o rodinného příslušníka, dítě nebo dospělou osobu částečně nebo úplně závislou na pomoci a péči druhé osoby.

Cílem této služby je ulehčit pečujícím, poskytnout jim prostor pro načerpání nových sil, k odpočinku. Existuje více forem respitní péče, a to péče přímo v domácím prostředí vyškoleným personálem anebo formou krátkodobého pobytu v některém z pobytových zařízení, tyto však nenahrazují hospitalizaci. Počet pobytových zařízení se v jednotlivých krajích liší, nabídka služeb je zaměřená na jednotlivé cílové skupiny, většinou podle druhu postižení, ale také podle věku (senioři, děti).

Filozofie respitní péče je založena na myšlence, že i člověk, který pečuje o zdravotně postiženou osobu má právo na odpočinek, neboť jde o činnost velmi psychicky i fyzicky náročnou. Je to flexibilní služba, kterou vyhledává sám pečující, a to za úhradu na základě uzavřené písemné smlouvy.

Profesionálně vyškolený personál sice nemůže nahradit péči rodinného příslušníka nebo domácí prostředí, ale dle provedeného průzkumu je zřejmé, že je tato forma péče pečujícími vítána.

Problémem je pro mnoho rodin nedostačující veřejná podpora pečujícím, která řeší obecné společenské problémy a neumí dostatečně reagovat na potřeby jednotlivých rodin (zákony). Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách sice

zakotvil některé sociální služby, které mohou být v domácí péči využity, ale v mnoha regionech je prozatím tato služba nedostupná nebo je dostupná jen v omezené míře.

Také ekonomická stránka péče o zdravotně handicapovaného člena rodiny je pro mnohé pečující osoby neúnosná, a to zejména u neúplných rodin anebo tam, kde se jeden ze členů rodiny vzdá svého zaměstnání (a tedy i příjmu) a pečuje o zdravotně postiženého člena rodiny (většinou žena). V mnoha případech tyto skutečnosti ovlivní sebehodnocení a sebedůvěru pečující osoby, která ztrácí časem kontakt se spolupracovníky, přáteli. U pečujících osob se postupně dostavuje pocit vyčerpání, beznaděje, deprese. A na dalším členovi rodiny (většinou muži) pak je, aby rodinu finančně zabezpečil. Výjimkou není více zaměstnání a tak dochází postupně k vyčerpání vlastně všech členů rodiny (Michalík, Valenta, 2009).

Jedním z výrazných finančních nákladů je obstarávání kompenzačních, rehabilitačních, kosmetických a jiných pomůcek, léků a dalšího zdravotnického materiálu, dále jsou to doplatky za léky, cestování k lékaři, zajištění neustálého dohledu a podobně. Případná rodinou dříve vytvořená finanční rezerva bývá záhy vyčerpána, všechny pečující osoby tyto problémy však nutně mít nemusí a jsou finančně zabezpečeny.

Zdravotně postižená osoba ovlivní celý chod domácnosti, rodiny, má vliv na kvalitu života rodiny, jejich členů. Ať už jde o narození zdravotně postiženého dítěte, osobu po úraze, se závažným onemocněním jedná se vždy o zásah do života rodiny, která se dostává najednou do situace, kterou nezná a kterou musí řešit. Jde o velmi stresující a náročné období, kdy se chod domácnosti musí přizpůsobit péči o zdravotně handicapovaného člena. Péče o osobu zdravotně postiženou v domácím prostředí je velmi náročná také časově. Závisí na stupni postižení. Při dlouhodobé domácí péči pečující vlastně nahrazují nedokonalý systém sociální pomoci a péče v našem státě, který je pro stát ekonomicky výhodný.

Únavu a vyčerpání pečujících ovlivňuje také kvalita bydlení, požadavky na bezbariérovost, dostatek prostoru apod. U osob pečujících převládají obavy z budoucnosti a většinou se jako osoba pečující „zaučuje“ některý z rodinných

příslušníků, u dětí to bývá nejčastěji sourozenec zdravotně postiženého. Také právě sourozenec může být z důvodu péče o zdravotně postiženého „ochuzen“ o péči rodičů, protože veškerá jejich pozornost se soustředí na postižené dítě. Často dochází vlivem náročnosti péče o postiženého k nezvládnutí situace a k rozpadu manželství, partnerství, rodiny.

Problémem je stále i nedostatečné vzdělání a vzdělávání pracovníků pomáhajících profesí (pečovatelky, osobní asistenti aj.), i když je na jejich vzdělávání v posledních letech kladen důraz. A existují akreditované kurzy, které nabízejí inspiraci a možnosti pro osoby pečující, tj. jak o sebe pečovat, aby byla situace pečující osoby dlouhodobě udržitelná (vzdělávání, charita).

S přibývajícím věkem a přibývajícími nemocemi či zdravotním postižením potřebuje většina seniorů pomoc při zvládnutí běžných každodenních úkonů. Ideální je pomoc rodiny, avšak i pečující osoba potřebuje odpočinek a proto vznikla potřeba péče o pečující, tzv. *respitní péče*, jež je formou odlehčovací služby. Kde nemůže nebo nechce pečovat o zdravotně postiženého seniora rodina, tam tuto službu nahrazuje ústavní péče, síť sociálních služeb.

1.1 Zdravotní postižení

Než se začneme zabývat problematikou zdravotního postižení, je potřebné si ujasnit některé základní pojmy, jako zdravotní postižení, příčiny vzniku zdravotního postižení a další.

S respitní péčí úzce souvisí zdravotní postižení, které znamená všechny možné dysfunkce organismu, ať už se jedná o postižení fyzické, mentální a duševní, smyslové (zrakové, sluchové, řečové), kombinované nebo onemocnění civilizačními chorobami, které negativně zasahují do života takto postiženého jedince, znemožňují mu fungování v obvyklých životních situacích, v zaměstnání apod. (zdravotní péče).

Existuje řada modelů, které se v pečující rodině prolínají a mnohdy kombinují, každá rodina řeší specifické problémy. Záleží, zda se jedná v rodině o péči *dlouhodobou* nebo *krátkodobou*, dále na stupni zdravotního postižení, na počtu členů rodiny, na její ekonomické situaci a dalších aspektech. Každá rodina řeší nastalou situaci jinak, některá se uzavře do sebe, jiná žije dál společenským životem. Tímto problémem se budu podrobněji zabývat v kapitole č. 2 o rodinné péči.

Zdravotní postižení je určitá odchylka ve zdravotním stavu člověka, která ho omezuje v péči o sebe (soběstačnost, pohyb, volnočasové aktivity, uplatnění ve společnosti, na pracovním trhu).

Osobám se zdravotním postižením je poskytována zvýšená ochrana na pracovním trhu, a to pracovní rehabilitace zaměřená na získání a udržení vhodného pracovního místa pro zdravotně postižené, zabezpečovaná ÚP a příprava k práci, tj. zapracování zdravotně postižené osoby na vhodné pracovní místo, na základě písemné dohody s ÚP, a to s podporou asistenta a po dobu nejdéle 24 měsíců. Jde o tzv. chráněné pracovní místo (www.mpsv.cz).

Dle Vágnerové (2004) mohou být příčiny vzniku zdravotního postižení různé. Může se jednat o genetické poruchy, prenatálně, perinatálně a postnatálně působící vlivy vnějšího prostředí, následky úrazu nebo nemoci.

Postižení rozlišujeme dále na postižení vrozená a získaná. Vrozené zdravotní postižení ovlivňuje vývoj jedince, dotyčný jedinec je na něj adaptovaný a je tedy méně traumatizující. Později získané postižení představuje pro člověka již psychické trauma, srovnává, svůj handicap si uvědomuje a ví, co ztratil. Jak uvádí Vágnerová (2004), tak se jakékoliv zdravotní postižení neprojeví jen poruchou jednoho orgánového systému, ale ovlivní rozvoj celé osobnosti jedince.

Každý jedinec prožívá svůj zdravotní handicap jiným způsobem, závisí to na schopnosti přizpůsobení a adaptability. Vždy jde o reakci na náročnou životní situaci, o míru zvládnutí sociální pozice jedince (Vágnerová, 2004).

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdravotní postižení jako částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost nebo více činností, jež je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánů (Novosad, 2000).

1.2. Závislost na pomoci cizí osoby

Osobou pečující se může stát kdykoliv kdokoliv z nás. Nemoc, úraz či jakékoliv zdravotní postižení má sociální i ekonomický dopad na celou rodinu. Poskytování respitní péče je proto významnou pomocí nejen pro pečující osobu. Příspěvek na péči tak pomáhá rodinám alespoň touto formou ulehčit ve finanční náročnosti péče o osobu blízkou.

Pro osoby závislé do věku 18 let za 1 kalendářní měsíc:

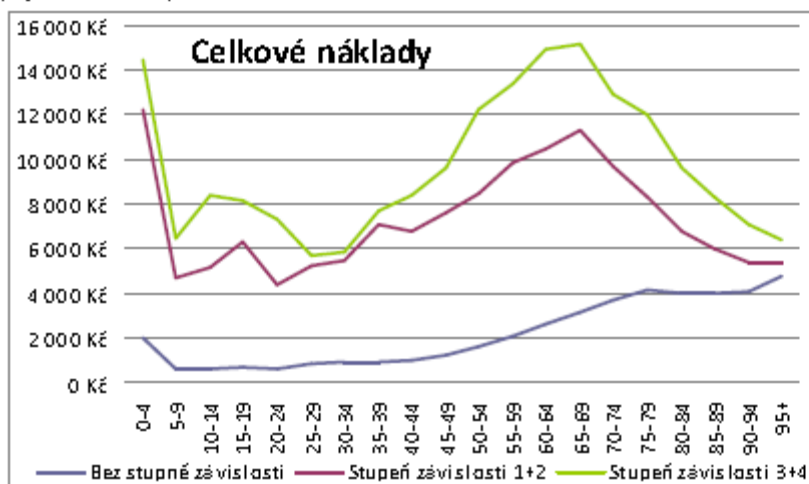
- I. stupeň (lehká závislost) – 3 tisíce Kč (nezvládnutí tří životních potřeb)
- II. stupeň (středně těžká závislost – 6 tisíc Kč (nezvládnutí čtyř nebo pěti životních potřeb)
- III. stupeň (těžká závislost) – 9 tisíc Kč (nezvládnutí šesti nebo sedmi životních potřeb)
- IV. stupeň (úplná závislost) – 12 tisíc Kč (nezvládnutí osmi nebo devíti životních potřeb, nutnost každodenní mimořádné péče jiné osoby)

Pro osoby závislé ve věku nad 18 let za 1 kalendářní měsíc:

- I. stupeň (lehká závislost – 800,- Kč (nezvládnutí tří nebo čtyř životních potřeb)
- II. stupeň (středně těžká závislost) – 4 tisíc Kč (nezvládnutí pěti nebo šesti životních potřeb)
- III. stupeň (těžká závislost) – 8 tisíc Kč (nezvládnutí sedmi nebo osmi životních potřeb)

- IV. stupeň (úplná závislost) – 12 tisíc Kč (nezvládnutí devíti nebo desíti životních potřeb, nutnost každodenní pomoci, dohledu nebo péče jiné osoby).

Graf 3 Výše nákladů pojištěnců VZP dle stupně závislosti a věku, celkové náklady, (přepočtené na pojištěnce-měsíce)



Graf č. 1

Zdroj: www.mpsv.cz Spotřeba zdravotní péče příjemci příspěvku na péči

Graf 1: Srovnání míry závislosti podle prognóz PŘF UK a ČSÚ (65+ / 15-64)



Graf č. 2

Zdroj: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/2237/srovnani-demografie.pdf>. [online].

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících předpisů, ve znění pozdějších předpisů upravuje mimo jiné

příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku, průkaz osoby se zdravotním postižením a některé benefity z něj vyplývající (www.mpsv.cz).

Již před více, než třiceti lety prohlásil prezident USA John F. Kennedy, že *„měřítkem společnosti je úroveň její péče o nejslabší občany. Dodržování lidských práv je pro seberealizaci a osobní blaho postižených a starých občanů nezbytné.“* Na základě těchto tvrzení docházelo v západní společnosti ke zkoumání vlastních zákonů, zvyků při práci, postojů (Puhlpachr, 2004, s. 108).

Na příspěvek na péči mají nárok osoby, které jsou z důvodu svého nepříznivého zdravotního stavu závislé na pomoci jiné osoby a splňují podmínky nepříznivého zdravotního stavu, jež trvá nebo má trvat déle než jeden rok a omezuje jeho funkční schopnost při zvládnutí základních životních potřeb. Příspěvek na péči náleží osobě, o kterou má být pečováno, a to od jednoho roku věku.

Zákonem jsou stanovené čtyři stupně závislosti na pomoci druhé osoby (lehká, středně těžká, těžká a úplná), a to do 18 let věku a nad 18 let věku.

Při posuzování stupně závislosti se dle zákona hodnotí 10 hledisek:

1. mobilita (zvládnutí chůze, vstávání, usedání)
2. orientace (zrakem, sluchem)
3. komunikace (mluvená řeč, psaná zpráva)
4. stravování (jídlo, pití, dodržování dietního režimu)
5. oblékání a obouvání
6. tělesná hygiena
7. výkon fyziologické potřeby (použití WC, hygienických pomůcek, hygiena)
8. péče o zdraví (léky, léčebný režim, dieta)
9. osobní aktivity (denní režim, aktivity přiměřené věku)
10. péče o domácnost (hospodaření s penězi, nákup, vyřizování na úřadech a další činnosti)

Výše příspěvku se odvíjí dle zákona podle stupně závislosti a věku závislého.

Žádost o příspěvek se podává na krajské pobočce Úřadu práce (ÚP) ČR, který je zároveň kontrolním orgánem. Odvolacím orgánem je Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV). Formulář je k dispozici na internetovém portálu MPSV (www.mpsv.cz). Poté je provedeno sociálním pracovníkem sociální šetření v místě bydliště posuzované osoby. Dle nové metodiky MPSV došlo od listopadu 2014 ke sjednocení posuzování na první a druhé posudkové instanci.

Příspěvek je určen k zajištění pomoci nákupem sociálních služeb prostřednictvím registrovaného poskytovatele (např. respitní péče) nebo osobou blízkou v domácnosti, příp. i prostřednictvím asistenta sociální péče (příspěvek na péči).

Naproti zdravotnímu postižení může být posuzováno a přiznáno také zdravotní znevýhodnění, ze kterého však nevyplývá žádná finanční nebo jiná kompenzace, je pouze dokladem o nemožnosti vykonávat některé práce v určitém pracovním prostředí (např. alergie na prach), (osoby se zdravotním postižením).

1.3. Kdo může tuto pomoc poskytovat

Respitní péče může být poskytována buď přímo v domácím prostředí uživatele vyškoleným personálem, anebo formou krátkodobého umístění uživatele v některém z pobytových zařízení.

Mezi poskytovatele této služby patří např. Akord, Apla, Centrum pro všechny, Charita Česká republika, Pohoda, Seniorcentrum, Volno a další (Respitní péče)

2. Rodinný pečovatel

Obyvatelstvo stárne a míra demografického stárnutí populace má stále zvyšující se tendenci. To činí potíže nejen v oblasti ekonomické, ale také sociální. Proto také počty seniorů trpících výše uvedeným onemocněním a vyžadujících péči budou stále vyšší. Otázkou však zůstává, zda je péče

poskytovaná rodinným pečujícím, státem či společnostmi podporovaná a pozitivně hodnocena. Termín rodinný pečovatel nemá aktuálně oporu v žádné zákonné úpravě, tudíž postavení rodinného příslušníka jako pečovatele se nepyšní nikterak velkým oceněním. Je tedy taková péče pouhou povinností příbuzných? Je vůbec možné, aby pečující možné, aby pečující v takové činnosti našel smysl či naplnění svých životních hodnot?

V posledních letech dochází v sociální politice ke snaze přesunout péči o závislé osoby do jejich domácího prostředí. Vychází jednak z přání seniorů zůstat co nejdéle v domácí péči a proto je věnována pozornost péči rodinných příslušníků. Péči dělíme na formální a neformální.

Formální péče je státem nebo jinými institucemi kontrolovaná služba, práce formálních pečovatelů je regulována zákonem.

Neformální péče je zajišťována především členy rodiny, tj. partnery, dětmi nebo jinými rodinnými příslušníky. Těmto pečovatelům schází odborný výcvik a z péče jim vyplývají jen minimální sociální práva (Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR).

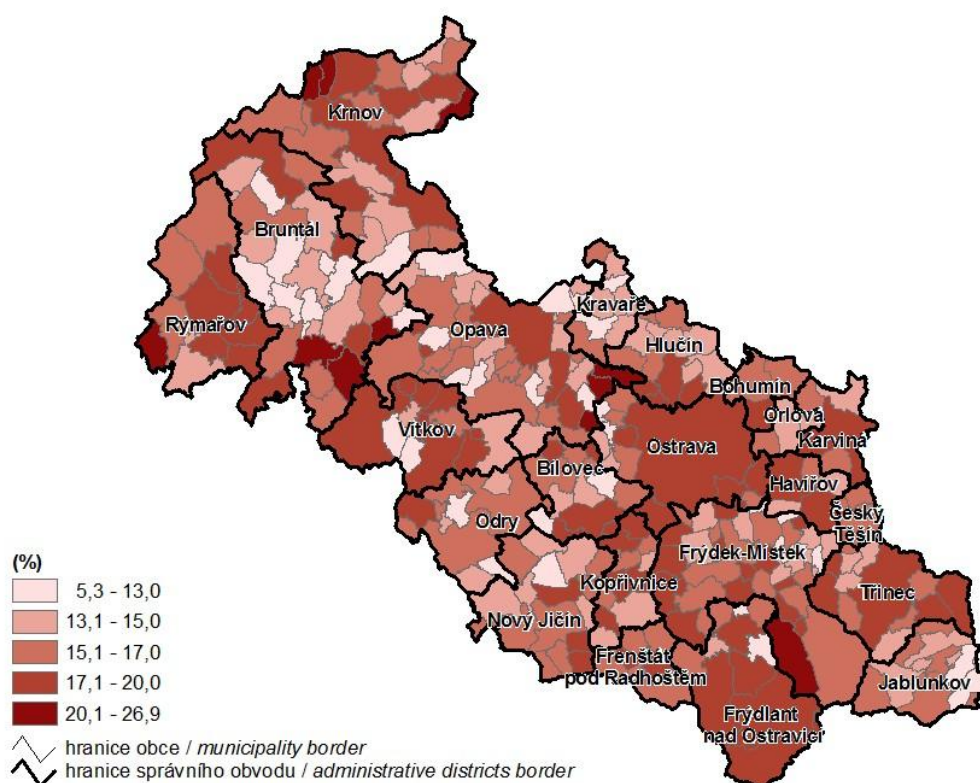
2.1. Podpora pečujících rodin

Všichni, kdo pečují o starého člověka, se mohou nazývat „pečovatelé“. Pečovat o někoho znamená pomáhat mu žít kvalitní život. Každý může svou péči přispět k udržení zdraví starého člověka či jeho znovunabytí nebo jej alespoň v poslední etapě doprovázet. Pichaud, Thareauová (1998) dávají do popředí starého člověka, jako hlavního aktéra, který má sám rozhodovat o svém životě,

o své činnosti, i kdyby neměl být výsledek dobrý a až na to nestačí nebo nemůže, pak žádat o pomoc ostatní.

Následující mapka zobrazuje podíl obyvatel ve věku nad 65 let podle jednotlivých obcí v Moravskoslezském kraji ke konci roku 2013:

3. Podíl obyvatel ve věku 65 a více let podle obcí v Moravskoslezském kraji k 31. 12. 2013
Share of population aged 65+ years by municipality in the Moravskoslezský Region as at 31 December 2013



Obrázek č. 1

Zdroj:

[http://www.czso.cz/xt/redakce.nsf/i/podil_obyvatel_ve_veku_65_a_vice лет_podle_obci_v_moravskoslezskem_kraji_k_31_12_2013/\\$File/33010014m03.jpg](http://www.czso.cz/xt/redakce.nsf/i/podil_obyvatel_ve_veku_65_a_vice лет_podle_obci_v_moravskoslezskem_kraji_k_31_12_2013/$File/33010014m03.jpg). [online].

Pečující rodiny nemají lehkou situaci. Péče o zdravotně postiženého člena znamená velkou zátěž pro každého člena rodiny, a to zejména psychickou,

fyzickou, ale také finanční, problémem se stává otázka bydlení, časová náročnost.

Jsou to především ženy, které se často rozhodují, zda opustit zaměstnání, aby se mohly starat o své dítě, stárnoucí rodiče nebo ostatní příbuzné. Mnohdy musí střední generace řešit situaci, kdy pečují o své ještě často nesamostatné děti a přitom také o své stárnoucí rodiče nebo prarodiče nebo další blízké příbuzné. Na tuto tzv. „sendvičovou generaci“ myslí důchodová reforma – Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve kterém jsou zakotveny náhradní doby pojištění, jež se započítávají do potřebné doby pojištění pro důchod.

Pečující osoby, jež jsou často nuceny rozvázat pracovní poměr, aby se mohly řádně starat o zdravotně postiženého či nemocného, tak ztrácejí zdroj příjmů, který většinou zabezpečuje manžel, partner a vzhledem k tomu, že suplují v péči o zdravotně postižené stát, tento na ně pamatuje v legislativních opatřeních (viz. níže).

Doba této osobní péče se prokazuje rozhodnutím Okresní správy sociálního zabezpečení (OSSZ) a započítává se do důchodu, a to v případě, trvala-li náhradní doba péče o osobu závislou alespoň 15 let (Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, § 19a), pak se počítá pro stanovení vyměřovacího základu pro výpočet důchodu vyloučená doba anebo náhrady zahrnované do vyměřovacího základu. Používá se výhodnější forma.

Vzhledem k tomu, že se pečující osoby stávají ve velké většině osobami výdělečně nečinnými, považuje zákon o důchodovém pojištění tuto dobu za tzv. „náhradní dobu pojištění.“

Za osobu blízkou je považován rodinný příslušník (manžel, manželka, sourozenec, příbuzní v řadě přímé) a tato doba je započítána do starobního důchodu jako doba zaměstnání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti. Neplatí to však u osob, které nejsou osobou blízkou a nežijí s pečující osobou ve společné domácnosti.

Doba péče se prokazuje dokladem prokazujícím totožnost žadatele, dokladem prokazujícím totožnost osoby, o kterou je/bylo pečováno, potvrzením krajské pobočky ÚP, prokazující dobu poskytování péče a stupeň závislosti nebo

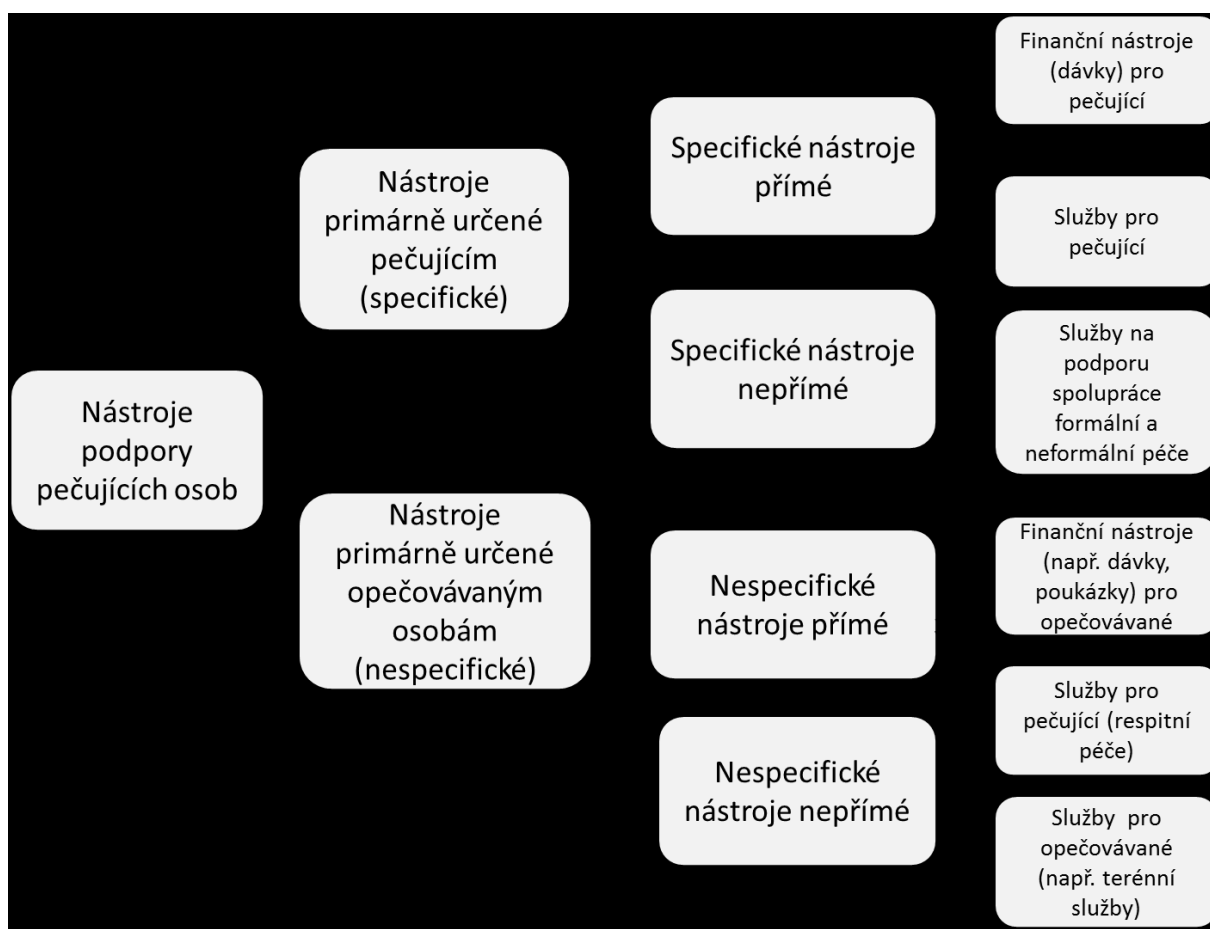
potvrzení o délce doby poskytování příspěvku při péči o osobu blízkou, dokladem prokazujícím příbuzenský vztah žadatele k osobě, o kterou je pečováno, čestným prohlášením, pokud se nejedná o osobu blízkou (www.cssz.cz).

Dlouhodobá péče o zdravotně postiženého je pro pečující osobu velmi vyčerpávající, avšak především domácí péče a domácí prostředí působí kladně na psychiku zdravotně postiženého a na jeho zdravotní stav.

V posledních letech, bohužel, vymizela tradiční funkce rodiny, kdy se děti staraly o rodiče a vůči starým lidem byla chována úcta. V současné době panuje spíše tzv. „ageismus“, tzn. předsudky ke stáří, diskriminace starých lidí, mladší generace vidí v seniorech především ekonomickou zátěž (Matoušek, 2008).

Je známo, že pečujícími se stávají ve většině případů ženy, i když jde často o velmi fyzicky namáhavou činnost. Pečující si musí odříct řadu zvyklostí, koníčků, musí přizpůsobit postiženému svůj denní režim, upravit si pracovní dobu (zkrácený úvazek) nebo se zaměstnání z důvodu péče o postiženého zcela vzdát. Také mezi sociálními pracovníky převládají převážně ženy.

Nástroje politiky podpory pečujících osob:



Obrázek č.2.

Zdroj: [Http://www.horecky.cz/images/1382503364_128-role-rodinnych-pecovatele-v-sytemu-socialni-a-zdravotni-pecce-v-cr.pdf](http://www.horecky.cz/images/1382503364_128-role-rodinnych-pecovatele-v-sytemu-socialni-a-zdravotni-pecce-v-cr.pdf). [online].

2.2. Sociální služby, jejich zřizovatelé

U každého člověka by měla být zachována co nejvyšší kvalita a důstojnost jeho života. Mnoho seniorů bývá aktivních až do konce života a ve většině případů jsou podporováni ze strany rodiny. Avšak v případě onemocnění, zdravotních komplikací nebo úrazů potřebují intenzivnější, v mnoha případech i 24 hodinovou péči. Rodina hrála a stále bude hrát v péči o seniory důležitou roli.

Před tzv. sametovou revolucí v roce 1989 byla sociální politika a zdravotní péče ovlivněna sovětskou ideologií. Staří lidé byli zavíráni do starých zámků a

klášterů, byli izolováni od okolního světa. Péče o staré lidi byla nekvalitní (Janoušek, 2001).

Po roce 1989 docházelo k rychlému rozvoji sociálních služeb. V platnosti byl stále Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů a vyhláška MPSV 182/1991, která tento zákon prováděla. Na legislativní úrovni nebyly sociální služby dostatečně koordinovány. Vznikaly nové typy služeb i nové metody práce, zákon znal však pouze dva typy služeb, a to *pečovatelskou službu* a *ústavní péči*. Mezi hlavní iniciátory změn patřili sami poskytovatelé sociálních služeb (Mátl, Jabůrková, 2007).

První významnou změnou se stala novelizace již zmíněného Zákona č. 100/1988 v roce 1990. Byla tak zpřístupněna možnost realizace sociálních služeb také nestátním neziskovým organizacím, obcím a městům. Došlo k decentralizaci státní sociální správy, k demonopolizaci sociálních služeb, k demokratizaci sociální správy, ke změnám přístupu člověka při poskytování sociálních služeb, k profesionalizaci a pluralizaci forem poskytování sociálních služeb (Průša, 2008).

Rodinná politika státu by měla být zaměřena na sociální podporu a pomoc pečujícím rodinám a pečujícím osobám. Poskytování této péče by nemělo vést k sociální izolaci, ke snižování životní úrovně pečujících rodin, k riziku vzniku chudoby. Pečovatelské služby by měly být integrovány a provázány se zdravotnictvím (primární a domácí zdravotní péče) a dalšími službami a také s obecní bytovou politikou. Dalším významným bodem je vzdělanost, zavádění poznatků z gerontologie a geriatrie do moderních přístupů a metod v praxi. Vzdělání by mělo být poskytováno nejen sociálním pracovníkům a zdravotnickému personálu, ale také pečujícím osobám.

Důležitým faktorem je problematika mezigeneračních vztahů, výchova mladé generace ke kladným hodnotám v rodině, podpora projektů zaměřených na tyto vztahy, podpora programu usnadňujících život seniorů v jejich přirozeném domácím prostředí, poskytování poradenských služeb. Dále je nutná také podpora zaměstnanců, kteří pečují o rodinného příslušníka jejich zaměstnavateli.

Senioři mají bohaté životní i profesní zkušenosti, obrovský potenciál pro jejich předávání (besedy se žáky učilišť a studenty středních škol se seniory). Měla by být podporována jejich seberealizace, vzdělávání, volnočasové aktivity, nemělo by docházet k diskriminaci seniorů.

Zajištění důstojnosti je základním hlediskem v rozvoji péče o seniory. Znamená to mnoho opatření k zajištění soběstačnosti (např. osobní hygiena a další).

Senioři by měli být zapojováni do aktivit, které se jich týkají (univerzity třetího věku, kulturní projekty) (www.mpsv.cz).

věk	Věkové skupiny (2013)		
	miliony	%	% žen
65+	0,21	17	59,8
15 - 64	0,84	68,4	49,3
<15	0,18	14,6	48,8
Celkem	1,22	100	51

Obrázek č. 3

Zdroj: [Http://www.czso.cz/animgraf/cz080/](http://www.czso.cz/animgraf/cz080/). [online].

Žít běžným životem pomáhají pečujícím osobám i zdravotně postiženým občanům sociální služby a příspěvek na péči. Tyto služby jsou poskytovány s účinností od 1. ledna 2007 dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a to osobám s trvalým pobytem na území České republiky (ČR), osobám, kterým byl udělen azyl v ČR, dále občanům a rodinným příslušníkům občanů členského státu Evropské unie (EU) a cizincům, kteří jsou držiteli povolení k dlouhodobému pobytu delšímu než tři měsíce (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Vybrané typy sociálních služeb jsou poskytovány také osobám, které legálně pobývají na území ČR. Každá osoba má nárok na bezplatné poradenství v případě řešení své nepříznivé sociální situace a jejímu předcházení.

Sociální služby poskytují dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách obce a kraje jsou zřizovateli zařízení poskytujících sociální služby, vytvářejí podmínky pro rozvoj těchto služeb a zajišťují skutečné potřeby a zdroje k jejich uspokojení, dále nestátní neziskové organizace a fyzické osoby jsou poskytovateli sociálních služeb a MPSV je zřizovatelem ústavů sociální péče, plánuje síť sociálních služeb v krajích a obcích na základě skutečných potřeb občanů, zvyšuje odbornost a kvalitu poskytovaných služeb a dbá na ochranu práv uživatelů těchto služeb, podporuje neziskový sektor – občanské a svépomocné aktivity, na jejichž realizaci vyhláší každoročně dotační řízení (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Ke vzdělávání zaměstnanců v oblasti sociálních služeb, na podporu a pomoc osobám ohroženým sociálním vyloučením (osoby bez přístřeší, oběti trestné činnosti apod.) mohou využít samosprávy, nestátní neziskové organizace a další organizace možnost čerpat dotace z Evropského sociálního fondu (strukturální pomoc).

Prostřednictvím sociálních služeb jsou poskytovány odlehčovací služby (terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, o které je pečováno jinak v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem této služby je odlehčit pečující osobě a umožnit jí nezbytný čas na odpočinek, dále také osobní asistence (terénní služby), pečovatelská služba (terénní nebo ambulantní služby), centra denních služeb (ambulantní služby, např. poskytnutí stravy, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, poradenská činnost, sociálně terapeutické činnosti), denní stacionáře (ambulantní služby), týdenní stacionáře (pobytové služby), domovy pro osoby se zdravotním postižením (pobytové služby), sociální poradenství (základní a odborné sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutická činnost), sociální rehabilitace (soubor činností, které směřují k nezávislosti, samostatnosti a soběstačnosti, k rozvoji specifických schopností a dovedností, tj. nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, při uplatňování práv aj.), průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba, služby rané péče (terénní, příp. ambulantní služby pro rodiče s dětmi do 7 let věku dítěte se zdravotním postižením nebo je-li jeho vývoj ohrožen v důsledku zdravotního stavu),

podpora samostatného bydlení (terénní služba, např. o pomoc při zajištění chodu domácnosti), domovy pro seniory (pobytové služby, např. poskytování stravy, ubytování, při osobní hygieně), azylové domy (pobytové služby poskytované na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení), domy na půl cesty (pobytové služby poskytované zpravidla osobám do 26 let věku, které opouštějí zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, příp. po výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby), chráněné bydlení (pobytové služby, např. poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při osobní hygieně, zajištění chodu domácnosti), kontaktní centra (nizkoprahová zařízení, která poskytují ambulantní, příp. terénní služby osobám závislým na návykových látkách, cílem je snížení rizik spojených se zneužíváním návykových látek), telefonická krizová intervence, krizová pomoc (terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám ohroženým na zdraví nebo životě, které nemají možnost přechodně řešit svou nepříznivou sociální situaci, jde o poskytování ubytování, stravy aj.), nizkoprahová denní centra (ambulantní, příp. terénní služby pro osoby, které zůstaly bez přístřeší), nizkoprahová zařízení pro děti a mládež (ambulantní, příp. terénní služby pro děti ve věku od 6 do 26 let, které jsou ohrožené společensky nežádoucími jevy), noclehárny (ambulantní služby pro osoby bez přístřeší, jde o přenocování a využití zařízení pro zajištění osobní hygieny aj.), služby následné péče a doléčovací služby (ambulantní nebo pobytové služby pro osoby závislé na návykových látkách po absolvování lůžkové nebo ambulantní péče nebo které se jí podrobují nebo abstinují), sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (terénní služby pro rodiny s dětmi, které jsou ohroženy v důsledku dlouhodobé krize a je tím ohrožen i vývoj dítěte), sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (ambulantní, příp. terénní služba poskytovaná osobám v důchodovém věku se zdravotním postižením, které jsou ohrožené sociálním vyloučením), terapeutické komunity (pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách anebo osoby s chronickým duševním onemocněním se zájmem o začlenění do běžného života), terénní programy (terénní služby pro osoby s rizikovým způsobem života anebo takovým způsobem života ohrožené, může jít o anonymní poskytování této služby), sociální služby – poskytovatelé a

dostupnost (legislativní úprava pro poskytovatele sociálních služeb a jejich dostupnost v ČR, v případě mé práce zejména na Opavsku).

Pozornost je v oblasti poskytování sociálních služeb v současné době věnována také monitoringu přirozeného prostředí, situaci a vztahům v rodině, její ekonomické stránce, volnému času členů rodiny (www.mpsv.cz).

2.3. Kdo v rodině péči zajišťuje

Respitní péči zajišťují v rodinách rodinní příslušníci, nejčastěji partneři nebo děti zdravotně postižených. Ve většině případů se jedná o ženy, které často opouštějí svá zaměstnání a věnují se pečováním o zdravotně postiženého člena rodiny. S tím souvisí často zhoršení finanční situace celé rodiny a ovlivnění chodu celé domácnosti. Tato neformální péče může být zajišťována také dalšími příbuznými anebo přáteli. Neexistují zde žádné smluvní vztahy, stanovení odměny za péči nebo časové omezení jejich práce.

Poskytování respitní péče není také ve většině případů dobrovolnou činností, ale vyplývá z nastalé situace. Dlouhodobá respitní péče členy rodiny má pak za následek fyzické a psychické vyčerpání.

Proto je věnována v posledních letech pozornost poskytování respitní péče a jejího finančního zajištění (Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR).

2.4 Služby poskytované v rámci respitní péče

Respitní péči dělíme z hlediska poskytovaných služeb na činnosti sebeobslužné (např. mytí, úprava vlasů apod.) a instrumentální (např. pomoc s toaletou, oblékáním, přesuny na vozík apod.).

Respitní péče zahrnuje odlehčovací služby, pečovatelské služby, denní stacionáře a další.

3.Respitní péče (odlehčovací služba)

Respitní péče je formou pomoci pečujícím osobám, které se dlouhodobě starají o zdravotně postiženého člena rodiny, aby i těmto osobám bylo ulehčeno od každodenní péče o závislou osobu.

3.1 Co je respitní péče a její historie

Odlehčovací služba má kořeny v USA, kde vznikla v 60. letech pod názvem „*resete care*“, ale péče o staré, nemocné a zdravotně postižené spadá již do doby raného středověku, kdy šlo o tzv. „*chudinskou péči*“. Raný středověk pak přinesl křesťanské přikázání pomoci bližnímu. Pomoc chudým, nemocným a postiženým byla nejdříve poskytována církví v klášterech, až později byla zřizována různá zařízení pečující o tyto osoby.

V českých zemích vzniklo v polovině 19. století tzv. „*domovské právo*“, jež mělo za cíl odstranit žebrotu, postupně dochází k institucionalizaci sociálních služeb, starost o znevýhodněné občany přechází na stát (Matoušek, 2007).

Historie moderní domácí péče sahá do poloviny 19. století do USA, kdy byla založena „*Organizace sester v domácí péči*“. Koncem 19. století se domácí péče rozvíjela i v Evropě, orientována byla především na seniory. V roce 1996 se stala ČR jednou ze sedmi zakládajících organizací „Světové organizace domácí a hospicové péče“ (WHHO) se sídlem ve Washingtonu. Domácí péče se stala symbolem návratu k tradičním hodnotám, k rodině (<http://www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece->).

K velkému zlomu v poskytování sociálních služeb dochází po tzv. „sametové revoluci“ v roce 1989, kdy probíhá postupně reformace sociální oblasti, jsou zřizovány státní i nestátní neziskové organizace a další zařízení, je přijímána řada legislativních opatření.

Nejlepší variantou péče o zdravotně postiženou osobu je domácí prostředí a péče poskytovaná členy rodiny. V některých případech však rodina selže anebo nastane situace, kdy by se postarat chtěla, ale z různých důvodů nemůže a zdravotně postižený je umístěn do některého ze sociálních zařízení, kde je mu poskytnuta odborná péče. Ztrácí však své přirozené prostředí, je obklopen cizími lidmi a tato situace může mít za následek zhoršení zdravotního stavu, deprese, může mít vliv na jeho další život.

Respitní péče je odlehčovací služba, která má za cíl ulehčit pečujícím v péči o zdravotně postiženého, nemocného. I pečující potřebuje odpočinek, potřebuje si vyřídit některé osobní záležitosti, odjet na dovolenou nebo třeba jen vymalovat či zrekonstruovat byt, ale může také sám onemocnět, odjet do lázní apod. Při náročnosti péče o zdravotně postiženého člena rodiny je odpočinek velmi důležitý.

Pečujícími jsou ve většině případů ženy, které také péčí o zdravotně postiženého prožívají emotivněji, než muži a jsou tedy ohroženy více psychickým vyčerpáním. Může u nich docházet ke vzniku tzv. „*syndromu vyhoření*“, což je úplné tělesné, psychické a duševní vyčerpání organismu. Syndromem vyhoření bývají ohroženy zejména osoby v „pomáhajících profesích“, tedy i osoby pečující. Pečující osoba ztrácí v tom případě motivaci, dostávají se pocity beznaděje, obavy anebo zlosti, klesá výkonnost, mění se přístup k postiženému (Matoušek, 2008). Dle Novosada (2000) má odlehčovací péče také ekonomický přínos před péčí ústavní.

Dle zprávy Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) z roku 2012 je zřejmé, že zejména se stárnutím populace roste i potřeba zajištění a financování dlouhodobé péče o seniory. Poskytování této péče je vesměs na neformálních pečovateli, tj. rodinných příslušnících. Pečující rodina nese zcela dobrovolně veškeré náklady spojené s péčí o zdravotně postiženého. Co se týče příspěvků, které jsou poskytovány pečujícím osobám, pak je nutno najít

způsob, aby tyto dávky nebyly zneužívány, neměly by být ale považovány za jedinou možnost podpory, nutné jsou služby. Pečující osoba často opustí zaměstnání a respitní péče může přispívat ke zkvalitnění péče. Také poradenství zaměřující se na prevenci a podpůrné služby může přispívat ke snižování stresu pečujících osob.

Vzhledem k tomu, že každá pečující rodina má specifické potřeby, je nutné zajistit koordinaci mezi pečujícími osobami a příjemci této péče a také mezi formální a neformální formou péče.

Mnoho pracovníků v oblasti respitní péče odrazuje nízká mzda a vysoká náročnost této práce, což má za následek vyšší fluktuace. K udržení a získávání nových pracovníků respitní péče může vést vzdělávání, podpora a supervize a tím se zvýší i status profese pracovníků respitní péče.

Výdaje na dlouhodobou péči mohou vést u pečujících rodin k riziku chudoby. Sociální politika státu souvisí s dalšími oblastmi, jako je např. zdravotnictví, bytová politika, důchodová politika.

Důležité je také zajištění informovanosti o poskytování služeb respitní péče. (ÚZIS, 2012), aby se možnost využití této služby dostala do povědomí občanů.

Důvodem k využití respitní péče může být nenadálá životní událost pečujícího (např. nemoc, nutnost odcestování, vyřízení neodkladných osobních záležitostí), nutnost umístit jej do ústavního zařízení.

Respitní péče je poskytována na profesionální úrovni odborně vzdělanými a proškolenými sociálními pracovníky (případně i dobrovolníky), ve spolupráci s ošetřujícím lékařem, rodinou, při zachování přirozených sociálních vazeb a životních návyků klienta. Při práci s klientem je zachována jeho důstojnost, svobodná volba a jsou respektovány jeho životní potřeby.

Odlehčovací služba znamená:

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, při poskytování nebo zajišťování stravy
- pomoc při poskytování ubytování (ubytování, úklid, praní, žehlení)

- pomoc při zprostředkování kontaktů se společenským prostředím (návštěva lékaře, upevňování kontaktů s rodinou, podpora při začleňování těchto osob do běžného života)
- sociálně – terapeutické, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, vedoucí k rozvoji a udržení osobních a sociálních schopností a dovedností
- sociálně – právní poradenství
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (komunikace, vyřizování)
- aktivizační činnosti (návčik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností).

Volnočasové aktivity jsou velkým přínosem zejména pro psychický stav klientů, patří zde rukodělné a tvořivé činnosti, společenské hry, diskuze, hudba, tanec, různé společenské programy, vzdělávací činnost (relaxační, rehabilitační, preventivní a kultivační funkce), náboženské programy a v rámci možností a zdravotního stavu klientů také sport a sportovní hry (Rheinwaldová, 1999).

Odlehčovací služba není poskytnuta osobám, které nesplňují podmínky dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění (§. 44, pro odlehčovací službu), a to v případech, kdy by nemohla být zajištěna klientovi bezpečná a odborná služba.

Tato sociální služba zamezuje sociální izolaci, podporuje adaptabilitu klienta na nové prostředí, přináší mu nové podněty a také společenské kontakty (navazování nových přátelství, příp. partnerských svazků).

Důležité je, aby každý zdravotně postižený občané měli vyplněný čas, aby byla podporována v rámci možností a zdravotního stavu jejich aktivita, soběstačnost, aby i handicapovaní senioři byli začleňováni do společnosti, aby nedocházelo k jejich izolaci (poslání a cíle odlehčovací péče

Odlehčovací služba je poskytována v následujících formách:

- pobytová - umístění osoby v pobytovém zařízení sociálních služeb, včetně ubytování a poskytování pečovatelských a ošetrovatelských

služeb. Většinou se jedná o péči 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, zpravidla po dobu od 1 týdne do 3 měsíců, která může být na žádost uživatele prodloužena (týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, ústavní zařízení a další). Mohou být poskytovány také nadstandardní (fakultativní) služby

- terénní - osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče. Jedná se např. o dohled nad nemocným, podávání jídla, pití.
- ambulantní (centra denních služeb, denní stacionáře, pečovatelská služba), tato služba je poskytována na několik hodin denně, několikrát v týdnu, ale může být poskytnuta také jednorázově (§44 Zákona č. 155/1995, o důchodovém pojištění).

Nedostatek míst v pobytových zařízeních je často nahrazován právě službou ambulantní nebo terénní, pro staré lidi jde zejména o službu pečovatelskou (donáška obědů, pomoc při péči o domácnost, nakupování) (Matoušek a kol., 2007).

Umístění postiženého rodinou do některého z pobytových zařízení je často doprovázený pečující osobou pocitem viny, selhání, ale v některých případech není možné jiné řešení. V případě ústavní péče dochází u mnoha klientů k adaptačním problémům, musí si zvykat na nové, neznámé prostředí, nové lidi, vlivem stereotypního prostředí může docházet k tzv. „ponorkové nemoci“, jež se projevuje nezájmem o okolí, pasivitou, výjimkou není v některých případech ani šikana (Matoušek, 1999).

3.2. Modely respitní péče

Typ poskytované služby a výběr zařízení se odvíjejí od stupně postižení a věku zdravotně postižené, nemocné osoby. Novosad (2000) pojmenoval čtyři modely respitní péče takto:

- **péče poskytovaná v domácnosti klienta**, kdy sociální pracovník zastoupí plnohodnotně pečující osobu ve stanovený čas, po stanovenou

dobu. Osoba pečující se může v této době věnovat svým osobním záležitostem. Domácí péče se stala od roku 1990 nedílnou součástí systému moderního zdravotnictví a sociálních služeb a způsob a rozsah jejího poskytování je legislativně upraven. Neustále se rozvíjí a přizpůsobuje potřebám klientů. O domácí péči rozhoduje ošetřující lékař holistickým (celostním) přístupem, klient je posuzován z hlediska bio – psycho – sociálního. Domácí prostředí a blízkost rodiny má významný vliv na zdravotní stav člověka, na jeho psychiku. Kladem domácí péče je také minimalizování nosokomiální nákazy klienta. Z agentur domácí péče lze zapůjčit kompenzační pomůcky a speciální zdravotnický materiál, lůžka nebo přístroje.

Mezi formy domácí péče patří také např. pooperační nebo poúrazová péče, dlouhodobá domácí péče při závažných onemocněních (neurologická, onkologická aj.), *preventivní domácí péče, domácí hospicová péče a další (domácí péče)*. *Národní centrum domácí péče ČR* vytvořilo koncepci domácí péče, jež obsahuje klasifikaci a náplň domácí péče, její definici, cíle, vymezení činností, financování a její strukturu (koncepce domácí péče):

- **péče formou náhradní rodiny mimo domov klienta**, která je určena převážně pro rodiny s postiženým dítětem (většinou na dobu tří měsíců)
- **péče v zařízení denního typu** (denní stacionáře, domovinky), kde tráví postižený čas v době, kdy je pečující osoba např. v zaměstnání, úzce spolupracují s rodinou klienta. Poskytují také aktivizační činnosti (volnočasové aktivity, různé druhy terapie, připravují klienta na vstup do běžného života společnosti)
- **péče o vážně a nevléčitelně nemocné osoby**, které tráví veškerý čas mimo domácí prostředí, **potřebující zdravotní péči**. Jedná se zejména o domácí hospice, kde je poskytnuta komplexní péče (zdravotní, sociální, psychologická, duchovní) nebo o léčebny dlouhodobě nemocných. Vzhledem k nedostatku pobytových míst jsou uživatelé často umisťováni právě do těchto léčeben (Novosad, 2000).

Významným pojmem je „**primární péče**“, která poskytuje klientovi prvotní péči v domácím prostředí tak, aby případné umístění klienta do ústavní péče či

hospitalizace byly až tím nejzazším řešením. Jedná se o ochranu zdraví, prevenci, vyšetřování, léčení, rehabilitaci. Moderní pojetí zdravotní a sociální péče obsahuje subsidiaritu, tzn. péči a léčbu na nejbližší úrovni, tedy v rodině. V odborné literatuře se setkáváme také s pojmem „*home care*“ (domácí péče) a „*home help*“ (domácí pomoc).

Při péči o postiženého nastávají u pečujících *zdravotní problémy* (zejména u starších pečujících žen - neúměrná fyzická zátěž, dlouhodobý stres, nedostatek spánku, úzkost), *osamělost* (ztráta kontaktů s blízkými, s přáteli, okolím), *nedostatečná pomoc a podpora státu* (nedostatečná kapacita pobytových míst, nedostatečná dostupnost sociálních služeb v některých regionech ČR – dostupnost respitní péče je také předmětem výzkumné šetření v mé práci), *traumata a stres při umístění postiženého do ústavní péče* (pocit viny, selhání)(Jeřábek a kol., 2005).

Čím je zdravotnická péče rozvinutější, tím je také ekonomicky náročnější a roste potřeba zkracovat hospitalizaci na minimálně nutnou dobu a poskytovat péči na bázi rodiny a agentur domácí péče. Ústavní péče znamená pro seniory změnu životního prostředí, životních podmínek a naplňuje je spíše obavami než pocitem naděje. Dostavují se pocity úzkosti, nechutenství, deprese, poruchy spánku a další příznaky vyčerpání. K umístění do ústavní péče svoluje klient většinou v době, kdy není schopen se sám o sebe již postarat a nemůže, nechce anebo nedokáže se o něj postarat vlastní rodina.

Dle Matouška (1999) by měla domácí péči být dána vždy přednost před péčí ústavní, když je to možné. Rizikem ústavní péče je tzv. *hostilismus*, kdy je klientovi poskytován veškerý servis, vše je za něj vyřizováno, ale časem ztrácí schopnost komunikace a styku s vnějším světem, hledá si náhradní uspokojení, např. v jídle, alkoholu apod. (Matoušek, 1999).

Péči dělíme ze tří hledisek, a to **z hlediska intenzity a naléhavosti** (subsidiary care) finanční podpora, opravy v domácnosti, doprava k lékaři, na úřady apod.). Jde o podpůrnou a občasnou péči, psychicky i fyzicky méně náročnou, jež nevyžaduje společné bydlení, **z hlediska neosobní péče** (impersonal care) domácí práce, např. úklid, vaření, praní, donáška obědů. Tuto péči nemusí obstarávat pouze pečující osoba, ale mohou se na ní podílet i ostatní členové

domácnosti, přátelé a známí, **z hlediska osobní péče** (personal care) intimní péče, tj. osobní hygiena, podávání stravy, léků, polohování. Jedná se o každodenní péči a stálou přítomnost pečujícího.

Všechny tyto tři stupně péče vyžadují i emoční složku a důležitá je podpora a pomoc celé rodiny.

Jak již bylo zmíněno, nejčastěji se stávají pečujícími osobami ženy, a to buď manželka, která pečuje o svého nemocného či postiženého manžela, naopak jde o menší počet případů, kdy již s péčí o nemocnou manželku pomáhají děti. Dále jsou to pak děti starých rodičů, největším problémem je zde v těchto případech ztráta zaměstnání, časová náročnost nebo také nutnost přestěhovat staré rodiče do svého bytu, rodinného domu a bydlení pro něj přizpůsobit (bezbariérovost apod.).

Vzhledem ke společenskému vývoji, tj. k menší porodnosti, prodlužování věku a stárnutí populace, ale také velké rozvodovosti a nízké sňatečnosti bude stále více lidí žít osaměle. Mění se postavení rodiny ve společnosti, sociální chování, role mužů a žen ve společnosti.

Rodinu tvoří vztahy s rodiči, výchova dítěte, komunikace, adaptabilita, otevřenost, rodinné tradice, dělba práce a hodnoty, autority. Tyto faktory předznamenávají možnost pozdější případné domácí péče o postiženého (Jeřábek, 2006).

V případě, že pečující již péči nezvládá nebo potřebuje nutný odpočinek, má možnost podat žádost o respitní (odlehčovací) službu, a to buď přímo v zařízení tuto službu poskytující v místě bydliště pečujícího, nebo v jeho blízkém okolí. Poskytovatele služby domácí péče je možno vyhledat v registru poskytovatelů sociálních služeb na webových stránkách MPSV: <http://iregistr.mpsv.cz/socreg/>. Bohužel ne ve všech městech, obcích je tuto službu zatím možno nalézt.

V případě, že si pečující vybere zařízení, kde je respitní péče poskytována, pak je vhodné si domluvit osobní schůzku se sociálním pracovníkem daného zařízení, který pečujícímu poskytne veškeré informace o formě respitní péče, její finanční náročnosti, příp. pečujícího provede daným sociálním zařízením. V případě, že se pečující pro dané zařízení a poskytování respitní péče

rozhodne, dojde k sepsání žádosti, kterou musí žadatel pravdivě vyplnit a opatřit požadovanými přílohami, např. lékařským doporučením apod.

Žádost o poskytnutí respitní péče se podává také na Úřadu městského obvodu v místě trvalého bydliště žadatele, a to na odboru sociálních věcí, sociálních služeb. K žádosti je nutno doložit průkaz totožnosti žadatele a rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči. Informace o možnostech poskytnutí odlehčovací služby jsou poskytnuty sociální pracovníci ihned, záleží však na volné kapacitě jednotlivých zařízení a také na tom, zda vůbec tuto službu v daném místě poskytují.

O všech údajích v žádosti je zachována mlčenlivost dle Zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, a o změně některých zákonů ve znění pozdějších předpisů. V žádosti dává žadatel také souhlas s použitím osobních údajů pro nezbytně nutnou dobu v souvislosti s poskytnutím odlehčovací služby zejména ve styku s příslušnými úřady a institucemi (zdravotnická zařízení, OSSZ, Magistrát a další).

Poskytování respitní (odlehčovací) péče je službou poměrně novou, ale již se dostává tato možnost ulehčit pečujícím o dlouhodobě nemocné a zdravotně postižené do povědomí širší veřejnosti.

Sociální služby a činnost sociálních pracovníků se řídí etickým kodexem jednotlivých zařízení, který vychází z „*Etického kodexu sociálních pracovníků ČR*“ a metodickými pokyny jednotlivých zařízení sociální péče.

Důležitou úlohu v oblasti respitní péče má sociálně - právní poradenství, které poskytuje uživatelům sociálních služeb pomoc, podporu a potřebné informace při řešení jejich nepříznivé sociální situace a v případech intervence, a to o *možnostech poskytování respitní péče, o základních právech a povinnostech v souvislosti se sociálními službami, o dávkách sociální péče a dávkách pomoci v hmotné nouzi, o možnosti nároku na příspěvek na péči, o sociálním zabezpečení a důchodovém pojištění* a další užitečné a potřebné informace, např. o *výběru vhodného sociálního zařízení, o možnostech osobní asistence, o*

výběru vhodných zdravotnických a kompenzačních pomůcek a možnostech jejich zapůjčení apod.

V sociálně-právních poradnách jsou zaměstnáváni profesionálně vzdělaní a odborně proškolení pracovníci, ochotní pomoci.

Co se týče poskytování služeb respitní péče, pak by bylo přínosné pro uživatele, aby byla budována menší a komornější zařízení sociální péče, aby se v nich uživatelé cítili co nejlépe.

Velký význam na rozvoj respitní péče a sociálních služeb vůbec má komunitní plánování, kdy se města a obce snaží do problémů zapojit co nejvíce občanů. Pak je na základě jejich požadavků možné stanovit priority. V posledních letech byly na rozvoj sociálních služeb v Moravskoslezském kraji vynaloženy finanční prostředky nejen z rozpočtů kraje, měst a obcí, ale také z Fondů Evropské unie (EU).

Praktická část – cíl výzkumného šetření

Praktická část práce je zaměřena na zmapování a monitoring hustoty sítě poskytovatelů služby respitní péče. Jako podružný cíl je zvolena znalost pojmu respitní péče v povědomí širší veřejnosti, informovanost o možnostech využití služeb respitní péče, čerpání příspěvku na péči a započtení doby péče do doby pro nárok na starobní důchod. Dále pak je cílem výzkumu také zjistit, do jaké míry pečující osoby využívají těchto možností a zda se jim zdá dostatečná informovanost o respitní péči, jaká je dostupnost těchto služeb v místě jejich bydliště nebo blízkém okolí a v neposlední řadě monitoring poskytovatelů služeb respitní péče na Opavsku.

Dle Dismana (2002) je nutno se při kvantitativním výzkumu řídit těmito kroky:

1. Formulace teoretického nebo praktického sociálního problému
2. Formulace teoretické hypotézy (obecné, pracovní, statistické)
3. Formulace souboru pracovních hypotéz
4. Rozhodnutí o populaci a vzorku
5. Pilotní studie
6. Rozhodnutí o technice sběru dat informací
7. Konstrukce nástrojů pro tento sběr
8. Předvýzkum
9. Analýza dat
10. Interpretace, závěry, teoretické zobecnění.

Podle Švaříka, Šed'ové a kol. (2007) je výzkumným problémem to, co budeme zkoumat a je obecnější verzí tématu práce.

4. Předmět, cíl a metody šetření

Předmětem naší sondy v původním záměru je zmapování hustoty sítě poskytovatelů sociálních služeb, konkrétně služeb respite péče. Tuto sondu jsme rozšířili na osoby, které jsou již pečujícími osobami anebo se jimi mohou stát. Jde o náhodný výběr respondentů, s částečným zaměřením na osoby pečující, a to zejména na věkovou kategorii senior.

Použité metody a techniky:

- **dotazníkové šetření provedené** mezi občany opavského regionu, zaměřené na zjištění povědomí o respite službě v regionu, na občany, kteří jsou pečujícími osobami nebo se mohou pečujícími osobami stát
- **analýza dokumentů a materiálů** ke *zmapování hustoty sítě* (dostupné statistické údaje, dokumenty a materiály, tj. seznam registrovaných i neregistrovaných poskytovatelů sociálních služeb – respite péče, cenová dostupnost – porovnání dostupných ceníků jednotlivých vybraných zařízení sociální péče

Dotazník je dle Dismana (2002) vysoce efektivní technika sběru dat, může postihnout velkou část jedinců při relativně malých nákladech, jde o info od velkého počtu respondentů v poměrně krátkém čase, spolupracovníci v terénu jsou nezbytní jen někdy, zajištění anonymity, klade vysoké nároky na ochotu dotazník vyplnit, otázky může zodpovědět někdo jiný a nízká návratnost, tzn., že má své výhody i nevýhody.

Dotazníky musí být osobně distribuovány. Pro větší návratnost se používá v některých případech odměna. Pokud je návratnost dotazníků nízká, pak je vhodné porovnat získaná data s daty o populaci apod.

Soubor respondentů:

Celkem bylo distribuováno k anonymnímu vyplnění 100 dotazníků, výběr osob byl náhodný, dobrovolný. Reagovalo 67 osob, z toho 28 osob bylo osobami pečujícími.

Sběr údajů:

Sběr údajů proběhl formou **dotazníkového šetření**. Bylo navštíveno také několik zařízení sociální péče, které respitní péči poskytují v rámci opavského regionu, a to za účelem poskytnutí (zapůjčení) některých dokumentů a materiálů (ceníky poskytovaných služeb, statistické údaje o obsazovanosti zařízení a další), potřebných k analýze výzkumného šetření.

Otázky při dotazníkovém šetření byly formulovány přesně a výstižně, jejich počet byl celkem deset, aby zbytečně časově respondenty nezatěžovaly.

Dotazníky byly umístěny z větší části v čekárnách ordinací lékařů (s jejich svolením) a také v lékárnách, kde mají lidé prostor na jejich vyplnění, dále pak v domovech pro seniory a v některých náhodně vybraných zařízeních poskytujících služby respitní péče.

Výzkum je zaměřen především na věkovou kategorii „senioři“, neboť jak jsem zmínila již v úvodu práce, jsem zaměstnaná v zařízení pro seniory, který se touto skupinou klientů respitní péče zabývá a je mi tedy problematika života těchto uživatelů blízká.

Dotazníková metoda je způsob hromadného shromažďování informací od dotazovaných – respondentů. Základní podmínkou účelné koncepce dotazníku je přesná formulace základního cíle, přesná formulace otázek, na které může respondent odpovědět bez sugestivního pocitu.

Jsou známy dva typy otázek:

- otázky **otevřené** (nestrukturované) – respondent se sám rozhodne o formě a obsahu odpovědi
- otázky **uzavřené** (strukturované) – respondent se rozhodne mezi dvěma nebo více možnostmi odpovědí.

V případě tohoto průzkumu byly použity **uzavřené otázky**, odpověď na ně zněla: „ano“ nebo „ne“.

Výzkumné otázky:

Výzkumné otázky ukazují na podstatu výzkumu, ukazují směr, kterým se bude výzkum ubírat, jejich zodpovězení by mělo vést k výsledku.

Jako výzkumné otázky byly zvoleny tyto:

- 1. Jaký je počet zařízení sociální péče v opavském regionu?**
- 2. Jaká je cílová skupina těchto zařízení? (děti, senioři, zdravotně postižení a další)**
- 3. Jaké služby tato zařízení poskytují?**
- 4. Kolik z těchto zařízení poskytuje službu respitní péče?**
- 5. Jaký je způsob úhrady poskytovaných služeb, jejich rozdílnost?**
- 6. Jaká je obsazenost u poskytovatelů služeb respitní péče?**
- 7. Jaké je povědomí občanů o možnosti poskytování služeb respitní péče?**

Zkoumané jevy by měly být vysvětleny z hlediska názorů respondentů, nikoliv dle vlastních názorů tazatele – průzkumníka (Gavora, 2000).

Hypotézy:

Zařízení sociální péče se zaměřením na služby respitní péče je v opavském regionu (ne) dostatek.

Cílovou skupinou těchto zařízení poskytujících respitní péči jsou převážně senioři.

Obsazenost zařízení sociální péče poskytujících respitní péči je vysoká.

Povědomí občanů opavského regionu o možnosti využití služeb respitní péče je nízké.

Dotazník je forma psaného rozhovoru a je časově méně náročný, než rozhovor. Při sestavování dotazníku je nutné stanovit cíl průzkumu, v mém případě to bylo zmapování povědomí občanů opavského regionu o využívání služeb respitní péče a dostupnosti této služby, jako podružný cíl je zjištění hustoty sítě těchto zařízení, a to zejména zařízení poskytujících respitní péči .

Formou dotazníků se zjišťuje většinou mínění a názory na určitou problematiku, v našem případě problematiku poskytování respitní péče na Opavsku. Dotazování – respondenti mohou být vybíráni náhodně anebo dle zkoumaného problému, v našem případě byl proveden výběr respondentů náhodně, ale s částečným zaměřením na věkovou kategorii seniorů.

Dotazníky mají být objektivní, spolehlivé, úsporné a s přiměřenou mírou návratnosti (dotazník jako průzkumná metoda).

Výzkumný vzorek

Respondenti byli vybíráni náhodně, ale k umístění dotazníků byla vybrána místa, která navštěvují převážně lidé nemocní a ve starší věkové kategorii, tj. čekárny ordinací lékařů, lékárny, a to vše se souhlasem lékařů či pracovníků lékáren. Část dotazníků byla předána zaměstnancům některých zařízení sociální péče.

Naopak záměrný výběr se uskutečňuje pomocí relevantních znaků, důležitých pro zkoumání určitého jevu, určité skutečnosti (Gavora, 2000).

Mezi relevantní znaky při výběru respondentů u tohoto výzkumu patřilo:

- respondent pečuje o osobu blízkou
- pečující osoba má informace nebo využívá služeb respitní péče
- osoba nepečuje o osobu blízkou
- osoba nepečující by služeb respitní péče využila.

Na základě těchto aspektů bylo distribuováno 100 dotazníků.

4.1 Analýza a vyhodnocení výsledku výzkumu

Nejdříve byly vyhodnoceny dotazníky, kdy byly k jednotlivým otázkám přiřazovány zodpovězené otázky „ano“, „ne“. Výsledky byly poté procentuálně vyhodnoceny.

Co se týče hlavního cíle výzkumného šetření, a to zmapování hustoty sítě sociálních zařízení poskytujících služby respitní péče, pak byly využity dostupné dokumenty, statistické materiály, odborné články a také materiály a dokumenty poskytnuté některými zařízeními sociální péče.

Výsledek výzkumu

Povědomí občanů opavského regionu o možnosti poskytování služeb respitní péče:

- počet distribuovaných dotazníků 100
- návratnost anonymně vyplněných dotazníků 67
- z celkového počtu 67 dotazníků vyřazeno 7 pro neúplnost údajů
- hodnoceno 60 dotazníků

Hodnocení získaných odpovědí dle několika kategorií:

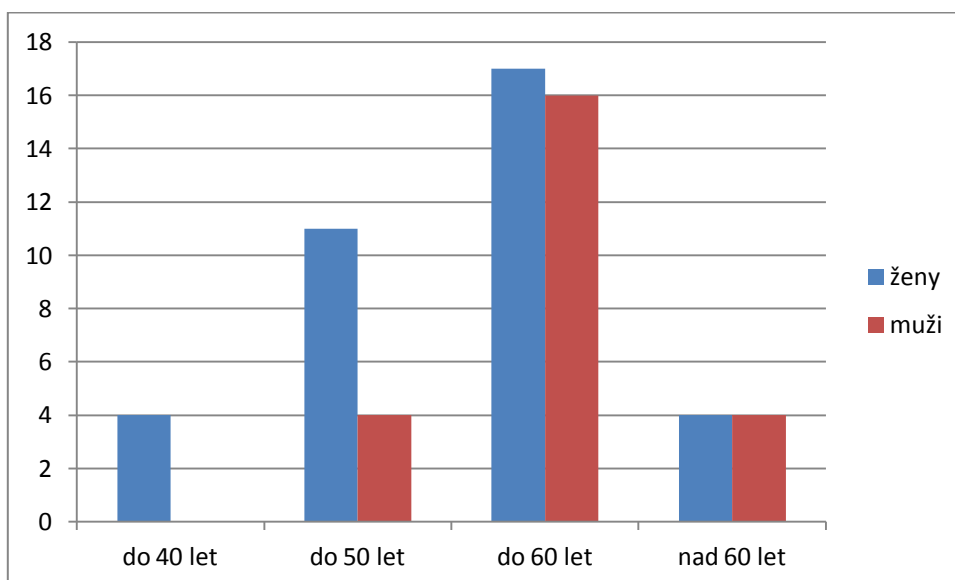
Genderové složení dotazovaných:

Obrázekč.4

Věková kategorie	ženy	muži
do 40 let	4	0
do 50 let	11	4
do 60 let	17	16
nad 60 let	4	4

Tabulka č. 1 s výsledky gendrové specifikace

Graf č.3



Vyhodnocení grafem tabulky č.1

- ze získaného vzorku odpovědí častěji odpovídaly ženy
- ženy odpovídaly v 60% hodnocených odpovědí
- muži odpovídali v 40% hodnocených odpovědí
- 55% získaných odpovědí bylo od věkové kategorie do 60 let, vyrovnáním počtem odpovědí mužů a žen 16/17
- nejnižší počet odpovědí je v kategorii do 40 let a to je 6,6% z posuzovaného vzorku
- značný rozdíl odpovědí je ve věkové kategorii do 50 let, v této kategorii odpovědělo 11 žen a je 4 muži

- také v kategorii do 40 let odpovídaly jen ženy

Celkový výstup v této kategorii hodnocení vidím ve sdílnějším přístupu žen k této otázce, otázce respitní péče, což odpovídá celorepublikovému trendu nejen v zastoupení rodinných pečovatelů, ale i v profesním složení v sociálních službách, kde pracuje na všech pozicích více žen.

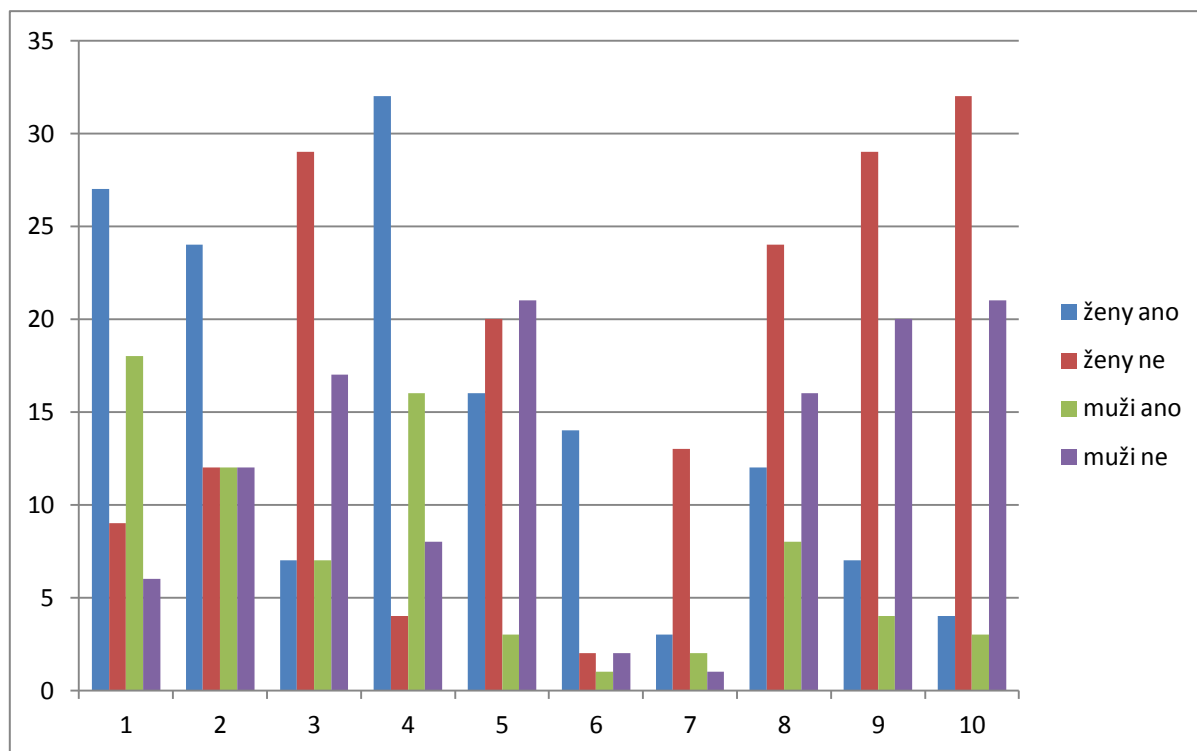
Vyhodnocení jednotlivých odpovědí na otázky dotazníku při zkoumání veřejného povědomí (dotazník viz. příloha č.1):

Obrázek č.5

otázky	ženy		muži	
	ano	ne	ano	ne
1	27	9	18	6
2	24	12	12	12
3	7	29	7	17
4	32	4	16	8
5	16	20	3	21
6	14	2	1	2
7	3	13	2	1
8	12	24	8	16
9	7	29	4	20
10	4	32	3	21

Tabulka č.2 s číselným vyhodnocením dotazníkového šetření

Graf č.4



Vyhodnocení grafem tabulky č.2

- 45 osob zná pojem respitní péče
- 36 osob ví o možnosti tuto službu využít
- nižší počet osob, 14 osob, má povědomí o možném příspěvku na tuto službu
- vysoké povědomí je o možnosti započtení doby péče ke starobnímu důchodu, a to 48 dotazovaných odpovědělo kladně, 12 dotazovaných toto povědomí nemá
- z počtu dotazovaných bylo 19 pečujících osob, z toho je 16 žen pečujících a 3 muži
- z celkového počtu pečujících 15 osob využívá respitní služby, 4 služby nevyužívají
- z pečujících osob je 14 osob nespokojeno, 5 je nespokojeno
- z celkového počtu dotazovaných 40 osob uvádí nedostatečné informace o respitní péči, 20 osob je informováno dostatečně

- 49 dotazovaných považuje respitní službu za finančně nákladnou a nemá bližší povědomí o finanční náročnosti této péče, 11 dotazovaných osob je spokojeno
- 53 osob uvádí nepřítomnost služeb respitní péče v místě jejich bydliště či blízkém okolí, jen 7 osob je spokojeno

Z vyhodnocených údajů vyplývá, že většina pečujících osob jsou ženy. Další podrobnější analýzou dotazníkového šetření bylo zjištěno nejširší zastoupení pečujících osob ve věkové kategorii do 60 let. Jedná se o osoby v produktivním věku, v blízkosti doby odchodu do starobního důchodu, tedy velmi ohroženou skupinou v případě získávání nového zaměstnání po ukončení doby péče. Také bylo zjištěno, že většina osob je nespokojena s nepřítomností respitních služeb v blízkém okolí, tím je možné navýšení nákladností této služby a je zhoršena její dostupnost. Je nutné si uvědomit, že většina klientů respitních služeb má omezenou mobilitu, využívá různých kompenzačních pomůcek a tím je odkázána na pomoc druhé osoby, osoby pečující.

Zmapování hustoty sítě zařízení sociální péče na Opavsku, specificky zařízení sociální péče poskytujících služby respitní péče s ohledem na počet obyvatel a věkové složení obyvatelstva daného regionu:

- počet registrovaných poskytovatelů zařízení sociální péče
- počet neregistrovaných poskytovatelů zařízení sociální péče počet registrovaných i neregistrovaných poskytovatelů zařízení sociální péče poskytujících služby respitní péče
- počet obyvatel
- věkové složení obyvatel
- obsazenost zařízení sociální péče v oblasti poskytování služeb respitní péče.

Čerpáno bylo z dostupných statistických údajů, dokumentů a odborných materiálů (viz. přílohy).

Analýza dostupných materiálů, dokumentů a statistik:

Jak vyplývá z dostupných zdrojů, kapacita míst pro poskytování respitní péče je v opavském regionu nedostatečná.

Vzhledem k demografickému vývoji a stárnutí populace bude přibývat osob, které budou tuto službu potřebovat, využívat ji. Proto by měl být podnikatelský záměr a komunitní plánování nastaveny na základě analýz kapacity těchto zařízení, na jejich (ne) dostatečnost. Otázka finanční náročnosti je řešena úhradou z příspěvku na péči ve všech zařízeních poskytujících službu respitní péče (odlehčovací službu).

Ceny poskytovaných služeb respitní péče jsou v jednotlivých zařízeních téměř stejné. Různí se pouze vzhledem k možnostem ubytování a v případě stravování, např. při poskytování dietní stravy, nastaveného jídelníčku.

Dalším problémem je nedostatečná kapacita ambulantní péče pro seniory, dlouhé čekací lhůty, nedostatečná otevírací doba těchto zařízení a nemožnost umístění seniora do těchto zařízení na celý týden.

V roce 2014 byly poskytnuty na rozvoj sociálních služeb v opavském regionu finanční dotace, a to např. na domov pro seniory Vila Vančurova o.p.s. 300 tisíc Kč, na sociální rehabilitaci KAFIRA o.p.s. 80 tisíc Kč, na organizaci ANIMA VIVA o.s. 160 tisíc Kč (podpora zaměstnanosti osob se zdravotním postižením).

Ve Vile Vančurova o.p.s. byla navýšena kapacita lůžek a zprovozněna odlehčovací služba, tato má však kapacitu pouze 2 lůžka. Také např. v Rehabilitačním ústavu Hrabyně jsou pro respitní péči vymezena pouze 2 místa.

Na podporu aktivního života seniorů byl podpořen projekt z programu EU Phare 2002, jehož cílem bylo zejména získání dobrovolníků a tím i přehledu o potřebě seniorů v oblasti sociálních služeb. Kromě pečovatelské, zdravotně domácí péče a poradenství byly zaváděny postupně nové služby, jako např. praní

prádla, rozvoz jídla nebo tzv. adopce na blízko, tj. respitní péče poskytovaná dobrovolníky. Např. Charita Opava vypracovala dle svých zkušeností a zkušeností dobrovolníků metodiku stacionáře, poskytujícího respitní péči rodinám, které pečují o seniory. K tomu musela být vytvořena funkční a stabilní síť dobrovolníků, personální a provozní podmínky projektu ve spolupráci s obecními úřady jednotlivých obcí na Opavsku, ale také lékaři, musely být zajištěny materiály pro dobrovolníky, ale také pro veřejnost.

Pro poskytování respitní péče rodinám, které pečují o nesoběstačné seniory jsou prostorové podmínky, materiální vybavení, personální složení, finanční zdroje, odborné činnosti, administrativa, technicko-organizační činnosti, proces od přijímání zájemce o službu až po ukončení poskytování služeb respitní péče (Charita Opava).

Na podporu zvýšení kvality sociálních služeb poskytovaných v Moravskoslezském kraji jsou vyhlašovány Moravskoslezským krajem pro jednotlivá období dotační programy (Veřejná správa).

Odlehčovací služba (respitní péče) je vnímána obyvateli Opavska jako velmi potřebná a byla zařazena do Komunitního plánu rozvoje sociálních a souvisejících služeb statutárního města Opavy pro rok 2014 – 2016. Problémem v zajišťování respitní péče je právě nedostatek finančních zdrojů na provoz těchto zařízení a na mzdové náklady (viz. příloha č. 3).

Jedním z cílů komunitního plánování je vytvoření systému zajištění respitní péče, a to jak ambulantní, tak i terénní či pobytové, tj. monitoring poptávky a nabídky této služby. V oblasti sociální péče pro cílovou skupinu senioři je to pak udržení a rozvoj pečovatelské služby, mobilní hospicové péče a denních stacionářů a také osobní asistence. Předpokládanými partnery při realizaci těchto opatření jsou Charita Opava, Senior centrum Opava o.p., dále pak Pečovatelská služba OASA o. p. s. .

U pečovatelské služby je předpoklad 516 klientů/rok, u mobilní hospicové péče 145 klientů/rok, v denních stacionářích je to 65 klientů (z toho 24 nových), u osobní asistence 25 klientů/rok.

Také počet zájemců o službu sociální rehabilitace je vysoký a kapacita nedostatečná. Velkým problémem je vysoká fluktuace sociálních pracovníků.

Tuto práci vykonávají i vzhledem k fyzické náročnosti práce dle statistik převážně ženy s nižším platovým ohodnocením.

Např. v domově Bílá Opava je předpoklad kapacity do roku 2015 celkem 128 uživatelů. V mnoha zařízeních na Opavsku probíhají rekonstrukce objektů (Domov Bílá Opava, Domov Sv. Zdislavy aj.) (Komunitní plánování). V domově Bílá Opava proběhla rekonstrukce za účelem většího pohodlí uživatelů na úkor kapacity v hodnotě přes 11 miliónů korun.

Všechna zařízení pro seniory na Opavsku jsou plně obsazena.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zmapování poskytování respitní péče na Opavsku, její dostupnost a informovanost o této službě širší veřejnosti, a to se zaměřením zejména na seniory.

Jak bylo zjištěno průzkumným šetřením, tak dotázání respondenti povědomí o respitní péči mají. Mnozí respondenti nevědí však o možnosti čerpání příspěvku na péči, nebo doby započtení péče o osobu blízkou do starobního důchodu.

Jak vyplynulo z provedeného výzkumu na Opavsku, je zřejmé, že respitní péče není ještě tak zcela v povědomí veřejnosti, ale ráda by tuto službu využila většina lidí, a to nejen pečujících osob, ale také těch, kteří dostali otázku, zda by této službě rádi v případě potřeby využili. Pro další zvýšení povědomí se budeme zaměřovat ve spolupráci s dalšími organizace na lepší reklamní a prezenční akce v rámci jednotlivých zařízení, jako využití prezentace při Dnech sociálních služeb v Opavě, a tak dále.

Dále nám výzkumná část ukázala velmi nízký počet lůžek poskytovaných jednotlivými zařízeními v rámci respitní péče seniory a to v pobytových

službách jen 5 lůžek, a v ambulantní službě, která je poskytována pro cílovou skupinu jen jedna v celém okrese, zastoupena 20 místy.

Demografický vývoj poukazuje na stárnutí populace a s tím souvisí zaměření sociální politiky na zabezpečení seniorů, na pomoc a podporu pečujících osob a na transformaci sociálních služeb vůbec. Nutno bude také reagovat na změny v důchodové politice státu. Významnou složkou v této oblasti je komunitní plánování, které by mělo reagovat na připomínky občanů i odborníků pracujících v oblasti sociálních služeb, a to nejen v opavském regionu.

V případě volné kapacity je se zájemci o respitní péči v zařízeních jednáno okamžitě, cílem je kapacitu navyšovat, a to rozšiřováním stávajících zařízení nebo koupí nových objektů pro tyto účely. Jednotlivá zařízení se zaměřují na určitou cílovou skupinu. Repitní péči všechna zařízení neposkytují, i když poptávka po této službě stoupá. Míst je nedostatek, jak vyplynulo z analýzy dostupných informací, co se týče kapacity respitní péče, pak mají tato zařízení většinou pro uživatele této služby jen pár míst.

Co se týče komunitního plánování pro opavský region, pak vzniká řada projektů a programů na podporu a rozvoj sociálních služeb a tedy i služeb respitní péče a jsou vynakládány nemalé finanční prostředky na jejich realizaci. Cílem je také navyšování kapacity těchto zařízení a vzdělávání sociálních pracovníků.

Respitní péče je službou budoucnosti.

ANOTACE

Jméno a příjmení autora: Machovská Eva

Název katedry a fakulty: Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie, Filozofická fakulta

Název bakalářské diplomové práce: Respitní péče a služby na Opavsku

Vedoucí práce: Dana Sýkorová, doc. PhDr. Ph.D.

Počet znaků: 81 396

Počet příloh: 3

Počet použitých zdrojů: 35

Klíčová slova: Respitní péče, rodinný pečovatel, zdravotní postižení, závislost na péči

Keywords: Respite care, family caregiver, disability, dependency on care

Anotace

Diplomová práce se zaměřuje na zjištění hustoty sítě poskytovatelů Respitní péče na Opavsku. Jedná se mi o možnou návaznost při poskytování této služby po dokončení studia, a možné využití výsledku výzkumu v další práci. Tato práce si tedy klade za cíl zjistit, zda v oblasti Opavska jsou nabízeny služby ze sféry respitní péče, jaká je jejich celková a momentální volná kapacita a jak hustá je jejich síť. Objektem zkoumání je spektrum poskytovatelů respitní péče na Opavsku, pro věkovou kategorii seniorů, a také možné způsoby financování této péče a celková finanční zátěž na zájemce o tuto službu.

Práce je rozdělena na dvě základní části, teoretickou a praktickou. V teoretické části se zaměřuji na vymezení základních pojmů jako je zdravotní postižení, závislosti na péči druhé osoby. Také kdo je to rodinný pečovatel a co tato zátěž rodině přináší. Dále co je to respitní péče, její historie a modely respitní péče.

V praktické části jsem se zaměřila na zjištění veřejného povědomí o respitní službě jako takové a jejím možném využití. Toto šetření jsem provedla pomocí

anonymní dotazníkové metody. V další části jsem se zaměřila na zjištění hustoty poskytovatelů respitní služby, využití dané kapacity lůžek, a v neposlední řadě finanční náročnost pro klienty využívající tuto službu.

Annotation

My diploma thesis focuses on the density of the network providers Respite Care in Opava.

For me is important the possible continuity in providing this service after graduation and the possible utilization of research results in further work.

The main target of this work is to find out wheter in Opava services are offered from the sphere of respite care, what is their total and current spare capacity and how thick is their network.

Object of the study is the spectrum of respite care providers in Opava, for the age group of seniors, as well as possible ways of financing this care and overall financial burden for those interested in this service.

My work is divided into two parts: theoretical and practical.

The theoretical part focuses on the definition of basic concepts such as disability, dependence on other person. Also who is the family caregiver and what brings this burden to the family. Furthermore, what is respite care, its history and model of respite care.

In the practical part, I focused on finding public awareness about respite services as such and its possible uses. This evaluation was conducted using an anonymous questionnaire method. In the next section, I focused on the density providers of respite services, utilization of the capacity of beds, and last but not least the financial demands of clients using this service.

Seznam použitých zdrojů

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 80-7367-002-X

NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 2. vydání. Praha: Academia, 1997, 336 s., ISBN 80-200-0628-1

NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Academia, 2009, 500 s. ISBN 978-80-200-1679-9

KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1. vydání. Praha: TRITON, 2005, 80 s. ISBN 80-725-4662-7

NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 159 s. ISBN 80-717-8197-5.

Jeřábek, Hynek a kol. 2005. „Péče o staré lidi v rodině (východiska, klasifikace, kritické momenty).“ Pp. 9-19 in Eva Abramuszkinová Pavlíková (ed.). *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: UK FSV CESES

MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 171 s. ISBN 978-802-6206-972.

Oldřich Matoušek, Pavla Kodymová, Jana Koláčková. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, 351 s. ISBN 978-807-3678-180.

JEŘÁBEK, H. *Sociální soudržnost, solidarita a péče o staré lidi v rodinách. Pojetí sociální soudržnosti v soudobé sociologii a politologii* Studie CESES, 9/2004, s. 74-81.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. Vyd. 1. V Praze: Karolinum, 2004, 356 s. ISBN 80-246-0841-3.

NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 166 s. ISBN 978-80-7367-873-9.

RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-828-8.

PRŮŠA, Ladislav. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2008, 151 s. ISBN 80-863-9569-3.

PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Překlad Abigail Kozlíková. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-717-8184-3.

MÁTL, Ondřej a Milena JABŮRKOVÁ. *Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR* [online]. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 176 s. [cit. 2015-03-02]. ISBN 978-807-2624-997.

Legislativa:

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách [online]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů [online]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-101>

Vyhláška 505/2006 Sb., provedení ustanovení zákona o sociálních službách [online]. Dostupné z: <http://www.zmenyzakonu.cz>

Internetové zdroje:

Registr poskytovatelů sociálních služeb. In: Portál MPSV.

Michalík, Valenta [online]. Dostupné z: *Zdroj: Michalík, J. Valenta, M. Průběžná zpráva 2009 výzkumu GAČR č. 406/09/0177 „Kvalita života rodin pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením“, UP Olomouc, 2010.*

Odlehčovací služby [online]. Dostupné z: <http://www.ssmo.cz/products/odlehcovaci-sluzby/>.

Senioři, děti [online]. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/respitni-pece>.

Zákony [online]. Dostupné z: <http://zakony.kurzy.cz/117-1995-zakon-o-statni-socialni-podpore/cast-3-hlava-7-dil-2/>.

Zdravotní péče [online].

Dostupné z:

<http://www.vyznam-slova.com/zdravotn%C3%ADho%20posti%C5%BEen%C3%AD>.

Posuzování stupně závislosti [online].

Dostupné

z:

http://portal.mpsv.cz/upcr/media/tz/2014/11/2014_11_27_tz_mpsv_posuzovani_stupne_zavislosti_zdravotne_handicapovani.pdf.

Příspěvek na péči [online].

Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/stiznosti-na-urady/chcete-si-stezovat/zivotni-situace-problemy-a-jejich-reseni/prispevek-na-peci/>.

Osoby se zdravotním postižením [online].

Dostupné z: <http://www.praceprozp.cz/zamestnavani-ozp/zamestnavani-ozp-v-ramci-zakona-o-zamestnanosti/695-2-1-kdo-jsou-osoby-se-zdravotnim-postizenim-z-hlediska-zakona-o-zamestnanosti>.

Poslání a cíle odlehčovací péče [online].

Dostupné z: <http://www.dumrodin.cz/poslani-a-cile-odlehcovaci-pece.html>.

Domácí péče [online].

Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty->

Koncepce domácí péče [online].

Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/koncepce-domaci-pece>.

Dotazník jako průzkumná metoda [online].

Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/1002/dotaznik-jako-pruzkumna-metoda>.

Charita Opava [online].

Dostupné z: <http://www.charitaopava.cz/?page=texty&id=156&llgen=154>.

Veřejná správa [online]. Dostupné z: http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/cz/uredni_deska/program-na-podporu-zvyseni-kvality-socialnich-sluzeb-poskytovanych-v-moravskoslezskem-kraji-na-rok-2015-45255/.

Komunitní plánování 2014-2016 [online]. Dostupné z: http://www.czp-msk.cz/pdf/opava/2013-navrh_3-KP.pdf.

Respitní péče [online]. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/respitni-pece>.

Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR [online]. Dostupné z: http://www.horecky.cz/images/1382503364_128-role-rodinnych-pecovatelu-v-sytemu-socialni-a-zdravotni-pece-v-cr.pdf.

Seznam grafů a obrázků

Graf č. 1	10
Graf č. 2	10
Graf č. 3.....	37
Graf č. 4	38
Obrázek č. 1	13
Obrázek č. 2	16
Obrázek č. 3	18
Obrázek č. 4	36
Obrázek č. 5	38

Příloha č. 1 – Dotazník –

Do rukou se Vám dostává anonymní dotazník pro potřeby výzkumného šetření k bakalářské práci, týkající se poskytování služeb respitní (odlehčovací) péče na Opavsku (viz. otázky níže).

Doplňte.

Uved'te, prosím, věk a pohlaví

Nehodící se, prosím, škrtněte.

1. Znáte pojem „respitní péče“?

ANO NE

2. Víte o možnosti využití služeb respitní péče?

ANO NE

3. Máte informace o možnosti příspěvku na respitní péči?

ANO NE

4. Víte o možnosti započtení doby péče do doby pro přiznání nároku na starobní důchod?

ANO NE

5. Jste pečující osoba?

ANO NE

6. V případě, že ano: Využíváte služeb respitní péče?

ANO NE

7. V případě, že ano: Jste se službami respitní péče spokojen?

ANO NE

8. Je dle Vašeho názoru dostatek informací o respitní péči?

ANO NE

9. Máte pojem o finanční náročnosti respitní péče? Zdá se Vám finančně dostupná?

ANO NE

10. Jsou služby respitní péče v místě Vašeho bydliště nebo v blízkém okolí?

ANO NE

Děkuji Vám za vyplnění.

Příloha č. 2– Seznam zařízení poskytujících na Opavsku sociální služby

Odlehčovací služby:

Centrum sociálních služeb Hrabyně

- kapacita odlehčovací služby: 2 místa
- cílová skupina: dospělé osoby s tělesným postižením, senioři s tělesným postižením
- ceník: ubytování 169,- Kč/den, stravné 141,- Kč/den, péče dle ceníku provedených úkonů 120,- Kč/hod.
- úhrada: záloha ve výši 12000,- Kč (převodem, hotově, poštovní poukázkou)

Domov pod Vinnou horou, příspěvková organizace

- kapacita odlehčovací služby: 1 místo
- cílová skupina - senioři nad 65 let
- ceník: ubytování 165 – 180,- Kč/den, stravné 139,- Kč/den
- úhrada: z příspěvku na péči

Vila Vančurova o.p.s.

- kapacita odlehčovací služby: 2.místa
- osoby nad 50 let, s III. a IV. stupněm postižení
- ceník: ubytování max. 210,- Kč/den, stravné max. 170,- Kč/den + další služby od 90,- Kč/hod.
- úhrada: z příspěvku na péči

Denní stacionáře:

Dětská rehabilitace

- kapacita odlehčovací služby:

- cílová skupina: děti od 1 do 7 let s lehkým a středním mentálním, tělesným nebo kombinovaným postižením
- ceník: stravné 50,- Kč/den
- úhrada: hotově

Charita Opava

- kapacita odlehčovací služby: 20 míst/den
- cílová skupina: senioři
- ceník: stravné 32 – 64,- Kč/den, poplatek 120 - 150,- Kč/den + další služby 17 – 50,- Kč
- úhrada: z příspěvku na péči

Domovy pro seniory:

Domov Bílá Opava, příspěvková organizace

- kapacita odlehčovací služby: 18
- cílová skupina: senioři
- ceník: ubytování 150 – 190,- Kč, stravné – 130 – 142,- Kč
- úhrada: z příspěvku na péči

Domov pod Vinnou horou, příspěvková organizace

- viz. výše

Domov pro seniory Ludmila, příspěvková organizace

- kapacita: 84
- cílová skupina: senioři
- ceník: ubytování 125 – 155,- Kč/den, stravné 269 – 299,- Kč/den
- úhrada: z příspěvku na péči

Domov pro seniory Seniorcentrum Slavkov, příspěvková organizace

- kapacita: cca 60
- cílová skupina: senioři
- ceník: ubytování 277,- Kč/den, stravné 247,- Kč/den
- úhrada: z příspěvku na péči

Domov pro seniory sv. Hedviky - Kravaře, příspěvková organizace

- kapacita: 46
- cílová skupina: senioři
- ceník:
- úhrada:

Domov Vítkov, příspěvková organizace

- kapacita: 2 bytové jednotky
- cílová skupina: podpora samostatného bydlení
- ceník: 120,- Kč/hod.
- úhrada: z příspěvku na péči

Charita Hlučín – Ludgeřovický Domov pro seniory sv. Mikuláš

- kapacita: 30
- cílová skupina: senioři
- ceník: ubytování 155 – 195,- Kč/den, stravné 117,- Kč/den
- úhrada: z příspěvku na péči

Vila Vančurova o.p.s.

- viz. výše

Domov Vítkov, domov se zvláštním režimem

- kapacita: 40
- cílová skupina: senioři, od 50 let
- ceník: ubytování a stravy nezveřejněn

Domov Vítkov

- kapacita : 66
- cílová skupina : senioři od 65 let

- ceník ubytování a stravného nezveřejněn

Domov Letokruhy

- kapacita: 47
- cílová skupina senioři
- ceník ubytování a stravného v denní sazbě nezveřejněn

Centra denních služeb:

Marianum, příspěvková organizace

- kapacita: 15
- cílová skupina: mentálně postižení nad 18 let
- ceník: ubytování 138 – 148,- Kč/den, stravné 116 – 123,- Kč/den
- úhrada: z příspěvku na péči

Domovy pro osoby se zdravotním postižením:

Centrum sociálních služeb Hrabyně

(viz. výše)

Fontána, příspěvková organizace (Hlučín)

- kapacita: 50
- cílová skupina: senioři
- ceník: ubytování 170 -190,- Kč, stravné 135,- Kč
- úhrada: z příspěvku na péči

Marianum, příspěvková organizace

- kapacita: 230
- cílová skupina: mentálně postižení nad 18 let
- ceník: ubytování 138 – 148,- Kč/den, stravné 116 – 123,- Kč/den

- úhrada: z příspěvku na péči

Sírius, příspěvková organizace

- kapacita: 29
- cílová skupina: osoby se zdravotním postižením 3-26 let
ceník: stravné 140,-

Zámek Dolní Životice, příspěvková organizace

- kapacita: 101
- cílová skupina: osoby se zdravotním postižením, senioři
- ceník: ubytování 130 – 180,- Kč/den, stravné 162 – 165,- Kč/den
- úhrada: z příspěvku na péči

Sociálně – aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením:

- služby respitní péče dále neposkytují, jedná se o zařízení poskytující sociální služby v Moravici s kapacitou 12 míst (chráněné bydlení), Budišov nad Budišovkou s kapacitou 19 míst (chráněné bydlení), Vítkov s kapacitou 9 míst (podpora samostatného bydlení)

Osobní asistence:

Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje o.p.s.

DomA - domácí asistence (Kobeřice)

Charita Hlučín

Odborné sociální poradenství:

ANIMA VIVA o.s.

Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje o.p.s.

Centrum psychologické pomoci, příspěvková organizace

EUROTOPIA Opava o.p.s

Charita Opava

Příloha č. 3

Dne: 23.06.2014 **Bod programu:** 21/24

Věc: **Účelové dotace z rozpočtu SMO na poskytování sociálních a souvisejících služeb na rok 2014**

Důvod předložení: Zajištění úkolů na úseku samosprávy

Zpracoval: Mgr. Judita Kachlová, vedoucí odboru sociálních věcí

Mgr. Lucie Rybová, odbor sociálních věcí

Předkládá: Ing. Pavla Brady, 1. náměstkyně primátora

Projednáno: RMO dne: 09.06.2014

**Požadavek na úpravu ANO
rozpočtu:**

Návrh usnesení:

Zastupitelstvo města

schvaluje

- a) finanční dotaci organizaci Vila Vančurova o.p.s. se sídlem Vančurova 1217/5, 746 01 Opava, IČ: 2250152, zastoupenou PhDr. Michalem Panáčkem, ředitelem, ve výši 300.000,00 Kč
- b) dodatek č. 1 MMOPP007K6W5 ke smlouvě MMOPP007K6H8 mezi statutárním městem Opava se sídlem Horní náměstí 69, 746 26 Opava, IČ 00300535, zastoupeným prof. PhDr. Zdeňkem Jiráskem, CSc., primátorem města a organizací Vila Vančurova o.p.s., se sídlem Vančurova
- c) Rozpočtové opatření č. 2014/XXX/Z

ve výdajích – odbor sociálních věcí

Vila Vančurova o.p.s. - domov pro

seniory

(4350,5221,00000000,0040,0000179000000) + 300.000,- Kč

*Dotace na poskytování sociálních a
souvisejících služeb v roce 2014*

(6409,5901,00000000,0040,0000000000000) - 300.000,- Kč

- d) finanční dotaci organizaci KAFIRA o.p.s., se sídlem Horní náměstí 132/47, 746 01 Opava, IČ 265588773, zastoupenou Janem Horákem, ředitelem, ve výši 80.000,00 Kč
- e) dodatek č. 1 MMOPP007K6JY ke smlouvě MMOPP007K65W mezi statutárním městem Opava se sídlem Horní náměstí 69, 746 26 Opava, IČ 00300535, zastoupeným prof. PhDr. Zdeňkem Jiráskem, CSc., primátorem města a občanským sdružením KAFIRA o.s., se sídlem Horní náměstí 132/47, 746 01 Opava, IČ 265588773, zastoupenou Janem Horákem, ředitelem
- f) Rozpočtové opatření č. 2014/XXX/Z

KAFIRA o.p.s. – sociální rehabilitace

(4344,5221,00000000,0040, 0000160000000) + 80.000,00 Kč

*Dotace na poskytování sociálních a
souvisejících služeb v roce 2014*

(6409,5901,00000000,0040,0000000000000) - 80.000,00 Kč

- g) finanční dotaci organizaci ANIMA VIVA o.s., se sídlem Liptovská 1045/21, 747 06 Opava, IČ 26591014, zastoupenou Bc.Hanou Brňákovou, statutárním zástupcem, ve výši 160.000,00 Kč
- h) dodatek č. 1 MMOPP007K6UF ke smlouvě MMOPP007K5VH mezi statutárním městem Opava se sídlem Horní náměstí 69, 746 26 Opava, IČ 00300535, zastoupeným prof. PhDr. Zdeňkem Jiráskem, CSc., primátorem města a organizací ANIMA VIVA o.s., se sídlem Liptovská 1045/21, 747 06 Opava, IČ 26591014, zastoupenou Bc.Hanou Brňákovou, statutárním zástupcem
- i) Rozpočtové opatření č. 2014/XXX/Z

ve výdajích – odbor sociálních věcí

**ANIMA VIVA o.s. – sociální
rehabilitace**

(4344,5222,00000000,0040, 0000158000000) + 160.000,00 Kč

*Dotace na poskytování sociálních a
souvisejících služeb v roce 2014*

(6409,5901,00000000,0040,00000000000000) - 160.000,00 Kč

Důvodová zpráva

1a)

Zastupitelstvo statutárního města Opavy schválilo dne 16.12.2013 usnesením č. 442/21 ZM 13 dotace na poskytování sociálních a souvisejících služeb na rok 2014. Organizaci Vila Vančurova o.p.s. byla schválena dotace v celkové výši 350.000,00 Kč na poskytování sociální služby domov pro seniory.

Vila Vančurova o.p.s. sociální službu poskytuje v souladu s Komunitním plánem rozvoje sociálních a souvisejících služeb statutárního města Opavy na rok 2014 – 2016 (cíl 2.2. Udržení a rozvoj pobytových služeb, opatření 2.2.3. Transformace penzionu Seniorcentra na pobytovou službu a doplnění chybějící kapacity v domovech pro seniory).

Domov pro seniory byl zaregistrován ke dni 01.01.2014 s kapacitou 32 lůžek. V průběhu ledna 2014 docházelo k zajištění potřebných materiálních prostředků a zajištění personálního obsazení pro úspěšné zahájení poskytování sociální služby domov pro seniory, přičemž k 03.02.2014 byl zahájen příjem klientů do služby. Sociální služba domov pro seniory je umístěna ve třetím a čtvrtém patře budovy Vila Vančurova o.p.s. a první dvě patra jsou vymezena pro rezidenční byty pro seniory v počtu 20 bytů. V sociální službě domov pro seniory je dle sdělení ředitele Vila Vančurova o.p.s. PhDr. Panáčka v současné době umístěno 19 klientů (jedná se tedy o nárůst oproti žádosti o dofinancování, kde byla k 01.04.2014 uvedena obsazenost 10 lůžek).

Vila Vančurova o.p.s. začne v brzké době poskytovat sociální službu odlehčovací služba, která by měla pokrýt potřeby rodin pečujících v domácím prostředí o klienty vyžadující 24hodinovou péči. Jedná se především o potřeby ve smyslu odpočinku od náročné péče, dovolené atd. Odlehčovací služba by měla být registrována v červnu 2014 v počtu 2 lůžka.

Odlehčovací služba je ve městě Opava vnímána jako velmi potřebná, ačkoliv doposud nebyla žádným poskytovatelem registrována. Z tohoto důvodu je také zařazena v Komunitním plánu rozvoje sociálních a souvisejících služeb statutárního města Opavy na rok 2014 – 2016 (cíl 2.2. Udržení a rozvoj pobytových služeb, opatření 2.2.2. Vznik odlehčovací služby pro seniory). Zřízením této služby tak bude naplňováno jedno

z důležitých opatření Komunitního plánu.

Vila Vančurova o.p.s. jako poskytovatel sociální služby usiluje o vícezdrojové financování, avšak schválená dotace z rozpočtu SMO pro rok 2014 ve výši 350.000,00 Kč nezajistí kofinancování oprávněné provozní ztráty domova pro seniory ve výši 30%, což je zásadní ve vztahu k vyjednávání finanční podpory z kraje, potažmo MPSV. Dalším důvodem podání žádosti o dofinancování je skutečnost, že přiznaná dotace pokryje jen nízkou část mzdových nákladů.

Z výše uvedených důvodů požádala organizace Vila Vančurova o.p.s. o dofinancování sociální služby domov pro seniory (viz příloha č.1) ve výši 450.000,00 Kč, žádost byla odboru sociálních věcí doručena dne 19.05.2014. K žádosti o dofinancování byl taktéž doložen aktualizovaný rozpočet a popis personálního obsazení služby.

Komise Rady SMO pro komunitní plán na svém zasedání dne 21.05.2014 schválila žádost o dofinancování Vila Vančurova o.p.s. ve snížené výši 300.000,00 Kč tak, aby byla dotace poskytnutá pro rok 2014 srovnatelná s dalším domovem pro seniory podporovaným z rozpočtu SMO (Česká provincie kongregace Dcer Božské Lásky – Domov sv. Zdislavy).

Rada statutárního města Opavy na svém zasedání dne 09.06.2014 dofinancování organizace Vila Vančurova o.p.s. ve výši 300.000,00 Kč schválila pro předložení Zastupitelstvu města.

1d)

Zastupitelstvo statutárního města Opavy schválilo dne 16.12.2013 usnesením č. 442/21 ZM 13 dotace na poskytování sociálních a souvisejících služeb na rok 2014. Organizaci KAFIRA o.p.s. byla schválena dotace v celkové výši 65.000,00 Kč na poskytování sociální služby odborné sociální poradenství.

Další sociální službou poskytovanou na středisku Opava je sociální rehabilitace. Tato služba je od 01.05.2013 poskytována v rámci individuálního projektu Moravskoslezského kraje (dále IP MSK) „Optimalizace sítě služeb sociální prevence

v Moravskoslezském kraji“ a z tohoto důvodu nebyla z rozpočtu SMO ani z rozpočtu MPSV pro rok 2014 prozatím podpořena. Počet zájemců o službu sociální rehabilitace však převyšuje IP MSK a v návaznosti na tuto skutečnost požádala KAFIRA o.p.s. o dofinancování.

Žádost o dofinancování sociální služby sociální rehabilitace od organizace KAFIRA o.p.s. ve výši 100.000,00 Kč (viz příloha č. 4) byla odboru sociálních věcí doručena dne 30.04.2014. Žádost byla podána především z toho důvodu, že, jak již bylo výše zmíněno, počet zájemců o sociální rehabilitaci převyšuje kapacitu IP MSK, a proto služby jim poskytované nemohou být z tohoto projektu financovány. KAFIRA o.p.s. předpokládala, že v roce 2014 by se jednalo o maximálně 14 klientů, nicméně v souvislosti s rozšířením aktivit, které KAFIRA o.p.s. nabízí (návčivky prostorové orientace, sebeobsluhy, zrakové terapie a používání Braillova písma), bylo do března 2014 uzavřeno již 10 smluv s klienty nad rámec IP MSK. Lze se tedy domnívat, že počet klientů zařazených mimo IP MSK bude mnohem vyšší, než na začátku roku KAFIRA o.p.s. předpokládala. Je však potřeba zmínit, že realizace nově zavedených aktivit je nezbytná pro získání, udržení, případně rozvoj kvality života osob se zrakovým postižením a nabídka a kapacita těchto aktivit je pro občany města Opavy nedostačující. Aktivity v oblasti zrakové terapie navíc významně podporují optimalizaci veřejných zdrojů vynakládaných prostřednictvím úřadů práce na saturaci žádostí a potřeb klientů na nákup kompenzačních pomůcek.

V případě, že by byla KAFIRA o.p.s. dofinancována, byly by finanční prostředky využity k úhradě provozních nákladů. V opačném případě by KAFIRA o.p.s. nebyla schopna zájemcům o službu sociální rehabilitace, které není možné zahrnout do projektu IP MSK, tuto službu poskytnout.

Komise Rady SMO pro komunitní plán na svém zasedání dne 21.05.2014 schválila žádost o dofinancování KAFIRA o.p.s. ve snížené výši 80.000,00 Kč na základě srovnání výstupů uvedených v závěrečné zprávě za rok 2013 a v žádosti o dofinancování (počtu klientů, indikátorů sociální práce, zdrojů financování).

Rada statutárního města Opavy na svém zasedání dne 09.06.2014 dofinancování organizace KAFIRA o.p.s. ve výši 80.000,00 Kč schválila pro předložení Zastupitelstvu

města.

1g)

Zastupitelstvo statutárního města Opavy schválilo dne 16.12.2013 usnesením č. 442/21 ZM 13 dotace na poskytování sociálních a souvisejících služeb na rok 2014. Organizaci ANIMA VIVA o.s. byla schválena dotace v celkové výši 370.000,00 Kč – z toho 120.000,00 Kč na službu odborné sociální poradenství a 200.000,00 Kč na podporované zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

Kromě výše uvedených sociálních služeb je organizace ANIMA VIVA o.s. poskytovatelem sociální služby sociální rehabilitace a stejně jako KAFIRA o.p.s. je zařazena do IP MSK.

S ohledem na skutečnost, že finanční prostředky v rámci IP MSK nepokryjí veškeré mzdové náklady, organizace ANIMA VIVA o.s. dne 19.05.2014 podala žádost o dofinancování sociální služby sociální rehabilitace ve výši 160.000,00 Kč (viz příloha č. 7).

Je potřeba zdůraznit, že provoz služby sociální rehabilitace je od 01.01.2014 financován výhradně z prostředků IP MSK, protože možnosti získání finančních prostředků z jiných veřejných zdrojů jsou právě díky realizaci IP MSK omezené a v rozporu s pravidly metodiky IP MSK. Grantové výzvy a dotační tituly, z nichž by organizace mohla získat prostředky na dokrytí mzdových nákladů z jiných zdrojů než veřejných, vyhlášeny nebyly.

Pro zajištění služby v takovém rozsahu, v jakém organizaci ukládá uzavřená smlouva (150 intervencí/měsíc, 99 kontaktů/měsíc a poskytnutí služby min. 14 novým klientům), má ANIMA VIVA o.s. pro rok 2014 k dispozici 1.203.600,00 Kč. Tato částka je však nedostačující, jelikož skutečný počet uživatelů služby a plnění indikátorů sociální práce výrazně překračuje kapacitu deklarovanou ve smlouvě IP MSK. Za období od 01.01.2014 do 30.04.2014 organizace eviduje 54 uzavřených smluv s klienty, bylo provedeno 13 jednání s novými zájemci o službu a vykázáno 464 kontaktů a 2.479 intervencí.

V případě, že by ANIMA VIVA o.s. nebyla dofinancována, hrozí omezení poskytování sociální služby sociální rehabilitace. Toto omezení by reálně znamenalo přerušení rehabilitačního procesu a zmaření již dosažených výsledků v rámci individuální práce s klientem, kterou se tato sociální služba vyznačuje.

Komise Rady SMO pro komunitní plán na svém zasedání dne 21.05.2014 schválila žádost o dofinancování ANIMA VIVA o.s. v plné výši 160.000,00 Kč.

Rada statutárního města Opavy na svém zasedání dne 09.06.2014 dofinancování organizace ANIMA VIVA o.s. ve výši 160.000,00 Kč schválila pro předložení Zastupitelstvu města.

Na základě výše uvedeného doporučujeme Zastupitelstvu statutárního města Opavy schválit návrh usnesení.

Pro informaci dokládáme tabulku s přehledem čerpání dotací na sociální a související služby v roce 2014:

Věc	RMO dne	ZMO dne	Částka	Zůstatek R
Objem dotací 2014	02.12.2013	16.12.2013	14.600.000,00	14.600.000,00
Návrh dotací 2014	02.12.2013	16.12.2013	13.568.250,00	1.031.750,00
Dofinancování CZP MSK o.p.s.	14.04.2014	28.04.2014	40.000,00	991.750,00
Dofinancování Vila Vančurova o.p.s.	09.06.2014		300.000,00	691.750,00
Dofinancování KAFIRA o.p.s.	09.06.2014		80.000,00	611.750,00
Dofinancování ANIMA VIVA o.s.	09.06.2014		160.000,00	451.750,00

V Opavě dne 10.06.2014

Jméno a příjmení zpracovatele: Mgr. Judita Kachlová, Mgr. Lucie Rybová

Podpis zpracovatele:

Počet příloh: 9

Příloha č. 1: Žádost o dofinancování – Vila Vančurova o.p.s.

Příloha č. 2: Dodatek č. 1 MMOPP007K65W ke smlouvě MMOPP007K6H8 mezi SMO a Vilou Vančurova o.p.s.

Příloha č. 3: Smlouva MMOPP007K6H8

Příloha č. 4: Žádost o dofinancování – KAFIRA o.p.s.

Příloha č. 5: Dodatek č. 1 MMOPP007K6JY ke smlouvě MMOPP007K65W mezi SMO a KAFIRA o.p.s.

Příloha č. 6: Smlouva MMOPP007K65W

Příloha č. 7: Žádost o dofinancování – ANIMA VIVA o.s.

Příloha č. 8: Dodatek č. 1 MMOPP007K6UF ke smlouvě MMOPP007K5VH mezi SMO a ANIMA VIVA o.s.

Příloha č. 9: Smlouva MMOPP007K5VH

