

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

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: Doc. PhDr. Dana Sýkorová, Ph.D.

Olomouc 2015

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

V Olomouci dne: 08. 12. 2015

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí své bakalářské práce Doc. PhDr. Daně Sýkorové, Ph.D. za ochotu, cenné rady a připomínky při psaní mé práce.

Chtěla bych také poděkovat své rodině za psychickou podporu, kterou mi během celého mého studia věnovali.

Eva Machovská

Abstract: Bachelor thesis focuses on the density of the network providers Respite Care in Opava. This is me about the possible continuity in providing this service after graduation, and the possible use of research findings in my next job. The main target of this work is to find out whether 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.

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

Abstrakt: Bakalářská 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 mé další práci. Tato práce si tedy klade za cíl zjistit, zda jsou v oblasti Opavska 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.

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

Obsah

SEZNAM ZKRATEK.....	9
ÚVOD	10
1 TEORETICKÁ ČÁST	13
1.1 STÁŘÍ A JEHO ROZDÍLY	13
1.1.1 Stáří a potřeba pomoci.....	15
1.2 DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ NA OPAVSKU A V ČR.....	19
1.3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	22
1.3.1 Zákonné ukotvení sociálních služeb.....	22
1.3.2 Poskytovatelé sociálních služeb	25
1.3.3 Základní druhy a formy sociálních služeb.....	26
1.3.4 Zařízení sociálních služeb	26
1.3.5 Osobní asistence	28
1.3.6 Pečovatelská služba	28
1.3.7 Tísňová péče	28
1.3.8 Podpora samostatného bydlení	29
1.3.9 Centra denních služeb.....	29
1.3.10 Denní stacionáře	30
1.3.11 Týdenní stacionáře.....	30
1.3.12 Domovy pro seniory	31
1.4 RESPITNÍ PÉČE	31
1.4.1 Historie respitní péče.....	34
1.4.2 Modely respitní péče	35
1.4.3 Kdo může respitní péči poskytovat	38
1.4.4 Role rodinných pečovatelů v ČR.....	41
2 METODIKA A CÍL PRÁCE.....	44
2.1 CÍL VÝZKUMU.....	44
2.2 METODOLOGIE VÝZKUMU	45
2.2.1 Obsahová analýza	45
2.2.2 Sběr dat	46
2.2.3 Dotazník	46
2.2.4 Statistické vyhodnocení.....	47
3 PRAKTICKÁ ČÁST	48
3.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY NA OPAVSKU	48

3.2	POSKYTOVATELÉ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB NA OPAVSKU.....	51
3.3	ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO VÝZKUMU	54
3.4	VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	54
3.5	SHRNUTÍ VÝZKUMU, NÁVRHY A DOPORUČENÍ.....	64
	ZÁVĚR.....	69
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	71
	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ A ROVNIC	74
	SEZNAM PŘÍLOH	76
	PŘÍLOHY	I

Seznam zkratek

DPS	Dům s pečovatelskou službou
EU	Evropská unie
LDN	Léčebny dlouhodobě nemocných
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
WHHO	World Home and Hospice Care Organization = Světová organizace domácí a hospicové péče
WHO	World Health Organization = Světová zdravotnická organizace

Úvod

„Ti, kterým tak nebo onak pomáhám, asi nemají tušení, že pomáhají také oni mně“.

(V. M. Šukšín)

Demografické stárnutí populace se v posledních letech stává realitou, která větší či menší měrou postihuje všechny vyspělé země a stává se tak jedním z celosvětových problémů. Na demografické stárnutí společnosti mají vliv dva faktory, a to pokles plodnosti a porodnosti na jedné straně a prodlužování naděje na dožití, tj. častější dožívání se vyššího a vysokého věku na straně druhé. Podle šetření Českého statistického úřadu žilo v České republice k 31. 12. 2014 celkem 10.538.275 obyvatel. Z tohoto počtu bylo 1.880.406 seniorů starších 65 let, což činí celkem 17,84 %. Celkový podíl seniorů v české populaci však i nadále každoročně stoupá a do budoucna stoupat bude.

V důsledku tohoto vývoje rovněž stále roste poptávka po sociálních službách poskytovaných seniorům a jejich rodinným příslušníkům. Je proto nezbytné věnovat pozornost nabídce různých sociálních služeb a v jejím rámci i navýšení kapacit pro poskytování respitní péče. Důležité je také vytvoření legislativních opatření pro poskytování této konkrétní služby. Nezbytné je rozšíření a podpora vzdělávání sociálních pracovníků, ale i rodinných příslušníků potřebných seniorů. Přetrvávajícím problémem je také nedostatek finančních prostředků na poskytování sociálních služeb a nedostatek vhodných objektů pro zřízení dalších sociálních zařízení poskytujících odlehčovací službu, či nedostatek peněz na možnou rekonstrukci stávajících sociálních zařízení, a to k navýšení jejich současné kapacity a zlepšení podmínek pro její poskytování. Neméně důležitým aspektem je kvalita a dostupnost odlehčovacích služeb všem uživatelům.

V péči o nemocné, nebo zdravotně postižené bude vždy hrát důležitou úlohu rodina. Domácí péče by měla i nadále mít přednost před péčí ústavní. Důraz by tak měl být kladen na posílení role rodiny, mezigeneračních vztahů a na celoživotní přístup ke zdraví a stárnutí. Rodinní příslušníci, jako pečující osoby, jsou pod velkou

psychickou a fyzickou zátěží. Možnost využití respitní péče pro ně přináší velkou úlevu. Mohou si tak, alespoň krátkodobě, odpočinout od velmi náročné péče o své blízké.

Pracuji v zařízení pro seniory, které poskytuje pobytovou službu této cílové skupině. Ve své každodenní práci vidím náročnost a zároveň potřebnost této sociální služby. Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala právě pomoc pomáhajícím, tj. respitní péči, se zaměřením na cílovou skupinu seniorů v regionu Opavsko. Zařízení, kde pracuji, je zařízení s kapacitou 22 lůžek. Během následujících dvou let dojde k rozsáhlé rekonstrukci objektu, a tím k navýšení kapacity na 32 lůžek. Z tohoto počtu bude 22 stálých lůžek, 6 lůžek se zvýšenou ošetrovatelskou péčí, 4 lůžka respitní péče pobytové a 15 míst ambulantní respitní péče. Já zde vidím všechny předpoklady k tomu, aby se toto zařízení stalo jedinečným z hlediska spektra poskytovaných služeb v rámci opavského regionu.

Hlavním cílem této práce je zjistit počet poskytovatelů respitní péče v opavském regionu, rozdělit tyto poskytovatele podle cílové skupiny klientů, typů a cenové náročnosti jimi nabízených služeb. Dalším cílem je zjistit informovanost opavské veřejnosti o existenci respitní péče a možnosti jejího využití. Důvodem tohoto šetření bylo získat přehled o potřebnosti služeb pro danou cílovou skupinu a také, jak zaměřit marketingový plán pro reklamní kampaň v konkrétním nově rekonstruovaném zařízení.

Teoretická část se nejprve věnuje vysvětlení základních pojmů z oblasti sociální péče o seniory. Další část teorie je věnována rozboru demografického vývoje a statistických údajů z oblasti sociálních služeb na Opavsku a jeho porovnání s demografickým vývojem a statistickými údaji celé České republiky. Na to navazuje přiblížení zákonných norem v sociální oblasti a nastínění struktury, forem a typů sociálních služeb s důrazem na objasnění a definování pojmu respitní péče. Druhou kapitolu teoretické části tvoří popisy metod použitých při zpracování diplomové práce a vymezení cílů, kterých chce práce dosáhnout.

Praktická část práce se nejprve věnuje zmapování a rozboru sociálních zařízení poskytujících služby respitní péče v celém Opavském regionu. V rámci provedeného průzkumu byl vytvořen přehled těchto sociálních zařízení. Druhá polovina praktické části práce je věnována výsledkům dotazníkového šetření, jehož prostřednictvím byl proveden průzkum trhu poskytovatelů této služby v regionu a zjištění povědomí

obyvatel o této službě. Zároveň dotazníkové šetření posloužilo ke zmapování trhu pro podnikatelský projekt, na kterém autorka práce právě pracuje.

V závěru práce jsou stručně shrnuty poznatky a zjištění o současné situaci v oblasti poskytování sociální péče s důrazem na respitní péči v regionu Opavska. Dále jsou zde uvedeny výsledky dotazníkového šetření a doporučení, která z nich vyplývají.

1 Teoretická část

Bakalářská práce je orientována na problematiku respitní péče, ale aby bylo možné správně pochopit a analyzovat vybranou problematiku, je důležité si nejprve objasnit základní pojmy. Primárně se jedná o pojem stáří, stárnutí, demografický vývoj a z oblasti sociálních služeb seniorů pak pojmy jako osoba pečující, sociální služba jako taková a především respitní péče. V návaznosti na to jsou rovněž uvedeny zákonné úpravy, které se touto problematikou zabývají.

1.1 Stáří a jeho rozdíly

„Přirozené stárnutí a stáří je určeno souhrnem genetických faktorů a vlivy prostředí, které na jedince působí v průběhu jeho celého života. Stárnutí se týká všech sfér, a to biologické (somatické), psychologické i sociální. Fenomény ze všech těchto oblastí se prolínají, vzájemně ovlivňují a vytvářejí celkový obraz přirozeného stárnutí člověka.“¹

Jak píše Malíková², život každého člověka probíhá v jakýchsi vývojových etapách. Každá etapa má své zákonitosti, které z ní vyplývají a které ovlivňují kvalitu, způsob a rozsah lidského života. Stáří lze tedy charakterizovat podle mnoha kritérií.

Stárnutí (gerontogeneze, involuce) je přirozený a biologicky zákonitý proces, během kterého se snižují adaptační schopnosti a ubývají funkční rezervy organismu. Probíhá již od početí, ale za skutečné projevy stárnutí jsou považovány až pokles funkcí, jež nastává po dosažení sexuální dospělosti.³ Stárnutí je proces disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní. V jednotlivých orgánech při něm probíhají degenerativní, morfologické a funkční změny.⁴

¹ PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatry – geriatrická diagnostika*. 1. vydání. Praha: SCIENTIE MEDICA, spol. s r.o., 1994. 152 stran. ISBN 80-85526-32-8. S. 22.

² MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 328 stran. ISBN 978-80-247-3148-3. S. 13-14.

³ KALVACH, Zdeněk; ZADÁK, Zdeněk; JIRÁK, Roman et al. *Geriatry a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 864 stran. ISBN 80-247-0548-6. S. 47.

⁴ PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1990. 135 stran. ISBN 80-201-0076-8. S. 33.

Alan⁵ popisuje stárnutí neboli senescenci jako proces, který se projevuje chátráním tělesné schránky a snižováním efektivity a účinnosti fungování organismu, hromaděním různých defektů v organismu a jeho klesající schopností tyto defekty opravovat a nahrazovat vadné či odumřelé buňky novými. Tělo ztrácí sílu, imunitní systém začíná dělat chyby, smysly se otupují. Dochází k vyšší náchylnosti k různým nemocem a může skončit smrtí, pokud daný jedinec nezemře z jiných důvodů již dříve.

Stáří je výsledkem procesu stárnutí. Stáří označuje poslední etapy ontogenetického vývoje člověka. A nejčastěji je vymezováno chronologicky, jak je také ukázáno i v Tabulce 1.

Jak již bylo řečeno výše, základní charakteristikou člověka je věk. Tabulka 1 ukazuje rozdělení kategorií dospělosti a stáří podle světové zdravotnické organizace (WHO), kde jednotlivé věkové kategorie dospělosti jsou odstupňovány v patnáctiletých cyklech.

Tabulka 1 - Kategorizace dospělosti a stáří

Věková kategorie	Popis
18 - 29 let	Období plné dospělosti
30 - 44 let	Období mladého věku
45 - 59 let	Střední věk (nebo též zralý věk)
60 - 74 let	Senescence (počínající, časné stáří, young old)
75 - 89 let	Kmetství (neboli senium, vlastní stáří, very old, old - old)
90 let a více	Patriarchum (dlouhověkost)

Zdroj: Malíková, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 2011. S. 14. Vlastní provedení.

Podle definice Světové zdravotnické organizace je „*stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sestává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími.*“⁶

⁵ ALAN, Josef. *Etapy života očima sociologie*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1989. 439 stran. ISBN 80-7038-044-6. S. 10.

⁶ KALVACH, Zdeněk; ZADÁK, Zdeněk; JIRÁK, Roman et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 864 stran. ISBN 80-247-0548-6. S. 52.

Haškovcová⁷ zdůrazňuje, že každý člověk stárne již od narození, avšak každý stárne jiným tempem. V důsledku tohoto jevu známe „staré mladíky“ a „mladé staříky“. Nicméně se přiklání k tvrzení, že rané stáří reprezentují „mladí senioři“ a teprve od 75 let věku lze hovořit o skutečném stáří.

Stáří neboli senium jako období lidského života není přesně definováno ani lékařsky, ani právně a podléhá mnohdy subjektivnímu pocitu, vycházejícímu z věku, zkušenosti a zdravotního stavu. Kalendářní vymezení stáří však neukáže, jaký je zdravotní stav či jakým stupněm soběstačnosti senior disponuje.

1.1.1 Stáří a potřeba pomoci

Zvláštní pozornost je třeba věnovat těm seniorům, kteří jsou znevýhodněni v důsledku chronické nemoci vedoucí k omezení soběstačnosti. Jak všichni víme, tito senioři potřebují, jak zdravotní, tak sociální a služby v uceleném spektru a kontinuitě tak, aby mohli nadále žít co nejkvalitnější život. O spektru služeb směřujících k zachování kvality života lidí s omezenou soběstačností hovoříme jako o dlouhodobé péči. Dlouhodobá péče musí integrovat jak sociální, tak zdravotnické a další služby. Důležitým aspektem v poskytování dlouhodobé péče je právě kvalita.⁸

Zdravotně postižený člověk je závislý na pomoci cizí osoby. Ulehčit ve finanční náročnosti péče o osobu blízkou pomáhá rodinám příspěvek na péči. Příspěvek na péči je určen osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle zákona o sociálních službách. Z poskytnutého příspěvku pak tyto osoby hradí pomoc, kterou jim může dle jejich rozhodnutí poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, dětský domov nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu.⁹

Jak uvádí Předpis č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách v § 8 odstavci 2 pod písmenem a) až d) jsou pro osoby závislé ve věku nad 18 let rozlišovány 4 stupně

⁷ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2., podstatně přepracované a doplněné vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 369 s. ISBN 978-80-87109-19-9. S. 20.

⁸ MÁTL, Ondřej a Milena JABŮRKOVÁ. *Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR* [online]. 1. vydání. Praha: Galén, 2007. 176 s. [cit. 2015-03-02]. ISBN 978-807-2624-997. Dostupné z: https://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/socialni_oblast/kvalita-pece-o-seniory.pdf. S. 7.

⁹ MPSV. *Příspěvek na péči*. [online]. Aktualizováno: 01. 02. 2015. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

závislosti a podle zařazení jsou odstupňovány i výše příspěvku na péči za 1 kalendářní měsíc. Při posuzování stupně závislosti se dle zákona hodnotí 10 hledisek:

- 1) **mobilita** (zvládání 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).¹⁰

Přehled o výši příspěvku v návaznosti na stupni závislosti předkládá Tabulka 2.

Tabulka 2 – Výše příspěvku dle stupně závislosti osob starších 18 let

Stupeň	Popis závislosti	Měsíční výše příspěvku
Stupeň I.	Lehká závislost	800 Kč
Stupeň II.	Střední závislost	4 000 Kč
Stupeň III.	Těžká závislost	8 000 Kč
Stupeň IV.	Úplná závislost	12 000 Kč

Zdroj: MPSV. Výše příspěvku na péči. 2015. Vlastní provedení.

Pacovský¹¹ ve své monografii vychází při charakterizování samostatnosti starého člověka, případně stupňů jeho závislosti z definic WHO. Za samostatného je považován člověk, který nemá podstatné omezení tělesných a duševních funkcí a samostatně (bez pomoci, bez asistence) jiných zvládá všechny potřebné aktivity denního života

¹⁰ MPSV. *Sociální služby*. [online]. Aktualizováno: 08. 01. 2015. [Cit. 03. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/18661>

¹¹ PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatric. Geriatrická diagnostika*. 1. vydání. Praha: Scienta Medica, 1994. 150 stran. ISBN 80-85526-32-8. S. 59.

v prostředí, v němž žije. Definice WHO charakterizují pouze tři stupně závislosti, kdežto zákon o sociálních službách, jak již bylo řečeno výše, vymezuje celkem čtyři stupně závislosti na péči jiného člověka. Podle zákona o sociálních službách osoba starší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby v:

- stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby. Pacovský¹² tuto závislost charakterizuje jako občasná potřeba dohledu a výpomoci druhé osoby a nutnost občasné lékařské a ošetrovatelské péče. Starý člověk vyžaduje především podporu v motivaci ke každodenním činnostem a kontrolu jejich samostatného provádění.
- stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby. Podle Pacovského¹³ je u těchto osob nutný pravidelný dohled a soustavná pomoc při provádění některých (ne všech) všedních činností, tj. pomoc při zajištění základních potřeb jinou osobou.
- stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby. Definice WHO spojuje těžkou a úplnou závislost.
- stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby. K tomuto stupni závislosti Pacovský¹⁴ dodává, že nemocný nutně potřebuje pravidelný dohled a péči, a to jak laickou, tak i odbornou (tj. lékařskou, ošetrovatelskou a sociální). Funkční handicap je tak velký, že jej nelze kompenzovat běžnou pomocí. Všechny základní potřeby nebo jejich podstatná část musí být zajišťovány někým jiným. Tito občané vyžadují zpravidla trvalou ústavní péči ve vhodných (diferencovaných) zařízeních.

¹² PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatric. Geriatrická diagnostika*. 1. vydání. Praha: Scienta Medica, 1994. 150 stran. ISBN 80-85526-32-8. S. 59.

¹³ Tamtéž.

¹⁴ Tamtéž.

Osoby, které pomáhají a starají se o potřebného seniora, jsou nejčastěji nazývány pečovateli/pečovatelka. Zpravidla pracují buď jako pečovatel v domácnosti (rodinný příslušník) nebo jako pečovatel v určité instituci (ústavy, sanatoria apod.). Úkolem pečovatele v domácnosti je pomáhat starým nebo nepohyblivým lidem ve zvládnutí jejich domácích prací, jako je úklid, příprava jídel, praní, žehlení, výměna ložního prádla atd., nebo také pomoc s prováděním jejich osobní hygieny, převlékáním apod. Mezi další činnosti patří podávání předepsaných léků, obstarávání nákupů nebo jiných pochůzek, např. na poštu, do čistírny, do lékárny apod.). Pečovatelé a pečovatelky v ústavech, různých sanatoriích nebo domovech pro seniory zabezpečují základní životní potřeby starých, nemocných nebo nepohyblivých lidí. Těmito potřebami je myšlen úklid, výměna prádla, pomoc s osobní hygienou, ohřívání a dolévání čaje, případně krmení, převlékání, podávání předepsaných léků a mnoho dalších činností.

Ve své knize Geriatrie z roku 1994 uvádí Pacovský velmi zajímavé odhady vycházející z různých pramenů ohledně procentuálních počtů závislých osob v závislosti na jejich věku. Pro potřeby této práce byly tyto údaje přepsány do přehledné Tabulky 3.

Tabulka 3 – Odhad samostatných osob v závislosti na jejich věku

Věk osob	Procento samostatných
50 až 59 let	60%
60 až 69 let	40%
70 až 79 let	20%
80 až 89 let	5%

Zdroj: PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrie. Geriatrická diagnostika*. 1. vydání. Praha: Scientia Medica, 1994. 150 stran. ISBN 80-85526-32-8. S. 59. Vlastní provedení

Ve stáří dochází rovněž ke změnám z hlediska polymorfních změn, častějšího výskytu onemocnění a zvýšení náročnosti na zdravotní péči.

S určením stáří souvisí i další důležitý pojem, a to demografický vývoj. Z pohledu času je demografický vývoj dlouhodobým procesem, neboť jak početní stav, tak věkové a pohlavní složení každé lidské populace je odrazem desetiletí a někdy i staletí trvajících vývoje, obrazem dlouhodobého vývoje vnějších i vnitřních podmínek demografické reprodukce a prostorového pohybu lidí. Jedná se nejen o složky

populačního vývoje, jako je porodnost, úmrtnost a migraci, které početní stav a pohlavně věkovou strukturu obyvatel bezprostředně formují, ale rovněž i o vývoj širších podmínek tohoto vývoje, které ovlivňují intenzitu a u migrace také směr působení každého z uvedených dílčích procesů.¹⁵

V rámci zjišťování a popisu demografického vývoje je důležitým ukazatelem index stáří. Indexem stáří se rozumí poměr počtu starých osob a dětí v obyvatelstvu. Za děti jsou považovány osoby ve věku 0 až 14 let a za "stáří" je pro obě pohlaví považován věk 65 let. Vzorec pro výpočet indexu stáří uvádí Rovnice 1 a vypadá následovně:

Rovnice 1 – Index stáří

$$\text{Index stáří} = \frac{\text{počet obyvatel ve věku 65 a více let}}{\text{počet obyvatel ve věku 0 – 14 let}} \times 100$$

Zdroj: Index stáří v roce 2005, ČSÚ

Zvyšování indexu stáří znamená demografické stárnutí, což je zvyšování podílu osob starších 65 let proti poklesu počtu osob ve věkové kategorii 0 – 14 let. To znamená, že starší věkové kategorie početně rostou relativně rychleji, než populace jako celek. Co to znamená přímo pro Opavsko se budu zabývat v následující kapitole.

1.2 Demografický vývoj na Opavsku a v ČR

Okres Opava se rozkládá celkem na 1113 km² a své sídlo zde má 77 obcí a z toho 7 měst – Opava, Hlučín, Kravaře, Vítkov, Hradec nad Moravicí, Dolní Benešov a Budišov nad Budišovkou. V posledních deseti letech počet obyvatelstva v okrese poměrně kolísal. Od roku 2010 však dochází k trvalému poklesu. Naproti tomu počty obyvatelstva v České republice neustále stoupají. Od roku 2005 z 10 251 tisíc obyvatel na 10 512 tisíc obyvatel na konci roku 2014. Na Opavsku, stejně jako v celé ČR mají větší zastoupení ženy než muži. Tento fakt je důsledkem toho, že ženy se v průměru

¹⁵ BURCIN, Boris; KUČERA, Tomáš. *Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2008-2070. Textová část.* [online]. Publikováno: duben 2010. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/8842/Prognoza_2010.pdf. S. 4.

dožívají vyššího věku než muži. Vývoj počtu obyvatelstva na Opavsku je přehledně zobrazen v Tabulce 4.

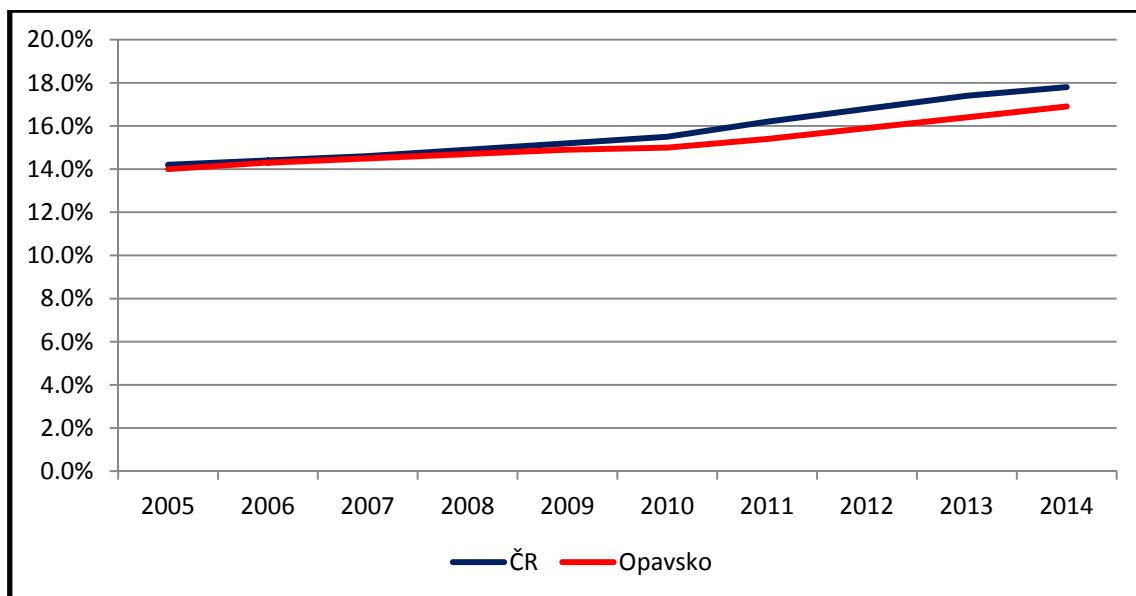
Tabulka 4 - Vývoj počtu obyvatelstva v okrese Opava 2005 - 2014

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Počet obyvatel	176 653	176 624	176 820	177 213	177 133	177 236	177 173	177 079	177 010	176 807
- z toho muži	86 310	86 332	86 449	86 767	86 699	86 734	86 790	86 764	86 760	86 564
- z toho ženy	90 343	90 292	90 371	90 446	90 434	90 502	90 383	90 315	90 250	90 243

Zdroj: ČSÚ. http://www.czso.cz/csu/xt/okres_opava. Vlastní provedení.

Přes obecný vývoj počtu obyvatelstva dochází na Opavsku stejně jako v celé republice k procentuálnímu růstu počtu seniorů starších 65 let, přičemž v okrese Opava je tento nárůst nižší a také pozvolnější než stejný údaj v rámci ČR. Porovnání tohoto vývoje nabízí Graf 1, odpovídající Tabulka 22 je v Příloze 4.

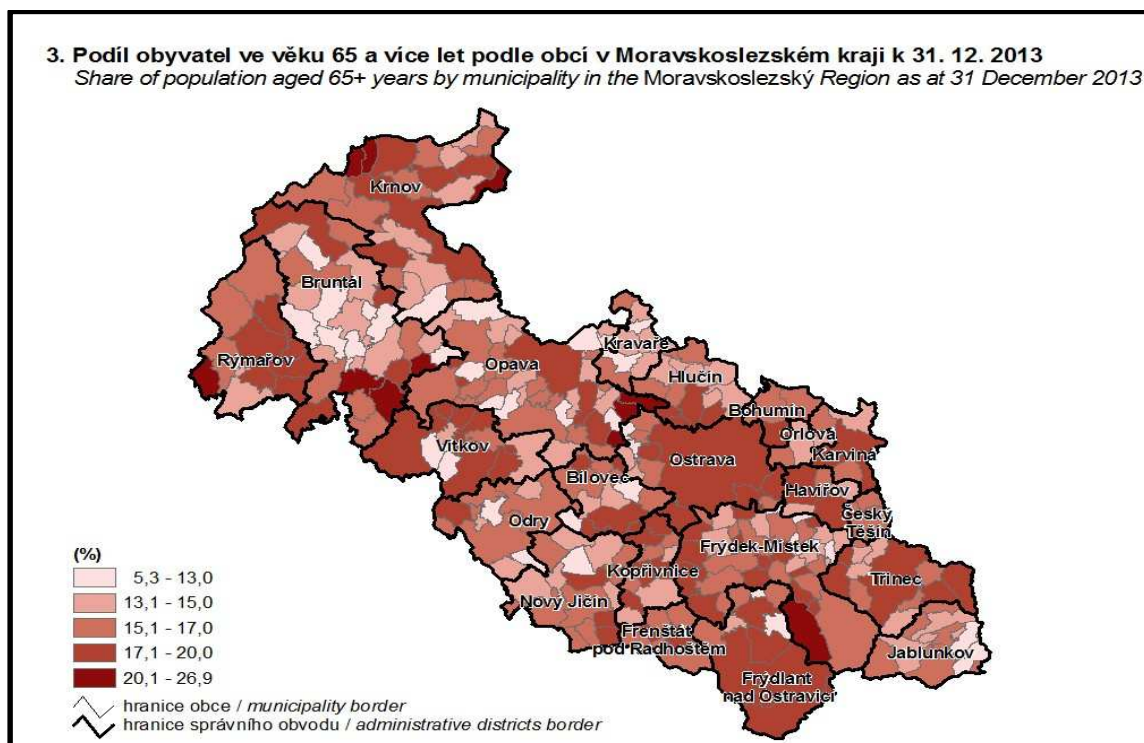
Graf 1 - Procentuální zastoupení obyvatel starších 65 let



Zdroj: ČSÚ. http://www.czso.cz/csu/xt/okres_opava. <http://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-od-roku-1989-v-cislech>. Vlastní provedení.

Mapka na Obrázku 1 zobrazuje podíl obyvatel ve věku nad 65 let podle jednotlivých obcí v Moravskoslezském kraji. Uvedená data jsou aktuální k 31. 12. 2013.

Obrázek 1 – Podíl obyvatel starších 65 let v Moravskoslezském kraji k 31. 12. 2013



Zdroj: ČZSO.

[http://www.czso.cz/xt/redakce.nsf/i/podil_obyvatel_ve_veku_65_a_vice_let_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_let_podle_obci_v_moravskoslezskem_kraji_k_31_12_2013/$File/33010014m03.jpg). [online].

Potvrzením stoupajícího počtu obyvatel starších 65 let je i zvyšování průměrného věku, a to jak v okrese Opava, tak v celé České republice. Jak ukazuje Tabulka 5, přestože je průměrný věk obyvatel Opavska nižší než v ČR, stárne obyvatelstvo Opavska rychleji, než je celorepublikový průměr.

Tabulka 5 - Vývoj průměrného věku obyvatel v ČR a na Opavsku

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ČR	40,0	40,2	40,3	40,5	40,6	40,8	41,1	41,3	41,5	41,7
Opavsko	39,4	39,6	39,9	40,1	40,3	40,5	40,7	41,0	41,2	41,5

Zdroj: ČSÚ. http://www.czso.cz/csu/xt/okres_opava. <http://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-od-roku-1989-v-cislech>. Vlastní provedení

V současnosti žije v okrese Opava celkem 29 880 seniorů starších 65 let, což je o 5 149 více než v roce 2005. Přepočteno na procenta, došlo k nárůstu počtu seniorů o téměř 21 % oproti roku 2005.

Na demografickém vývoji jednotlivých krajů a okresů závisí i nabídka a celkové plánování v oblasti sociálních služeb. Každý kraj má vypracovaný plán rozvoje sociálních služeb, a to většinou ve střednědobém horizontu.

1.3 Sociální služby

Péče o seniory spadá do sféry působnosti sociálních služeb. Tato podkapitola již zcela souvisí se zkoumanou problematikou a podrobně se rozepisuje o působení sociálních služeb v oblasti péče o seniory.

1.3.1 Zákonné ukotvení sociálních služeb

Hlavní zákonnou normou v sociální oblasti je Předpis č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen "osoba") prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. Dále tento zákon upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, pokud vykonává činnost v sociálních službách nebo podle zvláštních právních předpisů při pomoci v hmotné nouzi, v sociálně-právní ochraně dětí, ve školách a školských zařízeních, u poskytovatelů zdravotních služeb, ve věznicích, v zařízeních pro zajištění cizinců a v azylových zařízeních.¹⁶

Mezi základní zásady patří nárok každé osoby na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství (§ 37 odst. 2) o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení. Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu

¹⁶ ČR. Předpis č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. [online]. Ze dne: 14. 03. 2006. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108. § 1.

osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.¹⁷

Další normou upravující působení v sociální oblasti je vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.¹⁸

K 1. 1. 2015 došlo k novelizaci Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, která se týkala vymezení pojmu „*střednědobý plán rozvoje sociálních služeb*“, dále vrácení přeplatků, zrušení registrace poskytovateli sociálních služeb, provádění inspekci. Zcela zrušen byl Zákonem č. 254/2014 Sb. § 101 Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, týkající se poskytování dotací ze státního rozpočtu.¹⁹

V dalším dokumentu v oblasti sociálních služeb, tzv. „Bílé knize“ je uvedeno sedm principů, které tvoří základ sociálních služeb. Jsou to *nezávislost a autonomie pro uživatele služeb, začlenění a integrace, respektování potřeb partnerství, kvalita, rovnost bez diskriminace*.²⁰

Právní předpis Standardů kvality sociálních služeb, které MPSV doporučovalo od roku 2002, se stal závazným právním předpisem od 01. 01. 2007. Znění kritérií Standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

Při vymezení důležitých pojmů zpracovávaného tématu oblasti sociálních služeb, vychází práce z formulací Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.²¹ „*Sociální služba je činnost nebo soubor činností zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.*“

¹⁷ ČR. Předpis č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. [online]. Ze dne: 14. 03. 2006. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108. § 2.

¹⁸ ČR. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. [online]. Ze dne: 15. 11. 2006. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.uplnezneni.cz/vyhlaska/505-2006-sb-kterou-se-provadeji-nektera-ustanoveni-zakona-o-socialnich-sluzbach/>

¹⁹ ČR. Změny zákonů. [online]. Ze dne: 01. 01. 2015. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: [Http://www.zmenyzakonu.cz/zakon.aspx?k=108/2006+Sb.&d1=24062014&d2=01012015&cmd=compar_eshort](http://www.zmenyzakonu.cz/zakon.aspx?k=108/2006+Sb.&d1=24062014&d2=01012015&cmd=compar_eshort)

²⁰ MPSV. *Bílá kniha*. [online]. Publikováno: únor 2003. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf

²¹ ČR. Předpis č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. [online]. Ze dne: 14. 03. 2006. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108. § 3.

Zákon o sociálních službách rovněž přibližuje některé další pojmy jako je nepříznivá sociální situace, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav či přirozené sociální prostředí.

Nepříznivou sociální situací se rozumí oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, dále krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo jiné závažné důvody. Cílem je řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je takový zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnání základních životních potřeb.

Přirozeným sociálním prostředím se rozumí rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity.

V oblasti sociálních služeb je používán často pojem zdravotní postižení, což znamená tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.

Souhrn sociálních služeb, které v dostatečné kapacitě, náležitě kvalitě a s odpovídající místní dostupností napomáhají řešit nepříznivou sociální situaci osob na území kraje, a které jsou v souladu se zjištěnými potřebami osob na území kraje a dostupnými finančními a jinými zdroji, síť sociálních služeb je součástí střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje nazýváme sítí sociálních služeb.²²

„Současný systém zdravotní péče o seniory má značné nedostatky. Neujasněná koncepce, problematické financování, které navíc ani nemotivuje praktické lékaře k návštěvní službě v domově seniorů, čímž by se dala oddálit, zkrátit nebo dokonce

²² ČR. Předpis č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. [online]. Ze dne: 14. 03. 2006. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108. § 3.

*vyločit hospitalizace, je alarmující, zejména s ohledem na stárnutí populace a očekávanou stoupající potřebu nejrůznějších typů péče.*²³

Po roce 1989 došlo k velkým změnám v poskytování sociálních služeb. Sociální služby již neposkytuje pouze stát, ale především kraje a obce a dále také nestátní neziskové organizace, církve, fyzické i právnické osoby. V současnosti více než 85 % ústavů sociální péče zřizují kraje a obce. Nestátní organizace se zaměřují spíše na terénní a ambulantní služby.

Senioři se stali klienty domovů pro seniory, na které byly přejmenovány domovy důchodců. Dlouhodobě se klienty domovů pro seniory však stává pouze 3 – 4 % seniorské populace starší 70 let. Z tohoto údaje tak vyplývá, že drtivá většina seniorů zůstává v domácím prostředí. Domácí péče nebo také home care se stává v rámci sociálních služeb stále oblíbenější. Koncepce MPSV transformovala sociální služby k rozvoji terénních sociálních služeb a také podporuje rezidenční služby pro seniory.

Na základě Zákona č. 108//2006 Sb., o sociálních službách byl rovněž zřízen Registr poskytovatelů sociálních služeb, jehož smyslem je chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování, a to z různých důvodů jako je věk, zdravotní postižení, nedostatečně podnětné sociální prostředí a další. Tento registr je dostupný na <http://iregistr.mpsv.cz> a jeho cílem je poskytnout přehled o síti sociálních služeb v ČR. Registrace v něm je zároveň podmínkou pro poskytování sociálních služeb a jedním z předpokladů pro čerpání prostředků z veřejných rozpočtů. Vymezuje také práva a povinnosti jednotlivců i krajských poboček úřadů práce, obcí, krajů, státu a poskytovatelů sociálních služeb, i podmínky pro výkon sociální práce.²⁴

1.3.2 Poskytovatelé sociálních služeb

Poskytovateli sociálních služeb jsou při splnění podmínek stanovených zákonem o sociálních službách územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby a ministerstvo a jím zřízené organizační složky státu nebo státní příspěvkové organizace, které jsou právnickými osobami.

²³ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2., podstatně přepracované a doplněné vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 369 s. ISBN 978-80-87109-19-9. Str. 230.

²⁴ MPSV. *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. [online]. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte_fw.do?SUBSESSION_ID=1447597902079_1

Jak vyplývá ze zákona o sociálních službách, jsou obce a kraje zřizovateli zařízení poskytujících sociální služby, kde vytvářejí podmínky pro rozvoj těchto služeb a zajišťují skutečné potřeby obyvatelstva v této oblasti a zároveň i zdroje k jejich uspokojení. Nestátní neziskové organizace a fyzické osoby jsou poskytovateli sociálních služeb. Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) je zřizovatelem ústavů sociální péče, dále plánuje síť sociálních služeb v krajích a obcích, a to na základě skutečných potřeb občanů. Dále zvyšuje odbornost a kvalitu poskytovaných služeb a dbá na ochranu práv uživatelů těchto služeb. Rovněž podporuje neziskový sektor – občanské a svépomocné aktivity, na jejichž realizaci vyhlašuje každoročně různá dotační řízení.²⁵

1.3.3 Základní druhy a formy sociálních služeb

Sociální služby zahrnují dle § 32 sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Formy poskytování sociálních služeb definuje § 33. Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.²⁶

Podle formy a typu jsou sociální služby poskytovány v zařízeních sociálních služeb nebo přímo v domácnostech uživatele, jak je uvedeno v následující podkapitole.

1.3.4 Zařízení sociálních služeb

Pro poskytování sociálních služeb pro seniory se zřizují různá zařízení sociálních služeb. Tato zařízení mohou fungovat pod hlavičkou center sociálních služeb. Centra sociálních služeb poskytují prioritně terénní, ambulantní i pobytové služby široké škále osob v tíživé životní nebo sociální situaci. Rozsah služeb realizovaných CSS zahrnuje služby především z oblasti sociální, ale jeho nedílnou

²⁵ ČR. Předpis č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. [online]. Ze dne: 14. 03. 2006. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108. § 5 a 6.

²⁶ ČR. Předpis č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. [online]. Ze dne: 14. 03. 2006. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108

součástí jsou také některé ze služeb zdravotnických, informačních aj. Zároveň CSS zaměřují svou činnost i na sféru odborného vzdělávání a metodickou a koncepční aktivitu v oblasti sociálních služeb. Do sféry působnosti těchto center v oblasti péče o seniory spadají i denní nebo týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, pracoviště rané péče a zařízení následné péče.²⁷

Mezi základní činnosti při poskytování sociálních služeb seniorům patří:

- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- poskytnutí ubytování, příp. přenocování, pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- základní sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- telefonická krizová pomoc.²⁸

Fakultativně mohou být při poskytování sociálních služeb zajišťovány další činnosti, které si klient platí sám.

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.²⁹

Následují podrobnější popisy sociálních služeb poskytovaných seniorům.

²⁷ ČR. Předpis č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. [online]. Ze dne: 14. 03. 2006. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108. § 34.

²⁸ ČR. Předpis č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. [online]. Ze dne: 14. 03. 2006. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108. § 35.

²⁹ ČR. Předpis č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. [online]. Ze dne: 14. 03. 2006. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108. § 38.

1.3.5 Osobní asistence

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje. Jedná se o placenou službu. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.³⁰

1.3.6 Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony. V rámci zajištění této služby je poskytována pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Dále to je poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.³¹

Pokud je tato služba poskytována ve specializovaných zařízeních, jedná se o domy s pečovatelskou službou. Výhodou je, že do některých těchto domů si klienti mohou vzít vlastní nábytek a mohou byty užívat samostatně nebo s manželem či manželkou. V pečovatelských domech si klienti v základu platí nájem, energie a telekomunikační služby. Připlatit si mohou i další nabízené služby, jako je pomoc s úklidem, nákup aj.

1.3.7 Tísňová péče

³⁰ ČR. Předpis č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. [online]. Ze dne: 14. 03. 2006. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108. § 39.

³¹ ČR. Předpis č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. [online]. Ze dne: 14. 03. 2006. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108. § 40.

Tísňová péče je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností. Součástí těchto služeb je poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.³²

1.3.8 Podpora samostatného bydlení

Podpora samostatného bydlení je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Mezi základní činnosti této služby patří pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.³³

1.3.9 Centra denních služeb

V centrech denních služeb se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Mezi takto poskytované služby patří pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.³⁴

³² ČR. Předpis č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. [online]. Ze dne: 14. 03. 2006. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108.. § 41.

³³ ČR. Předpis č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. [online]. Ze dne: 14. 03. 2006. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108.. § 43.

³⁴ ČR. Předpis č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. [online]. Ze dne: 14. 03. 2006. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108. § 45.

1.3.10 Denní stacionáře

V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Tuto službu využívají především ti, kteří o takovou osobu pečují, ale přitom chodí do zaměstnání. Tyto služby nabízejí především pečovatelské domy nebo charity. Pracovníci denních stacionářů zajišťují klientům pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.³⁵

1.3.11 Týdenní stacionáře

V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Cílem týdenních stacionářů je pomáhat uživatelům zachovat jejich přirozené vztahy, zvyky, zájmy a kontakt s rodinou a zároveň vytvořit prostor pro odpočinek a regeneraci sil pečující rodině, aby nedošlo k její sociální izolaci. Dále jsou určeny těm klientům, které každodenní dojíždění vyčerpává, nebo nemohou využívat službu denního stacionáře. Mezi poskytované služby patří poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.³⁶

³⁵ ČR. Předpis č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. [online]. Ze dne: 14. 03. 2006. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108. § 46.

³⁶ ČR. Předpis č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. [online]. Ze dne: 14. 03. 2006. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108. § 47.

1.3.12 Domovy pro seniory

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Rodina umísťuje seniora do domova pro seniory v situaci, kdy se už není schopen se o sebe postarat sám v domácím prostředí a rodina nemá možnost o něj nepřetržitě pečovat. Tato změna není pro některé staré lidi jednoduchá, protože pokud doposud žili sami, musí většinou sdílet jednu místnost s cizím spolubydlícím a původní vybavení bytu nelze většinou vzít s sebou. Na druhou stranu domovy zajišťují svým klientům celodenní péči, kdy do domova dochází i lékař nebo kadeřník. Problémem je čekací doba na umístění do těchto zařízení, která se velmi často pohybuje okolo 2 let. Pobyt v domově pro seniory je placený a skládá se z platby za ubytování a poplatku za stravování. Poskytování dalších doplňkových služeb bývá i dále zpoplatněno. Podle zákona o sociálních službách musí uživatelé po úhradě za ubytování a stravu zůstat alespoň 15 % příjmu. Základními činnostmi poskytovanými v domovech pro seniory je poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.³⁷

Další službou, která je poskytována v rámci sociálních služeb je respitní péče. Podrobnosti o ní jsou zpracovány v kapitole 1.3.

1.4 Respitní péče

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.

³⁷ ČR. Předpis č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. [online]. Ze dne: 14. 03. 2006. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108. § 49.

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.³⁸

Pojem respitní péče lze definovat jako krátkodobou úlevovou péči pro rodinné příslušníky a opatrovníky, kteří trvale pečují o vážně duševně nebo tělesně postiženou osobu, kterou může být dítě, dospělý nebo senior. Respitní péče může být na přechodnou dobu poskytována opakovaně.

Důležitým pojmem v objasnění pojmu respitní (odlehčovací) péče je osoba pečující. Osobou pečující se může stát kdykoliv kdokoliv z nás. Osoba pečující je ta, která se nějakým způsobem podílí na péči o člověka závislého na pomoci druhých. Jedna osoba závislá na péči může mít i více pečujících osob. Pečující osoba může být buď osoba blízká (rodinný příslušník) nebo asistent sociální péče. Podle zákona o sociálních službách platí, že asistentem sociální péče může být pouze fyzická osoba, která je starší 18 let věku a je zdravotně způsobilá a jedná se o jinou než blízkou osobu (např. soused), která není registrovaným poskytovatelem sociálních služeb. Asistent sociální péče je povinen s osobou, které poskytuje pomoc, uzavřít formální písemnou smlouvu o poskytnutí pomoci.

Cílem respitní péče je podle § 44 zákona o sociálních službách poskytnout pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. 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. Je to „péče o pečující“. Respitní péče zahrnuje odlehčovací služby, pečovatelské služby, denní stacionáře a další.

Odlehčovací služby jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti; cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování,

³⁸ MISCONIOVÁ, Blanka. *Koncepce domácí péče*. [online]. Národní centrum domácí péče ČR. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/>

zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.³⁹

Respitní péče patří mezi formu odlehčovací služby. Dělíme ji na *terénní*, *ambulantní* nebo *pobytovou* službu poskytovanou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí.

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.).

Mnoho pracovníků v oblasti respitní péče odrazuje nízká mzda a vysoká náročnost této práce, což má za následek vyšší fluktuaci. K udržení a získávání nových pracovníků respitní péče může vést vzdělávání, podpora a supervize, a tím se zvýší i status profese pracovníků respitní péče.⁴⁰

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 a další.

Důležité je také zajištění informovanosti o poskytování služeb respitní péče, aby se možnost využití této služby dostala ve větší míře do povědomí občanů. Důvodem k využití respitní péče může být nenadálá životní událost pečujícího (např. nemoc, plánovaná operace, 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.⁴¹

³⁹ MPSV. *Sociální služby*. [online]. Aktualizováno: 08. 01. 2015. [Cit. 29. 01. 2015]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/18661>

⁴⁰ WIJA, Petr. *Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD*. [online]. ÚZIS. Publikováno: 2012. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/poskytovani-financovani-dlouhodob-pece-zemich-oecd-pracovnici-dlouhodob-pece>

⁴¹ Tamtéž.

Odlehčovací služba (respitní péče) 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) a aktivizační činnosti (návčik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností).⁴²

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).

Respitní péče je v ČR poměrně nový pojem. Ve světě však má již svou tradici, a proto se následující podkapitola stručně věnuje historii respitní péče.

1.4.1 Historie respitní péče

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 kláštorech, až později byla zřizována různá zařízení pečující o tyto osoby.⁴³

⁴² ČR. Předpis č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. [online]. Ze dne: 14. 03. 2006. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108. § 44.

⁴³ NOVOSAD, Libor. Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 159 stran. ISBN 80-717-8197-5.

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 Česká republika 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.⁴⁴

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

K velkému zlomu a rozvoji v poskytování sociálních služeb došlo v roce 1989, kdy probíhá postupně reformace sociální oblasti, jsou zřizovány státní i nestátní neziskové organizace a další zařízení, je přijímána řada legislativních opatření.⁴⁵

Vzhledem k tomu, že každá pečující rodina má specifické potřeby, bylo nutné zajistit koordinaci mezi pečujícími osobami a příjemci této péče, a také mezi formální a neformální formou péče. Před tzv. „sametovou revolucí“ v roce 1989 byla sociální politika a zdravotní péče ovlivněna socialistickou ideologií. Staří lidé byli zavíráni do starých zámků a klášterů, byli izolováni od okolního světa. Péče o staré lidi byla nekvalitní.⁴⁶

Po roce 1989 docházelo k rychlému rozvoji sociálních služeb. Na legislativní úrovni však nebyly sociální služby dostatečně koordinovány. Vznikaly nové typy služeb i nové metody práce. Mezi hlavní iniciátory změn patřili sami poskytovatelé sociálních služeb.⁴⁷

Odlehčovací služba se vyvíjela a postupně vznikaly dle potřeby modely respitní péče, kterým je věnována následující podkapitola.

1.4.2 Modely respitní péče

⁴⁴ MISCONIOVÁ, Blanka. Koncepce domácí péče. [online]. Národní centrum domácí péče ČR. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/>

⁴⁵ MATOUŠEK, Oldřich. Základy sociální práce. 3. vydání. Praha: Portál, 2012. 309 stran. ISBN 978-80-262-0211-0.

⁴⁶ MATOUŠEK, Oldřich. Základy sociální práce. 3. vydání. Praha: Portál, 2012. 309 stran. ISBN 978-80-262-0211-0.

⁴⁷ MÁTL, Ondřej; JABŮRKOVÁ, Milena. *Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR* [online]. 1. vydání. Praha: Galén, 2007. 176 s. [cit. 2015-03-02]. ISBN 978-807-2624-997. Dostupné z: https://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/socialni_oblast/kvalita-pece-o-seniory.pdf. S. 12.

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

Typ poskytované služby a výběr zařízení se odvíjejí od stupně postižení a věku zdravotně postižené, nemocné osoby. Novosad⁴⁸ pojmenoval čtyři modely respitní péče:

- **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.⁴⁹

- **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)

⁴⁸ NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 159 stran. ISBN 80-717-8197-5. S 48-49.

⁴⁹ MISCONIOVÁ, Blanka. *Koncepce domácí péče*. [online]. Národní centrum domácí péče ČR. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/>

- **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 (LDN).

Vzhledem k nedostatku pobytových míst jsou uživatelé často umisťováni právě do těchto léčeben.⁵⁰

Jeřábek a kol. uvádí, že při péči o postiženého nastávají u pečujících zdravotní problémy, a to zejména u starších pečujících žen - neúměrná fyzická zátěž, dlouhodobý stres, nedostatek spánku, úzkost. Dále hrozí rovněž osamělost v podobě ztráty kontaktů s blízkými, s přáteli, s blízkým okolím. Jedním z problémů je i nedostatečná pomoc a podpora státu ve smyslu nedostatečných kapacit pobytových míst a nedostatečné dostupnosti sociálních služeb v některých regionech ČR. Na druhé straně přicházejí i traumata a stres při umístění postiženého do ústavní péče, kdy pečující má pocit viny a osobního selhání.⁵¹

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.⁵²

⁵⁰ NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 159 stran. ISBN 80-717-8197-5. S 49.

⁵¹ JEŘÁBEK, HYNEK a kol. „Péče o staré lidi v rodině (výchozí, klasifikace, kritické momenty).“ [online]. Pp. 9-19 in Eva Abramuszkinová Pavlíková (ed.). *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: UK FSV CESES. [cit. 08. 11. 2015]. ISSN 1801-1519. Dostupné z: http://www.ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf. S. 13-15.

⁵² MÁTL, Ondřej; JABŮRKOVÁ, Milena. *Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR* [online]. 1. vydání. Praha: Galén, 2007. 176 s. [cit. 2015-03-02]. ISBN 978-807-2624-997. Dostupné z: https://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/socialni_oblast/kvalita-pece-o-seniory.pdf

Dle Matouška⁵³ má být domácí péči dána vždy přednost před péčí ústavní, pokud je to možné. Rizikem ústavní péče je podle Matouška 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.

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 (úklid, vaření, praní, donáška obědů aj.). Tuto péči nemusí obstarávat pouze pečující osoba, ale mohou se na ní podílet i statní členové domácnosti, přátelé a známí. Z hlediska osobní péče (personal care) se jedná o intimní péči (osobní hygiena, podávání stravy, léků, polohování aj.). 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. 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.⁵⁴

Jak vyplývá z výše uvedeného, 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.

1.4.3 Kdo může respitní péči poskytovat

⁵³ MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2. vydání. Praha: SLON, 1999. 167 stran. ISBN 80- 86429-19-9.

⁵⁴ JEŘÁBEK, HYNEK a kol. „*Péče o staré lidi v rodině (východiska, klasifikace, kritické momenty)*.“ [online]. Pp. 9-19 in Eva Abramuszkinová Pavlíková (ed.). *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: UK FSV CESES. [cit. 08. 11. 2015]. ISSN 1801-1519. Dostupné z: http://www.ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf. S. 7-8.

U každého člověka má 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. Jak již bylo uvedeno v kapitole výše, rodina hrála a stále bude hrát v péči o seniory důležitou roli.

Rodinná politika státu má být zaměřena na sociální podporu a pomoc pečujícím rodinám a pečujícím osobám. Pečovatelské služby mají být integrovány a provázány se zdravotnictvím (primární a domácí zdravotní péče) a dalšími službami, a také s obecní bytovou politikou.⁵⁵ Dalším významným bodem je vzdělanost, zavádění poznatků z gerontologie a geriatry do moderních přístupů a metod v praxi. Vzdělání by mělo být poskytováno nejen sociálním pracovníkům a zdravotnickému personálu, ale také pečujícím osobám.⁵⁶

V posledních letech dochází v sociální politice ke snaze přesunout péči o závislé osoby do jejich domácího prostředí. Vychází tak z přání seniorů zůstat co nejdéle v domácí péči, a proto je nezbytné, věnovat dostatečnou pozornost také péči o pečující rodinné příslušníky. Poskytování této péče závislé osobě však nemá vést k sociální izolaci, ke snižování životní úrovně pečujících rodin a k riziku vzniku chudoby.

Péči o závislou osobu dělíme na formální, tj. státem nebo jinými institucemi kontrolovanou službu. Práce formálních pečovatelů je regulována zákonem a neformální, která 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.⁵⁷

Všichni, kdo pečují o druhého člověka, se mohou nazývat pečovatelé. Pečovat o někoho znamená pomáhat mu žít v rámci možností kvalitní život. Každý může svou péčí přispět k udržení zdraví starého člověka či jeho znovunabytí, nebo jej alespoň

⁵⁵ MPSV. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. [online]. Aktualizováno: 01. 08. 2008. [Cit. 03. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>

⁵⁶ MPSV. *Sociální služby*. [online]. Aktualizováno: 08. 01. 2015. [Cit. 03. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/18661>

⁵⁷ HORECKÝ, Jirí. *Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR*. [online]. Tento článek vznikl v rámci projektu "PRVOUK ISS P 17" a projektu „Specifického vysokoškolského výzkumu ISS SVV 2013 267 501“. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: Http://www.horecky.cz/images/1382503364_128-role-rodinnych-pecovatelu-v-sytemu-socialni-a-zdravotni-pece-v-cr.pdf. S. 14-15.

v poslední etapě života doprovázet. 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 a další.

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, prarodiče nebo další blízké příbuzné. Na tuto tzv. „sandvičovou 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.⁵⁸

Pečující osoby jsou často nuceny rozvázat pracovní poměr, aby se mohly řádně starat o zdravotně postiženého či nemocného. 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.⁵⁹

Doba této osobní péče se prokazuje rozhodnutím 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.“ 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. Za osobu

⁵⁸ JEŘÁBEK, HYNEK a kol. „Péče o staré lidi v rodině (výchozí, klasifikace, kritické momenty).“ [online]. Pp. 9-19 in Eva Abramuszkinová Pavlíková (ed.). *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: UK FSV CESES. [cit. 08. 11. 2015]. ISSN 1801-1519. Dostupné z: http://www.ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf. S. 13.

⁵⁹ MPSV. *Sociální služby*. [online]. Aktualizováno: 08. 01. 2015. [Cit. 03. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/18661>

blízkou je považován rodinný příslušník jako manžel, manželka, sourozenec, příbuzní v řadě přímé.⁶⁰

Podle Matouška⁶¹ vymizela v posledních letech tradiční funkce rodiny, kdy se děti staraly o rodiče, a kdy byla vůči starým lidem chována větší úcta. V současné době podle něj panuje spíše tzv. „ageismus“, tzn. předsudky ke stáří, diskriminace starých lidí, mladší generace vidí v seniorech především ekonomickou zátěž.

Termín „ageismus“ znamená věkovou diskriminaci postihující především staré lidi. Jak uvádí Tošnerová⁶², rozhodující skutečností v postoji k seniorům je množství a kvalita kontaktů mezi juniory a seniory, a to jak v rodině, tak mimo ni. Okolí může pomoci seniorům ke zvýšení sebevědomí, k jejich nezávislosti, k samostatnosti.

1.4.4 Role rodinných pečovatelů v ČR

Pro úplnost je třeba popsat roli rodinných (neformálních) pečovatelů v České republice. Informace jsou čerpány z výsledků šetření, které provedl Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. Kotrusová, Dobiášová a Hošťálková ve svém článku: *Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR*⁶³ shrnují výsledky provedeného šetření na toto téma.

Z jimi provedeného výzkumu spolu s jimi provedené analýzy odborné literatury vyplývá, že role rodinné péče v současném systému dlouhodobé péče je velmi významná. Jedná se především o neformální péči o seniory, kde je rodina vnímána jako zdroj pomoci, který pokryje deficity, a to místně i finančně nedostupné formální péče až z 80 %. Počet pečovatelů z řad rodinných příslušníků byl na počátku 21. století odhadován na 400 – 500 tisíc, přičemž průměrná délka rodinné péče byla spočítána

⁶⁰ ČSSZ. *Náhradní doba pojištění*. [online]. Aktualizováno dne 13. 03. 2013. [Cit. 03. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/duchodove-pojisteni/ucast-na-pojisteni/nahradni-doba-pojisteni.htm>

⁶¹ MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. 271 stran. ISBN 978-80-7376-368-0.

⁶² TOŠNEROVÁ, Tamara. *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vydání. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. 45 s. ISBN 80-238-9506-0.

⁶³ KOTRUSOVÁ, Miriam; DOBIÁŠOVÁ, Karolína; HOŠŤÁLKOVÁ, Jitka. *Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR*. [online]. Odborný recenzovaný časopis – Fórum sociální politiky. Dvuměsíčník, ročník 7, číslo 6/20130. Publikováno: 10. 12. 2013. [cit. 08. 11. 2015]. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i., str. 10-20. ISSN 1803-7488. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP_2013-06.pdf

na 4 – 5 let. Nejčastějšími pečovateli jsou ženy, které se na úkor vlastní profesní kariéry věnují péči o rodinného příslušníka závislého na pomoci druhé osoby. Přestože se politický zájem o postavení neformálních pečovatelů v systému dlouhodobé péče v ČR zvyšuje, podmínky pro rodinnou péči stále nejsou uspokojivé. Status neformálních pečovatelů není dostatečně definovaný a jejich práva a oprávnění nejsou jasně vymezená. Situaci a potřebám neformálních poskytovatelů péče není v ČR věnována adekvátní pozornost.

Z výpovědí dotázaných vyplynulo, že dlouhodobé poskytování péče, a to především té intenzivní, je velmi fyzicky a psychicky náročné. Pro většinu pečujících je však nejvýznamnějším problémem nedostatek času na osobní život. Potřeby opečovávané osoby jsou nadřazeny vlastním potřebám a osobní pohodě. Absence psychické a fyzické regenerace ovlivňuje zhoršení zdravotního stavu pečující osoby. Náročnost péče ovlivňuje i partnerské vztahy pečujících. Velmi často mají pečovatelé pocit nejistoty a úzkosti z toho, co nastane v budoucnu. Některé rodiny mají nedostatek finančních prostředků, který jim neumožňuje plně čerpat potřebné sociální služby (respitní péče), které by jim ulevily v náročné péči. Všichni dotázaní pečovatelé, kteří nějaký typ odlehčovacích služeb využívají, ji oceňují jako významnou pomoc, avšak nabídka těchto služeb je v České republice obecně velmi nízká.

Dotázaní velmi postrádají služby v podobě poradenství, vzdělávání, výcviku, konzultací s psychologem a dalšími experty, půjčování pomůcek a další. Pečující o seniora vyslovovali přání navštívit různé kurzy a školení. Rovněž postrádají větší možnost sdílet s někým problémy a pocity spojené s péčí o málo soběstačného blízkého člověka s dalšími pečujícími o seniora. Velmi jim schází komplexní poradenství o možné finanční pomoci a podpoře formou služeb. Řada dotázaných navrhovala, aby z důvodu nedostatku času, byly některé kurzy poskytovány formou e-learningu.

Rovněž výše příspěvku na péči je respondenty často považována za nedostačující na zaplacení péče, kterou by potřebovali a chtěli poskytnout. Úroveň tohoto příspěvku je vnímána jako neadekvátní i ve srovnání s náklady na institucionální péči o osoby závislé na pomoci jiných. Řada pečujících nevyužívá příspěvek na péči pouze ke krytí sociálních služeb, ale i k úhradě jiných nákladů, jako jsou např. léky, nákup zdravotnických pomůcek, cestovní náklady aj.

Pečující osoby upozornily ve výzkumu také na to, že posuzování zdravotního stavu a míry závislosti ne vždy reflektuje povahu a typ zdravotního postižení u osoby žádající o příspěvek na péči. Za velmi problematickou považují neformální pečovatelé provázanost zdravotnické a sociální péče, a to jak na úrovni pobytových zařízení, tak i na úrovni ambulantní péče a terénních služeb. Velmi často také upozornili na nedostatečnou kapacitu a kvalitu zařízení specializovaných na ošetřování a doléčování pacientů (léčebny dlouhodobě nemocných – LDN). Problémem se mnohdy stává i koordinace zdravotní a sociální péče o osoby se sníženou soběstačností, kterou by měli zastávat praktičtí lékaři. Ty mnohdy nejsou ochotni například dojíždět do pečujících domácností v rámci návštěvních hodin.

Problémem je i respekt formálních pečovatelů k neformálním rodinným pečovatelům, které neberou jako rovnocenné kolegy při péči o nesoběstačného seniora. Dalším problémem je malá informovanost neformálních pečovatelů o současných možnostech zdravotnického a sociálního systému. Většina respondentů získávala potřebné informace z okruhu známých osob. Jednou z příčin může být nedostatečné propojení zdravotnického a sociálního systému.

2 Metodika a cíl práce

Tato kapitola se zaměřuje nejprve na popsání cíle výzkumu a vyslovení hypotéz. Další část pak tvoří popis metod použitých při zpracování teoretické části práce a metod výzkumu.

2.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zmapování hustoty sítě poskytovatelů sociálních služeb pro seniory, a z toho pak především poskytování služeb respitní péče. Rozdělení těchto poskytovatelů podle typů poskytované služby, cenové náročnosti jimi nabízených služeb a volných kapacit. Dalším cílem výzkumu je zjistit stupeň informovanosti opavské veřejnosti o existenci respitní péče a možnostech jejího využití.

Na základě cílů výzkumu byly formulovány výzkumné otázky:

1. Je na Opavsku dostatek poskytovatelů sociálních služeb pro seniory?
2. Kdo je nejčastěji pečovatel?
3. Jsou respitní služby pro občany dostupné?
4. Jaké faktory ovlivňují dostupnost této služby?
5. Je rozdíl v zájmu o tyto služby podle místa bydliště pečovatele?
6. Je informovanost občanů o respitní péči a sociálních službách pro seniory na Opavsku dostatečná?

Dále byly vysloveny celkem 4 hypotézy.

Hypotéza 1: Poskytovatelů sociální péče na Opavsku, kteří nabízejí respitní péči je nedostatek, tzn. nabídka respitní péče neuspokojuje poptávku po ní.

Hypotéza 2: Pečovatelem je většinou žena.

Hypotéza 3: Dostupnost respitní služby je značně ovlivněna místem bydliště pečovatele.

Hypotéza 4: Povědomí občanů opavského regionu o možnostech využití respitní péče je nízké.

2.2 Metodologie výzkumu

Při zpracování této práce byly použity dvě výzkumné techniky. První z nich byla analýza dokumentů neboli obsahová analýza, jejímž prostřednictvím byly zjištěny, porovnány, zpracovány a vyhodnoceny informace z určitého souboru dat. Disman⁶⁴ uvádí, že kromě toho, může být tato technika využita rovněž k analýze formy dokumentů, autora či adresáta. Druhou výzkumnou technikou, která byla použita při zpracování práce, bylo dotazníkové šetření. Disman uvádí,⁶⁵ že mezi výhody dotazníkového šetření patří jeho nízká nákladovost, časová úspornost a přesvědčivá míra anonymity respondentů.

Teoretická část s vymezením základních pojmů v oblasti sociálních služeb, legislativního rámce vycházela z obsahové analýzy. Praktická část se zaměřila na zmapování hustoty sítě sociálních zařízení na Opavsku, a to zejména na zařízení, která poskytují respitní péči, se zaměřením na věkovou skupinu senioři. Vzhledem k hlavnímu výzkumnému cíli, tj. zmapování hustoty sítě poskytovatelů sociálních služeb na Opavsku byla zvolena forma kvantitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum je metoda pro sběr dat, vědeckého i nevědeckého zkoumání, která má za cíl popsat zkoumanou oblast. Jako další forma výzkumu posloužil dotazník, který měl zjistit povědomí a informovanost občanů Opavska o respitní péči, její dostupnosti a dalších aspektech.

Jak již bylo sděleno výše, hlavním cílem výzkumu bylo zmapování hustoty sítě poskytovatelů sociálních služeb (respitní péče), a to dle dostupných statistických údajů, dokumentů a materiálů, jako je seznam registrovaných i neregistrovaných poskytovatelů sociálních služeb (respitní péče), katalog sociálních služeb na Opavsku a dalších zdrojů.

2.2.1 Obsahová analýza

Podle Databáze Národní knihovny ČR obsahová nebo také věcná analýza stanovuje obsahové prvky dokumentu a jejich vzájemné vztahy. Tato definice vychází

⁶⁴ DISMAN, Miroslav. Jak se vyrábí sociologická znalost. 4. nezměněné vydání. Praha: Karolinum, 2011. 368 stran. ISBN 978-80-246-1966-8. Str. 166-168.

⁶⁵ DISMAN, Miroslav. Jak se vyrábí sociologická znalost. 4. nezměněné vydání. Praha: Karolinum, 2011. 368 stran. ISBN 978-80-246-1966-8. Str. 141.

z ČSN ISO 5127-3A:19. Pro potřeby bakalářské práce byla provedena obsahová analýza odborné literatury a dokumentů na dané téma.

2.2.2 Sběr dat

Data pro první cíl výzkumu, tj. monitoring hustoty sítě poskytovatelů sociálních služeb byla sbírána formou prostudování dostupných zdrojů, literatury, regionálních zdrojů, jako Katalog poskytovatelů sociálních služeb na Opavsku, Komunitní plán pro Opavsko a internetových zdrojů, webových stránek konkrétních sociálních zařízení.

Prvotní teoretický výzkum byl doplněn návštěvou několika náhodně vybraných zařízení sociální péče, která respitní péči v opavském regionu poskytují, a to zejména za účelem získání informací o dané problematice a poskytnutí nebo zapůjčení dokumentů a materiálů týkajících se této služby v podobě katalogů, ceníků služeb, statistických údajů aj., které byly potřebné k analýze výzkumného šetření.

2.2.3 Dotazník

Dotazník je kvantitativní metodou sběru dat, který je zaměřen na velké množství respondentů. Jedná se o jeden z nejběžnějších nástrojů pro sběr dat pro různé typy průzkumů. Skládá se ze série otázek, jejichž cílem je získat názory a fakta od respondentů. Získané odpovědi jsou následně zpracovány a statisticky vyhodnoceny.

V předkládané práci bylo dotazníkové šetření provedeno jako průzkum mezi občany opavského regionu, který měl za cíl zjistit povědomí občanů o respitní péči obecně a o její dostupnosti občanům Opavska. Dalším důvodem pro využití dotazníkového šetření byl průzkum trhu poskytovatelů této služby v regionu a zjištění povědomí obyvatel o této službě, jako zmapování trhu pro podnikatelský projekt, na kterém autorka práce v současnosti pracuje. Dotazníky byly rozmístěny do čekáren 8 ambulancí praktických lékařů pro dospělé s jejich souhlasem. Vybrány byly ambulance lékařů v 5 městských částech a ve třech ambulancích v obcích Opavského okresu. Dotazníky byly barevně odlišeny, aby bylo možné porovnat rozdíly v povědomí o zkoumaném problému mezi lidmi z města a z vesnice. Pro městské části byla použita modrá barva tisku a pro obce barva černá. Výběr respondentů byl náhodný, založený na dobrovolnosti.

Dotazník obsahoval celkem 15 otázek. První dvě otázky byly demografické a na jejich základě bylo možné rozdělit respondenty podle pohlaví a zvolených věkových skupin. Vlastní výzkumná část dotazníku obsahovala celkem 10 otázek. Z tohoto počtu bylo 9 hlavních otázek uzavřeného dichotomického typu, umožňujících odpověď Ano / Ne. Tyto uzavřené otázky byly doplněny třemi podotázkami otevřenými, které umožnily respondentům podat doplňující vysvětlení k předchozím odpovědím. Jedna hlavní otázka pak byla uzavřená výběrová, kdy respondenti volili typ využívané sociální služby.

2.2.4 Statistické vyhodnocení

K vyhodnocení provedeného dotazníkového šetření byly použity výpočty absolutních a relativních četností odpovědí. Absolutní četnost konkrétní odpovědi udává počet výskytu této odpovědi mezi všemi odpověďmi na zkoumanou otázku dotazníku. Naproti tomu relativní četnost konkrétní odpovědi udává, kolik procent odpovědí na zkoumanou otázku bylo shodných. Vzorec pro výpočet relativní četnosti konkrétní odpovědi uvádí Rovnice 2.

Rovnice 2 – Relativní četnost

$$r = \frac{z_a}{|S|}$$

Kde:

z_a je absolutní četnost konkrétní odpovědi,

$|S|$ je celkový počet odpovědí na konkrétní otázku.

3 Praktická část

Praktická část práce se nejprve se zaměřuje na zmapování hustoty sítě sociálních zařízení na Opavsku, zejména na ta zařízení, která poskytují denní a pobytovou respitní péči seniorům, na jejich kapacitu pro poskytování těchto služeb. Dalšími údaji je výše úhrad, věk uživatelů a další důležité aspekty poskytování těchto forem poskytovaných služeb.

Na provedený průzkum stávající situace v zabezpečení sociálních služeb pro seniory navazuje vyhodnocení doplňkového dotazníkového šetření mezi obyvatelstvem zjišťujícím jejich povědomí o respitní péči.

3.1 Sociální služby na Opavsku

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

Důležitým základem pro poskytování sociálních služeb na Opavsku je komunitní plánování. Návrh „Komunitního plánu rozvoje sociálních služeb a souvisejících služeb Statutárního města Opavy na období 2014 – 2016“⁶⁶ byl vypracován ve spolupráci se zástupci organizací a veřejnosti, s cílem zlepšovat poskytování sociálních služeb a služeb souvisejících dle skutečných potřeb obyvatel, efektivního a hospodárného vynakládání finančních prostředků z veřejných rozpočtů. Jednou ze skupin je oblast sociálních a souvisejících služeb zaměřenou na seniory.

- Mezi společné cíle sociálních a souvisejících služeb patří:
- optimalizace sítě poskytovatelů
- podpora spolupráce a komunikace mezi všemi zainteresovanými složkami a mezi poskytovateli
- zvyšování informovanosti občanů o procesu komunitního plánování a jejich větší zapojení do tohoto procesu, jeho zkvalitňování

⁶⁶ *Návrh Komunitního plánu rozvoje sociálních služeb a souvisejících služeb Statutárního města Opavy na období 2014 – 2016.* [online]. Publikováno: 29. 09. 2014. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: [Http://www.czp-msk.cz/pdf/opava/2013-navrh_3-KP.pdf](http://www.czp-msk.cz/pdf/opava/2013-navrh_3-KP.pdf)

- průběžné zkvalitňování systému dotací na sociální služby
- podpora vzdělávání sociálních pracovníků
- zjišťování aktuálních potřeb občanů v oblasti sociálních služeb
- vytvoření systému pro zajištění odlehčovacích služeb (terénních, ambulantních i pobytových) na základě zjištění stávajících kapacit
- umožnění využití sociálních služeb všem občanům Opavska (zajištění bezbariérových přístupů)
- udržení a podpora dobrovolnictví, rozšíření osobní asistence
- udržení a rozvoj všech typů sociálních služeb na Opavsku a další.

Jedním z cílů je vytvořit systém zajištění odlehčovacích služeb na základě zjištění jejich kapacity stávající. Odlehčovací služby jsou poskytované osobám se sníženou soběstačností. V souvislosti se zjištěním poptávky po této službě je nutno popsat i nabídku pro pečující osoby. Na základě zjištěných skutečností pak vytvořit systém pravidel pro zadávání zakázek na poskytnutí této sociální služby. Jde o péči v přirozeném prostředí klienta.

Vzhledem k demografickému vývoji populace lze předpokládat také do budoucna nárůst poptávky této služby. Proto bude nutno navázat spolupráci s obcemi v okrese Opava tak, aby byla dostatečně zajištěna kapacita a dostupnost této služby.

Na pečovatelskou službu je předpokládána výše finančních nákladů téměř 12 mil. Kč/rok a měla by se týkat především Charity Opava, Seniorcentra Opava, p.o., Pečovatelské služby OASA Opava, o.p.s.

Předpokládaný počet klientů je 516 osob/rok. Pro informovanost občanů je plánováno vydání 3 tisíc kusů katalogů s informacemi o typech sociálních služeb a jejich poskytovatelích, dále průběžná aktualizace webových stránek, oslovení uživatelů prostřednictvím letáků, článků ve zpravodaji Hláska, pořádání akcí „Dny otevřených dveří“, „Dny sociálních služeb“ a další.

V některých domovech pro seniory se provádějí rekonstrukce a navyšuje se kapacita (např. Domov Bílá Opava, Domov Sv. Zdislavy) s investicí téměř 52 milionů korun.

Co se týče odlehčovací služby, pak je nutno zmapovat celoroční potřebnost této služby, vyhledat vhodné prostory, investiční zdroje a poskytovatele. Předpokládané náklady na vznik 1 lůžka jsou 219 tis. Kč/rok (Seniorcentrum Opava a MG Seniorcentrum).⁶⁷

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb kraje je strategický dokument obce nebo kraje schválený na dobu 3 let, který je výsledkem aktivního zjišťování potřeb osob na území obce nebo kraje a hledání způsobů jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů. Obsahuje souhrn a výsledky podkladových analýz a dat, popis způsobu zpracování plánu včetně vymezení spolupráce s obcemi, s poskytovateli sociálních služeb a osobami, kterým jsou sociální služby poskytovány, popis a analýzu dostupných zdrojů a potřeb osob, kterým jsou sociální služby určeny, a to včetně ekonomického vyhodnocení, strategie, zajišťování a rozvoje sociálních služeb obsahující popis budoucího žádoucího stavu a opatření, jejichž prostřednictvím by mělo být tohoto stavu dosaženo, povinnosti zúčastněných subjektů, postup sledování a vyhodnocování plnění plánu včetně způsobu, jakým lze provést změny v poskytování sociálních služeb a způsob zajištění sítě sociálních služeb na území kraje. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb může být doplněn akčními plány rozpracovanými na období 1 roku, které vycházejí ze střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb.⁶⁸

Pro Moravskoslezský kraj byl vypracován „*Návrh střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb na léta 2015 – 2020*“⁶⁹, který obsahuje popis stanovování sítí s ohledem na reálné možnosti z hlediska udržitelnosti, kvality, efektivity a dostupnosti sociálních služeb. Hlavními cíli je kvalita procesu plánování rozvoje sociálních služeb na základě zjištěných potřeb, zapojení obcí a informovanost občanů.

V ČR je financování sociálních služeb založeno na principu vícezdrojového financování, tj. veřejné rozpočty, úhrady od uživatelů, státní rozpočet, dotační řízení

⁶⁷ *Návrh Komunitního plánu rozvoje sociálních služeb a souvisejících služeb Statutárního města Opavy na období 2014 – 2016*. [online]. Publikováno: 29. 09. 2014. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: http://www.czp-msk.cz/pdf/opava/2013-navrh_3-KP.pdf

⁶⁸ ČR. Předpis č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. [online]. Ze dne: 14. 03. 2006. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108. § 3 písm. a) až i).

⁶⁹ *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Moravskoslezského kraje*. [online]. Schváleno zastupitelstvem Moravskoslezského kraje dne 22. 9. 2010 usnesením č. 13/1209. [Cit. 03. 11. 2015]. Dostupné z: http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/plan_rozvoje_ss_2015-2020.pdf

MPSV, dotace z Evropské unie (EU). Dle tohoto návrhu byla Opavě poskytnuta k 30. 06. 2013 dotace Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) ve výši 141 264 536,- Kč, obec přispěla dalšími 12 716 248,- Kč.

3.2 Poskytovatelé sociálních služeb na Opavsku

Sociální služby může potřebovat během svého života každý, kdo se dostane do nepříznivé sociální situace. Magistrát města Opavy vydává v rámci procesu komunitního plánování „Katalog sociálních a souvisejících služeb na území statutárního města Opavy“⁷⁰, který je sestaven pro cílové skupiny uživatelů služeb, mezi něž patří mimo jiné také senioři, osoby se zdravotními problémy.

Poskytovateli sociálních služeb nejsou podle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách rodinní příslušníci nebo jiné osoby, které pečují o své blízké nebo jiné osoby v domácím prostředí ani subjekty, které nejsou registrovány jako poskytovatelé sociálních služeb ve smyslu tohoto zákona. Odlehčovací služby, osobní asistence, pečovatelské služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem jsou uživatelům poskytovány za úplatu.

Bezúplatně je poskytováno sociální poradenství, raná péče, telefonická krizová pomoc, kontaktní centra. Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče jsou hrazeny z fondů veřejného zdravotního pojištění.

Kompletní přehled zařízení sociální péče s jejich stručnou charakteristikou je uveden v Příloze 1 této práce. Každé zařízení je charakterizováno z hlediska své kapacity, počtu nabízených míst, cen za poskytované služby, ubytování a stravu, cílové skupiny svých klientů a způsobu ubytování. U některých poskytovatelů je podrobněji popsána náplň jejich práce. Při srovnání s demografickým vývojem počtu obyvatel ke konci roku 2014 na Opavsku, pokrývá nabídka ubytovacích kapacit pro seniory necelá 3 % z nich, tj. na 29 880 seniorů starších 65 let je k dispozici celkem 842 ubytovacích míst v domovech pro seniory a 40 míst v ambulanci péči. Následující

⁷⁰ *Katalog sociálních a souvisejících služeb na území statutárního města Opavy*. [online]. Publikováno: červen 2011. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: http://www.opava-city.cz/cs/katalog-socialni-sluzby?title=&title_1=&field_typ_katalogu_seznam_value=All&page=5

Tabulka 6 přehledně uvádí kompletní nabídku sociálních služeb pro seniory na Opavsku v číslech.

Tabulka 6 – Stručný přehled poskytovatelů sociálních služeb na Opavsku

Poskytovatelé	Počet zařízení	Počet míst	Z toho odlehčovací služba	Cena
Pobytové	14	842	5	133 - 195,- Kč / den
Ambulantní	2	40	40	133 - 195,- Kč / den
Pečovatelská služba	9	x	x	110 - 130,- Kč / hod

Zdroj: Vlastní provedení

Sociální služby na Opavsku zajišťuje celkem 14 domovů pro seniory, 9 firem domácí asistence a 2 denní stacionáře. V rámci těchto služeb je k dispozici celkem 40 míst denní odlehčovací péče a 5 respitních lůžek.

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, kteří by pomohli při získávání přehledu o potřebách 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.

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 s lékaři. Musely být zajištěny materiály pro dobrovolníky a také pro veřejnost.

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 související mzdové náklady. Na podporu zvýšení kvality sociálních služeb poskytovaných v Moravskoslezském kraji jsou vyhlašovány Moravskoslezským krajem pro jednotlivá období dotační programy.

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 seniory 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, Seniorcentrum 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.

Na druhou stranu počet zájemců o službu sociální rehabilitace je vysoký a kapacita nedostatečná. Například 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.). 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. Velkým problémem je vysoká fluktuace sociálních pracovníků. Tuto práci vykonávají dle statistik převážně ženy, i když se jedná o práci často nejen psychicky, ale také fyzicky náročnou. Platové ohodnocení není vysoké, i z toho důvodu dochází k vysoké fluktuaci.

3.3 Zpracování výsledků dotazníkového výzkumu

Nejdříve byly vyhodnoceny dotazníky, kterých bylo celkem distribuováno 800 kusů. Dotazníky byly rozmístěny do čekáren 8 ambulancí praktických lékařů pro dospělé, s jejich souhlasy. Vybrány byly ambulance lékařů v 5 městských částech, tak ve třech obcích v Opavském okrese. Dotazníky byly barevně odlišeny, a to pro použití v čekárnách městských ambulancí, a v čekárnách ambulancí na vesnici. Důvodem této specifikace bylo snadnější hodnocení pro zjištění možných rozdílů informovanosti občanů daných oblastí. Pro městské části byla použita modrá barva tisku, pro obce barva černá.

3.4 Vyhodnocení výsledků výzkumu dotazníkového šetření

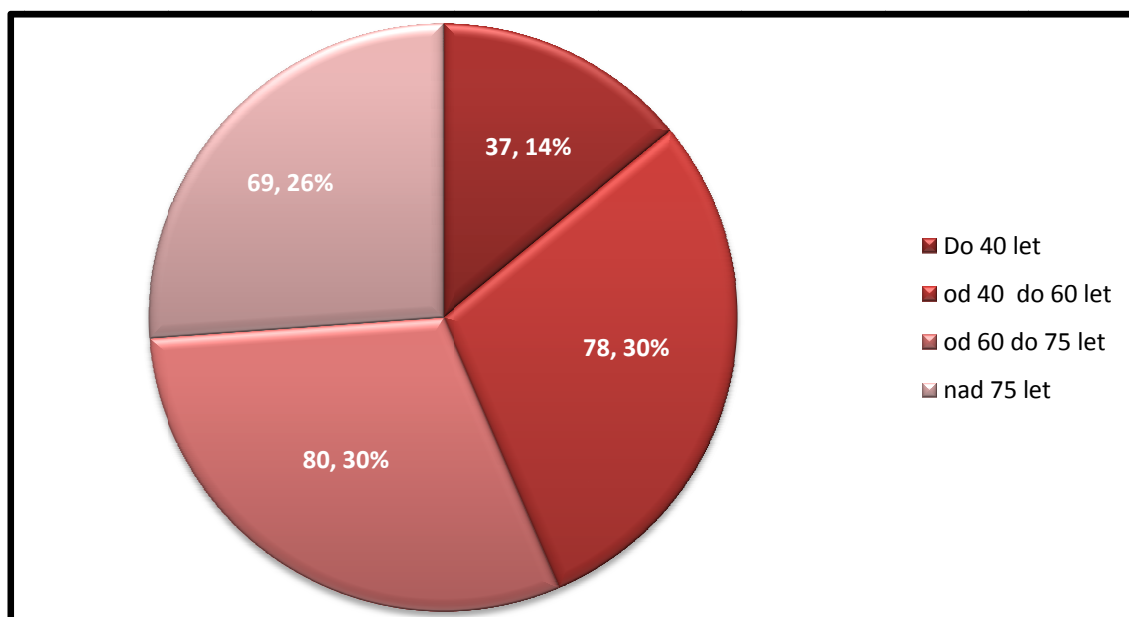
Dotazníkové šetření proběhlo v období od 1. do 30. září 2015, tj. 1 měsíce. Z celkově distribuovaných 800 dotazníků se vrátilo vyplněných zpět 267. Návratnost tedy činila 33,38 %. Tři dotazníky byly vyřazeny z důvodu neúplného či nesmyslného vyplnění. Ke konečnému vyhodnocení bylo k dispozici celkem 264 řádně vyplněných dotazníků. Z tohoto počtu bylo 157 dotazníků z městských ambulancí, tj. 59,47 % a 107 z obecních ambulancí, tj. 40,53 %.

První dvě otázky byly demografického typu a rozdělily respondenty podle pohlaví a podle věku. Z celkového počtu respondentů bylo 212 žen a 52 mužů. Ženy byly zastoupeny ve více než 80 % odpovědí. Tabulka 10 s absolutními počty odpovědí je uložena v Příloze 3.

Druhá demografická otázka rozdělila respondenty do čtyř věkových skupin. Jak vyplývá z Grafu 2, nejméně zastoupenou skupinou respondentů jsou občané mladší 40 let, pouze 14 %. Zbývající tři věkové kategorie jsou zastoupeny poměrně rovnoměrně v rozmezí od 26 do 30 % respondentů. Tabulka 11 s absolutními a relativními počty odpovědí byla vložena do Přílohy 3.

Vyhodnocení kombinace demografických otázek je uvedena v Tabulce 7. Základní rozdělení podle věkových kategorií a pohlaví respondentů bylo rozšířeno o rozdělení respondentů podle místa bydliště, tj. města nebo obce.

Graf 2 – Rozdělení respondentů podle věku



Zdroj: Vlastní provedení

Složení odpovídajících podle pohlaví jasně dokazuje, že pečující osobou jsou častěji ženy. Dále je v této tabulce prokazatelný rozdíl dožitého věku mužů a žen, a to především v obcích. Ve městech se naopak počet respondentů mužů se zvyšujícím věkem rovněž zvyšoval.

Tabulka 7 – Četnosti odpovědí podle věku a pohlaví

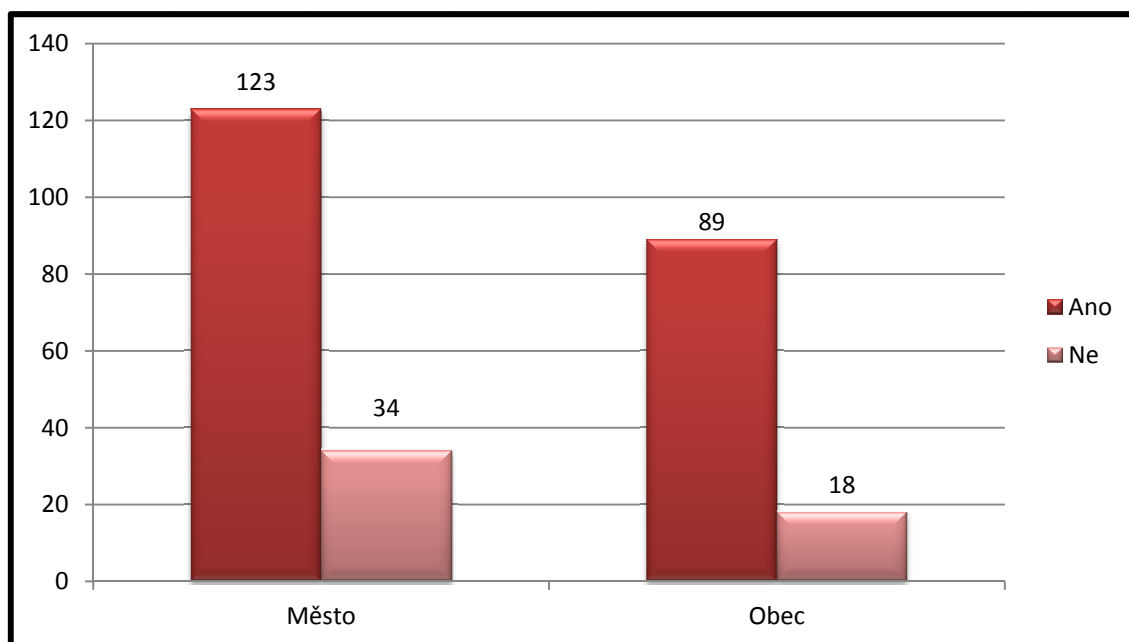
	do 40 let	40 - 65 let	65 - 75 let	nad 75 let
město	3 / 21	6 / 51	7 / 27	9 / 33
obec	10 / 3	4 / 17	9 / 37	4 / 23

Zdroj: Vlastní provedení

První číslovaná otázka zjišťovala povědomí respondentů o respitní péči či odlehčovací službě. Obrazově vyjadřuje jednotlivé odpovědi Graf 3, Tabulka 12 s absolutním počtem odpovědí je uvedena v Příloze 3.

Přes předpoklad, že obyvatelé nejsou o respitní péči, respektive odlehčovací službě příliš informováni, ukázaly výsledky dotazníkového šetření pravý opak. Mezi obyvateli měst zná tyto pojmy více jak 78 % z nich a v obcích to je dokonce více jak 83 %.

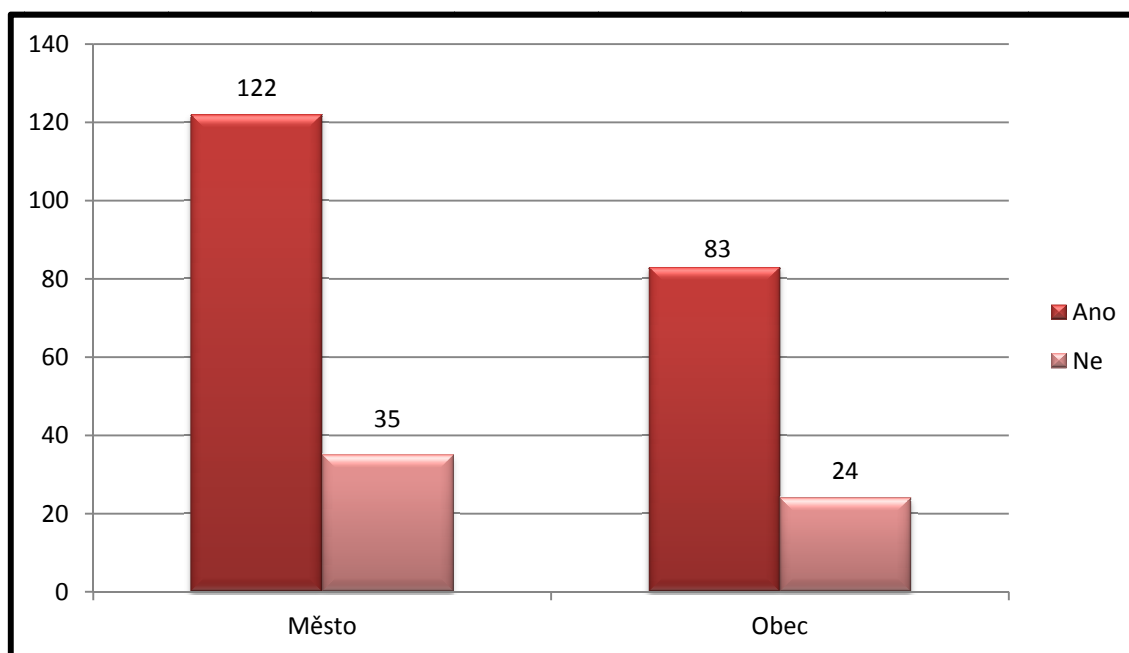
Graf 3 - Znáte pojem "respitní péče" či "odlehčovací služba"?



Zdroj: Vlastní provedení

Druhá otázka dotazníku se ptala na znalost možnosti využití respitní (odlehčovací) péče. Graf 4 zobrazuje souhrn odpovědí všech respondentů, příslušná Tabulka 13 s relativními četnostmi je uložena v Příloze 3.

Graf 4 - Víte o možnosti využití služeb "respitní (odlehčovací) péče"?

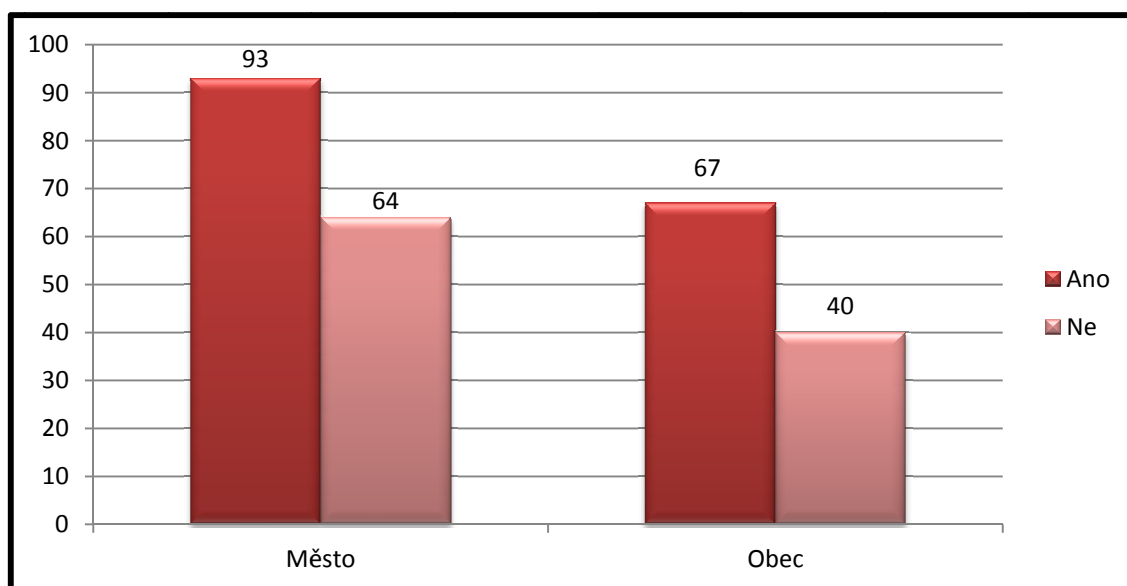


Zdroj: Vlastní provedení

Odpovědi jednotlivých respondentů svědčí o tom, že obyvatelé Opavska skutečně znají, co to je respitní (odlehčovací) péče a jaké jsou možnosti pro její využití. Poměr odpovědí je jen mírně horší než u předchozí otázky. Mezi obyvateli měst ví o možnostech respitní péče téměř 78 % z nich a v obcích klesl počet kladných odpovědí rovněž na necelých 78 %. Změněný poměr odpovědí naznačuje, že menší informovanost obyvatel obcí o možnostech využití respitní péče, může souviset s její horší dostupností ve venkovských oblastech.

Třetí otázka se respondentů ptala na jejich znalost konkrétních poskytovatelů či zařízení sociálních služeb na Opavsku. Ve městě znalo konkrétní poskytovatele sociálních služeb více jak 59 % z nich v obcích je toto číslo ještě vyšší, a to téměř 63 %. Nižší procento osob znalých konkrétních poskytovatelů sociálních služeb může být způsobeno tím, že se ještě nesetkali s potřebou těchto zařízení využít. Graf 5 ukazuje obrazové vyjádření odpovědí respondentů. Tabulka 14 s relativními četnostmi odpovědí je uložena v Příloze 3 práce.

Graf 5 - Znáte nějaké poskytovatele, či zařízení, které tyto služby poskytují?



Zdroj: Vlastní provedení

Ve čtvrté otázce měli respondenti konkretizovat zařízení sociálních služeb, které znají. V jednotlivých odpovědích uvedli pouze 4 zařízení, a to agenturu domácí péče Oasa, charitu Opava, domov Bílá Opava a nemocnici. Absolutní četnosti odpovědí jsou vyčísleny v Tabulce 8.

Tabulka 8 – Konkrétní zařízení sociálních služeb

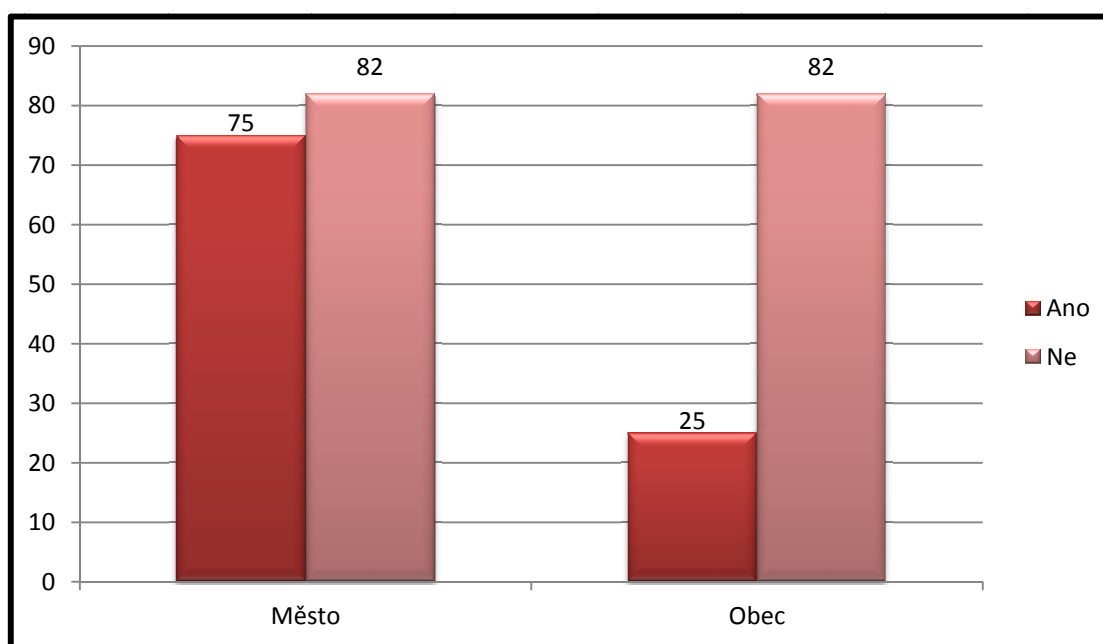
	Absolutní četnost
Agentura domácí péče Oasa	15
Charita Opava	59
Domov Bílá Opava	12
Nemocnice	22

Zdroj: Vlastní provedení

Ze čtyř uvedených zařízení dvě nabízejí domácí péči a dvě péči ubytovací. Nemocnice, kterou respondenti rovněž uvedli, neposkytuje žádnou ze sledovaných služeb. Z těchto konkrétních odpovědí vyplývá, že zúčastnění respondenti jsou sice přesvědčeni, že znají poskytovatele sociálních služeb pro seniory, ale dle údajů zjištěných dotazníkovým šetřením je jasně vidět, že si mylně vykládají funkci nemocnic ve vztahu k seniorům.

Pátá otázka zjišťovala, jak respondenti hodnotí finanční dostupnost respitních služeb. Obrazově vyjadřuje odpovědi na tuto otázku Graf 6, Tabulka 15 s příslušnými relativními četnostmi je uložena v Příloze 3.

Graf 6 - Jsou tyto služby finančně dostupné?

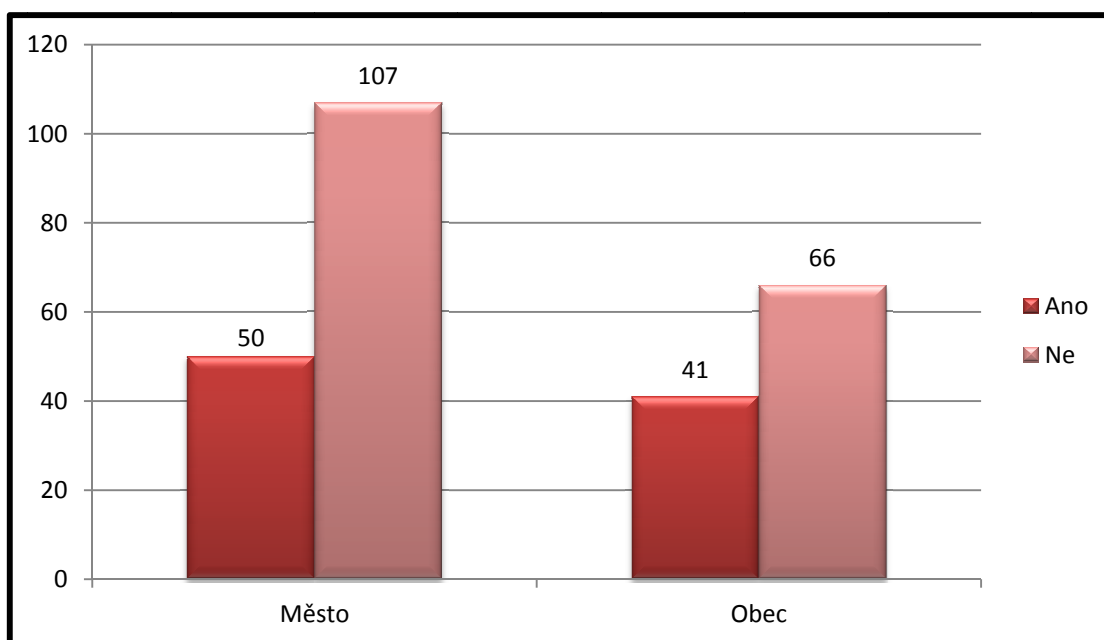


Zdroj: Vlastní provedení

V konkrétních odpovědích došlo k větším rozdílům z hlediska místa žití, protože zatímco ve městě byla dostupnost této péče hodnocena jako nedostupná z více jak 52 %, v obcích toto procento stouplu na téměř 77 %. Větší finanční náročnost respitní péče pro obyvatele obcí může vyplývat z větší vzdálenosti od sociálních zařízení nabízejících tuto službu.

Rovněž u otázky 6, která se tázala na dostatek informací o respitní (odlehčovací) službě, přešli respondenti k záporným odpovědím, přičemž poměr kladných a záporných odpovědí je téměř totožný u obou skupin. Odpovídající z městských aglomerací uvedli ve více jak 68 % odpovědí, že nemají dostatek informací o těchto službách. U respondentů žijících v obci kleslo toto číslo na více jak 66 %. Výsledky odpovídají i šetření, které bylo provedeno Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí. Výsledky tohoto šetření byly popsány v kapitole 1.4.4 – Role rodinných pečovatelů v ČR. Konkrétní počty odpovědí uvádí Graf 7, související Tabulka 16 je umístěna do Přílohy 3.

Graf 7 - Máte dostatek informací o "respitní (odlehčovací) službě"?



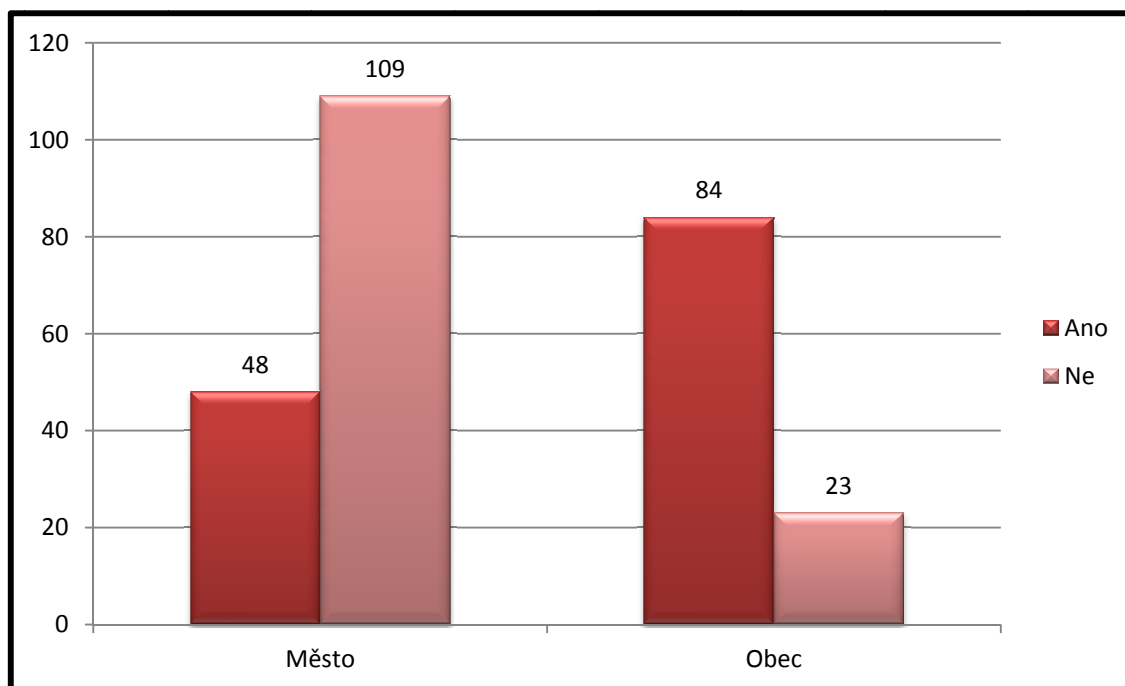
Zdroj: Vlastní provedení

Sedmá otázka zjišťovala, zda respondenti jsou nebo nejsou osobou pečující o seniora závislého na pomoci druhých osob. Poměr odpovědí u respondentů z města se poměrně výrazně lišil od poměru odpovědí u respondentů žijících na vesnici. Mezi

respondenty žijícími ve městě bylo pouze necelých 31 % osob pečujících, zatímco respondenti žijící na vesnici byly osobami pečujícími ve více jak 78 %. Tento rozdíl může být způsoben rozdílem ve způsobu života ve městech a na vesnicích, kde je kladen větší důraz na rodinné soužití a vzájemnou péči. Rychlejší tempo městského života, spolu s možností většího výdělku, umožňuje lidem zde žijícím více využívat služeb pobytových zařízení pro seniory. Dalším důvodem může být i lepší dostupnost ambulantních služeb ve městech, které umožňují seniorům méně se spoléhat na pomoc a péči svých blízkých.

Na Grafu 8 jsou znázorněny absolutní četnosti odpovědí respondentů na tuto otázku. Příslušná Tabulka 17 byla vložena do Přílohy 3 této bakalářské práce.

Graf 8 - Jste osoba pečující?



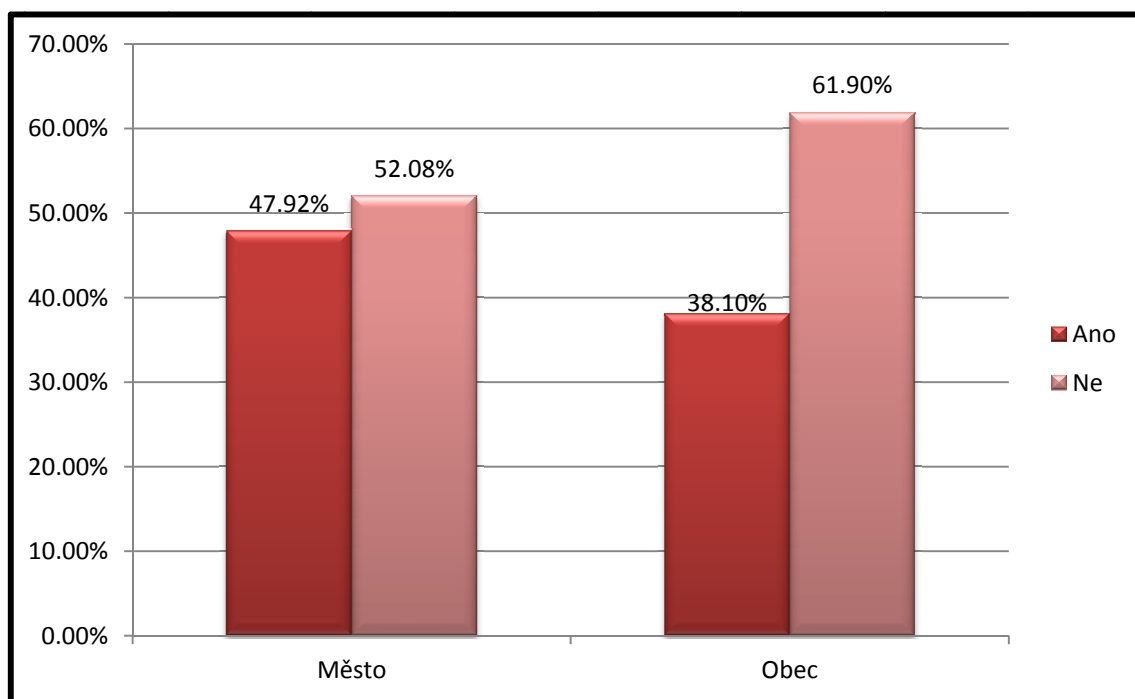
Zdroj: Vlastní provedení

Následující, osmá otázka byla určena pouze pro respondenty, kteří uvedli, že jsou osobou pečující, a chtěla, aby uvedli věk osoby, o kterou pečují. Celkem na tuto otázku odpovědělo 132 respondentů, 48 z města a 84 žijících na vesnici. Respondenti se starají o osoby blízké v průměrném věku 78 let, přičemž je poměrně velký rozdíl mezi průměrným věkem operovaných osob ve městě a na vesnici. Respondenti žijící ve městě poskytují péči seniorům s průměrným věkem 82,6 roku, zatímco respondenti

žijící na vesnici pečují o seniory s průměrným věkem 73,4 roku. Důvod takto velkého rozdílu se nepodařilo určit vzhledem k zaměření otázek dotazníku.

Devátá otázka byla rovněž zaměřena na oněch 132 respondentů, kteří uvedli, že jsou osobami pečujícími a zjišťovala, zda využívají služeb respitní péče. Graf 9 vyjadřuje procentuální podíl respondentů využívajících tuto péči na celkovém počtu pečujících osob v rámci provedeného dotazníkového šetření. Příslušná Tabulka 18 je umístěna do Přílohy 3 této práce. Celkem 23 z pečujících respondentů z města využívá služeb respitní péče, na vesnicích to je 32 pečovatelů. Nižší procento pečovatelů využívajících respitní služby na vesnicích vychází z horší dostupnosti této služby, a to především v odlehlejších oblastech. Dá se říci, že většina respitních služeb je koncentrována do oblastí měst, kde je větší hustota zalidnění.

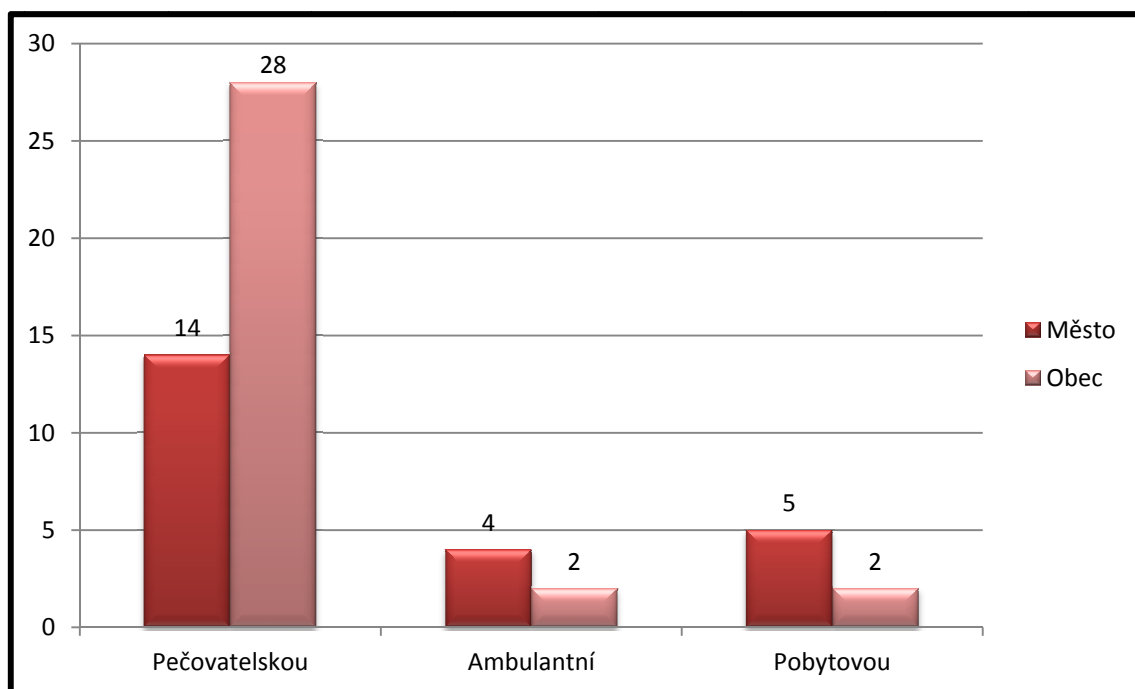
Graf 9 - Využíváte služeb respitní péče?



Zdroj: Vlastní provedení

Navazovala otázka 10, která zjišťovala, jakou respitní službu respondenti využívají, zda se jedná o denní stacionář, pobytové zařízení nebo domácí pečovatelskou péči. Obrazově ukazuje absolutní zastoupení jednotlivých odpovědí Graf 10, jemu příslušná Tabulka 19 je umístěna v Příloze 3.

Graf 10 - Jakou službu využíváte?



Zdroj: Vlastní provedení

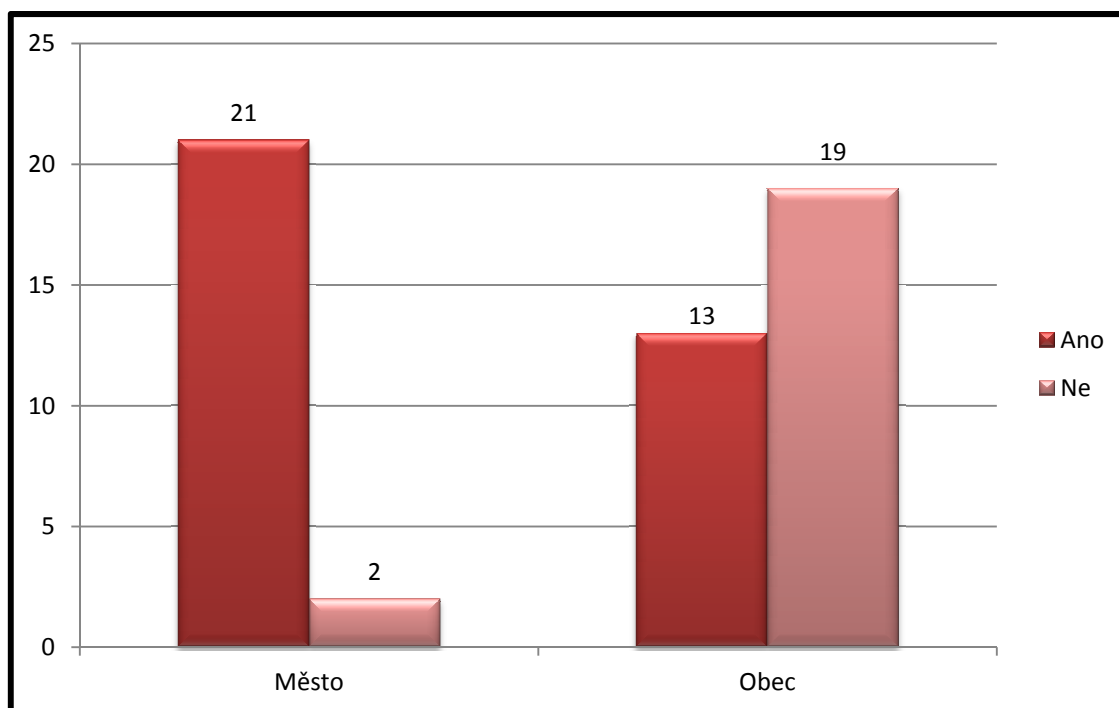
Jak pečovatelé žijící ve městě, tak i pečovatelé žijící na vesnici nejvíce využívají domácí pečovatelskou službu. V případě respondentů pečovatelů z města ji využívá téměř 61 %, u respondentů pečovatelů žijících na vesnici to je téměř 88 %. Úměrně tomu jsou využívány i druhé dvě služby v rámci respitní péče. Pečovatelé žijící ve městě ve více 17 % využívají denních stacionářů a v téměř 22 % pobytovou péči umožňující dlouhodobější odlehčovací službu. V důsledku toho si mohou více odpočinout od psychické a fyzické zátěže péče o nesamostatného seniora. Naproti tomu pečovatelé žijící na vesnici využívají jak denní stacionáře, tak i pobytovou péči pouze v 6 % případů. Při výběru odlehčovacích služeb se jasně projevuje dostupnost jednotlivých typů respitní péče z hlediska života ve městě a na vesnici.

Následující otázka 11 úzce souvisí s možností využívání odlehčovacích služeb. Zjišťovala, zda jsou tyto služby v místě bydliště respondentů. Odpovědi opět poskytovali pouze respondenti, kteří jsou osobami pečujícími. Graf 11 zobrazuje absolutní četnosti jednotlivých odpovědí, příslušná Tabulka 20 byla vložena do Přílohy 3.

Jak ukazuje graf, pečovatelé žijící ve městě mají služby respitní péče k dispozici v místě bydliště ve více jak 91 %, zatímco pečovatelé na vesnicích mají služby respitní

péče v místě bydliště pouze ve 40 % případů. Vyhodnocení odpovědí na tuto otázku jen dokazuje informace získané z analýzy odborné literatury a výsledky výzkumu provedeného Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí, a to, že dostupnost respitní péče je se vzrůstající vzdáleností od měst, horší.

Graf 11 - Jsou služby respitní péče v místě Vašeho bydliště?

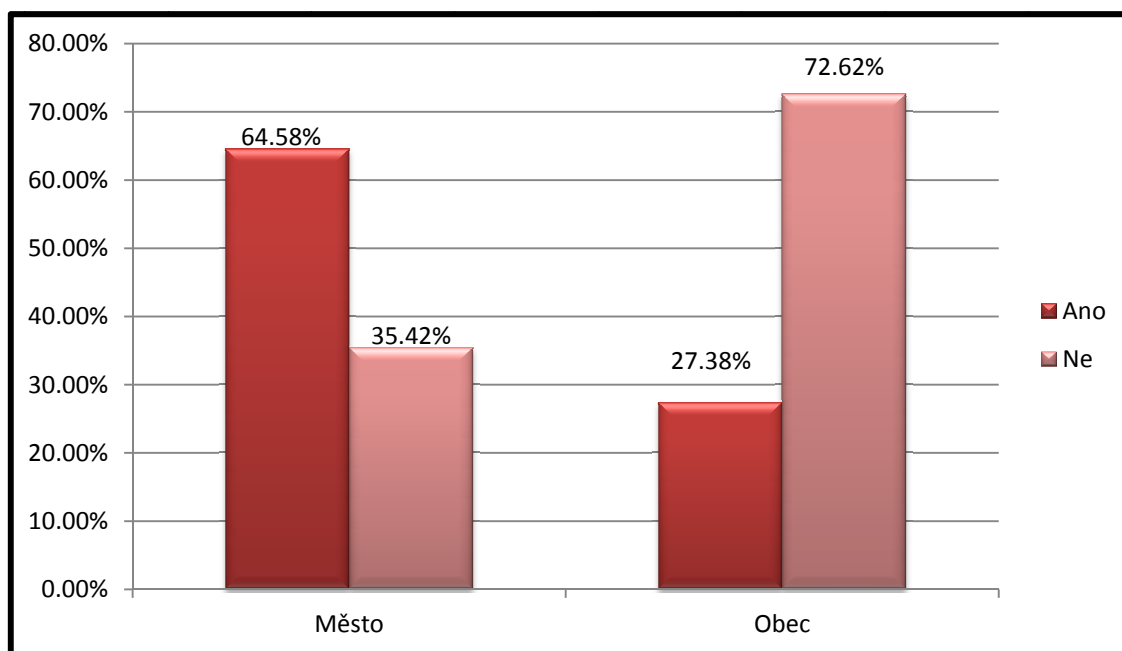


Zdroj: Vlastní provedení

Předposlední, dvanáctá otázka se respondentů ptala na vzdálenost od nejbližšího zařízení poskytujícího služby respitní péče. Po zapsání všech uvedených odpovědí, vyšla průměrná vzdálenost zařízení sociálních služeb ve městě do 5 kilometrů, na vesnicích se průměrná vzdálenost těchto zařízení vyšplhala na 15,4 km. Největší vzdálenost zařízení sociálních služeb ve městě je 8,5 km, pečovatelé žijící na vesnici musí překonávat největší vzdálenost 25 km.

Poslední otázka se respondentů ptala na jejich spokojenost s dostupností služby respitní péče. Jak ukazuje Graf 12, zatímco spokojenost pečovatelů z měst dosahuje téměř 65 %, u pečovatelů na vesnicích je to jen necelých 28 %.

Graf 12 - Jste spokojeni s dostupností této služby?



Zdroj: Vlastní provedení

Odpovědi opět potvrdily předchozí výzkumy a informace v odborné literatuře. Tabulka 21 s relativními četnostmi odpovědí je umístěna v Příloze 3 této práce.

3.5 Shrnutí výzkumu, návrhy a doporučení

Provedená analýza dostupných dokumentů Moravskoslezského kraje a města Opava ukázala, že odpovědní činitelé si uvědomují stávající demografický vývoj i potřebu zabezpečení sociálních služeb pro seniory. Výsledkem je jednak Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Moravskoslezského kraje a také Komunitní plán rozvoje sociálních služeb a souvisejících služeb Statutárního města Opavy na období 2014 2016.

Jsou vyvíjeny snahy o navyšování kapacit sociálních zařízení pro seniory a o zvyšování jejich kvality. Přesto přetrvává nedostatek volných míst pro nesoběstačné seniory a také propojení zdravotnické a sociální péče je nedostatečné.

Ceny poskytovaných služeb respitní péče jsou v jednotlivých zařízeních téměř totožné. Liší se pouze vzhledem k možnostem ubytování a v případě stravování, např. při poskytování dietní, normální a DIA stravy nebo rozšířeného jídelníčku apod. Otázka finanční náročnosti je řešena úhradou z příspěvku na péči ve všech zařízeních

poskytujících službu respitní péče (odlehčovací službu), ale jak ukázal průzkum mezi pečovateli, který provedl Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, je tento příspěvek mnohdy nedostatečný a nepokrývá náklady na poskytovanou péči.

Dalším problémem je nedostatečná kapacita ambulantní péče pro seniory v podobě denních stacionářů, dlouhé čekací lhůty, nedostatečná otevírací doba těchto zařízení a časově omezená možnost umístění seniora do těchto zařízení (např. na celý týden). Z vyhodnocených údajů rovněž vyplývá, že většina pečujících osob jsou ženy.

Podrobnější analýzou dotazníkového šetření bylo zjištěno nejširší zastoupení pečujících osob ve věkové kategorii do 60 let. Jedná se o osoby před odchodem do starobního důchodu, tedy velmi ohroženou skupinu v případě získávání nového zaměstnání po ukončení doby péče. Také bylo zjištěno, že většina osob je nespokojena s nepřítomností respitních služeb v blízkém okolí. Vzhledem k zhoršené nedostupnosti této služby v některých částech opavského regionu jsou navyšovány náklady pečujících osob na péči o nesamostatného seniora, a to především za dopravu, ať už na vyšetření k lékaři nebo při využívání denních stacionářů. Vzdálenost zvyšuje i cenu při využívání pečovatelské služby. Přestože jsou respondenti informováni o respitní péči jako takové, mají přesto pocit, že poskytované informace nejsou dostačující a nepokrývají kompletní škálu možností. Na nedostatečnou informovanost ukazují i vyjmenovaná zařízení respitní péče, mezi která zařadili i nemocnici, která tuto péči vůbec neposkytuje. Nejčastěji využívanou respitní službou je pečovatelská služba. Denní stacionáře a pobytová zařízení jsou využívána v daleko menší míře.

Zjištěné informace a vyhodnocení dotazníkového šetření poskytly odpovědi na dříve formulované výzkumné otázky.

Je na Opavsku dostatek poskytovatelů sociálních služeb pro seniory?

Přestože jak statutární město Opava i celý Moravskoslezský kraj vyvíjejí značnou snahu o rozšíření nabídky a kapacit respitní péče v regionu, nedostatek poskytovatelů přetrvává.

Kdo je nejčastěji pečovatel?

Jak výzkum provedený v rámci dotazníkového šetření v této práci, tak i výsledky šetření Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí, jasně ukázaly, že nejčastěji je do

role pečovatele o nesamostatného seniora postavena žena. Analýza odborné literatury ukázala, že k tomuto dochází i na základě historického postavení ženy v hierarchii rodiny.

Jsou respitní služby pro občany dostupné? Jaké faktory ovlivňují dostupnost této služby?

Odpověď na tyto dvě výzkumné otázky spolu úzce souvisí, protože dostupnost služeb respitní péče je závislá i na bydlišti konkrétního pečovatele a nesamostatného seniora. Výrazně lepší je situace ve městech a jim přilehlých obcích. Naopak pečovatelé žijící ve vesnicích ležících ve větší vzdálenosti od měst už řeší otázku náročnosti překonávání větší vzdálenosti dojezdu do zařízení respitní péče. Pak vyvstávají dva hlavní negativní faktory, a to zvýšení finanční náročnosti a vyšší časová náročnost na dopravu seniora do těchto zařízení.

Je rozdíl v zájmu o tyto služby podle místa bydliště pečovatele?

Rozdíl mezi preferencemi jednotlivých druhů respitní péče, jako je pečovatelská služba, denní stacionáře nebo pobytová zařízení, nebyl v závislosti na místě bydliště odhalen. Větší využívání pečovatelských služeb vyplývá spíše z jejich snazší dostupnosti. Důležitým faktorem je i stupeň závislosti seniora na pomoci druhé osoby.

Je informovanost občanů o respitní péči a sociálních službách pro seniory na Opavsku dostatečná?

Docela překvapujícím zjištěním provedeného výzkumu bylo, že obyvatelé Opavska poměrně dobře znají pojem respitní péče. Výrazně horší je však informovanost občanů o konkrétních nabídkách a možnostech využívání těchto služeb respitní péče.

Dále byly vysloveny celkem 4 hypotézy, ke kterým práce rovněž poskytla odpovědi.

Hypotéza 1: Poskytovatelů sociální péče na Opavsku, kteří nabízejí respitní péči je nedostatek, tzn. nabídka respitní péče neuspokojuje poptávku po ní.

První část této hypotézy nebylo možné ani potvrdit ani vyvrátit. V případě navýšení kapacit, by počet 14 domovů pro seniory a 9 firem domácí asistence mohl stačit. Velký nedostatek je v denních stacionářích, které fungují pouze dva. Avšak nabídka respitní péče 40 míst denní odlehčovací péče a jen 5 lůžek respitní péče,

je naprosto nedostatečných. Důkazem budiž celkový počet seniorů starších 65 let ke konci roku 2014, který činil 29 880 osob a předpokládá se trvalý nárůst počtu seniorů i v budoucnu. S postupujícím časem budou tito senioři navíc přecházet z kategorie young old do kategorie very old a old-old a jak ukázaly odhady profesora doktora Vladimíra Pacovského, s přibývajícím věkem radikálně klesají počty samostatných seniorů – viz Tabulka 3.

Hypotéza 2: Pečovatelem je většinou žena.

Tato hypotéza byla potvrzena výsledky dotazníkového šetření, kdy byly dotazníky rozděleny podle pohlaví a zároveň podle odpovědí na otázku č. 7. Takto roztříděné odpovědi byly zapsány do následující kontingenční Tabulky 9.

Tabulka 9 – Poměr mužů a žen jakožto osob pečujících a nepečujících

	Muži	Ženy
Osoba pečující	6	126
Osoba nepečující	70	62

Zdroj: Vlastní provedení

Z výše uvedené tabulky jasně vyplývá, že naprostá většina pečujících osob jsou ženy. V procentuálním vyjádření jsou ženy osobou pečující v 95 % případů, muži pouze v 5 % případů.

Hypotéza 3: Dostupnost respitní služby je značně ovlivněna místem bydliště pečovatele.

Potvrzení pravdivosti tohoto tvrzení přinesly odpovědi na otázky č. 11, 12 a č. 13 provedeného dotazníkového šetření. Péči v místě bydliště má 91 % pečujících z měst, ale pouze 40 % pečujících žijících na vesnici. Průměrná vzdálenost nejbližšího zařízení sociálních služeb poskytujícího respitní péči je ve městě 5 km a na vesnicích 15,4 km. A konečně spokojenost s dostupností respitní péče klesá z 65 % u pečovatelů z měst na 28 % u pečovatelů na vesnici. Ve světle těchto výsledků dotazníkového šetření lze vyslovenou hypotézu 3 potvrdit.

Hypotéza 4: Povědomí občanů opavského regionu o možnostech využití respitní péče je nízké.

Potvrzení pravdivosti této hypotézy dávají odpovědi na otázku č. 6. Respondenti z města považovali informace o konkrétních nabídkách respitní péče za nedostatečné v 68 % případů, respondenti žijící na vesnici v 66 % případů.

Vzhledem k demografickému vývoji a stárnutí populace bude přibývat osob, které budou tuto službu potřebovat a využívat ji. Proto by měl být podnikatelský záměr a komunitní plánování nastaveny na základě analýz kapacity těchto zařízení, na jejich dostatečnost, cenovou i dopravní dostupnost. Ve světle zjištění této práce, lze podnikatelský záměr na zřízení dalšího zařízení poskytujícího sociální služby pro seniory a specializujícího se na respitní péči jen doporučit. V současnosti, kdy poptávka po těchto službách vysoce převyšuje jejich nabídku, můžeme předpokládat stabilitu zakázek zajišťujících chod zařízení.

Pro další zvýšení povědomí by se odpovědní činitelé měli zaměřovat ve spolupráci s organizacemi v oblasti poskytování sociální péče na lepší reklamní a propagační akce v rámci jednotlivých zařízení, např. využití prezentace při Dnech sociálních služeb v Opavě a další.

Závěr

Je jasné, že stárnutí populace bude probíhat jak u nás, tak v Evropě, a to velmi rychlým tempem. Narůstá bude zejména počet tzv. velmi starých lidí, tedy seniorů starších 80-ti let. Ti však mají své specifické potřeby a nároky. Dá se rovněž předpokládat, že dramaticky vzroste také počet lidí s chronickými a degenerativními onemocněními a jako reakce na tuto situaci by mělo docházet i k rozvoji kapacit a kvality služeb respitní péče.

Přestože by respitní péči ráda využila většina z dotázaných respondentů, a to nejen pečujících osob. Repitní péče je nová služba.

O typu této odlehčovací služby, o možnostech čerpání příspěvku na péči a započtení doby péče do důchodu není stále dostatečně informována široká veřejnost. Rovněž není zajištěna dostatečná kapacita pro poskytování této služby, ať už se to týká počtu lůžek v sociálních zařízeních vyhrazených pro respitní péči nebo počtu profesionálně vyškolených sociálních pracovníků a dobrovolníků. Vzdělání neformálních pečovatелů je v podstatě nulové, získané pouze osobní zkušeností s péčí o blízkého seniora.

Výzkumná část dále ukázala velmi nízký počet lůžek poskytovaných jednotlivými zařízeními v rámci respitní péče o seniory, a to v pobytových službách pouze 5 lůžek. Ambulantní službu, která je poskytována pro cílovou skupinu seniorů, poskytují jen dvě zařízení v celém okrese a nabízejí dohromady 40 míst.

V případě volné kapacity je se zájemci o respitní péči v zařízeních jednáno okamžitě. Jak vyplývá z analýzy dokumentace města je jedním z cílů v oblasti respitní péče navyšovat kapacitu, a to rozšiřováním stávajících zařízení nebo koupí nových objektů vhodných pro tyto účely. Jednotlivá zařízení se zaměřují na určitou cílovou skupinu, a to podle věku a zdravotního postižení.

Respitní péči všechna zařízení neposkytují, i když poptávka po této službě neustále 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.

V rámci komunitního plánování pro opavský region vzniká řada projektů a programů na podporu a rozvoj sociálních služeb, a tedy i služeb respektive péče. Jsou vynakládány nemalé finanční prostředky na jejich realizaci. Cílem je také vzdělávání nejen sociálních pracovníků, ale také pečujících osob.

Cílem bakalářské práce bylo zmapování poskytování respektive péče na Opavsku a její dostupnost široké veřejnosti. Dále se práce soustředila na zjištění míry informovanosti o této službě mezi obyvateli.

Cíle bakalářské práce byly naplněny, neboť se podařilo zmapovat zařízení poskytující sociální péči se zaměřením na seniory i zjistit dostupnost těchto služeb. Jak se ukázalo, míra dostupnosti je závislá na bydlišti. Rovněž se podařilo odhalit míru informovanosti veřejnosti o respektive péči a byly zodpovězeny všechny položené výzkumné otázky.

Ze zjištění získaných v průběhu zpracování této bakalářské práce vyplynula jistota, že *respektive péče je službou budoucnosti*.

„Naším prvořadým úkolem v tomto životě je pomáhat druhým. A pokud jim nemůžeme pomáhat, alespoň jim neublížíme.“

Dalajláma

Seznam použitých zdrojů

Monografie

ALAN, Josef. *Etapy života očima sociologie*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1989. 439 stran. ISBN 80-7038-044-6.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 4. nezměněné vydání. Praha: Karolinum, 2011. 368 stran. ISBN 978-80-246-1966-8.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 112 stran. ISBN 978-80-247-4138-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2., podstatně přepracované a doplněné vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 369 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

KALVACH, Zdeněk; ZADÁK, Zdeněk; JIRÁK, Roman et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 864 stran. ISBN 80-247-0548-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Možnosti, které čekají*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 144 stran. ISBN 978-80-247-3604-4.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 328 stran. ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2. vydání. Praha: SLON, 1999. 167 stran. ISBN 80-86429-19-9.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. 271 stran. ISBN 978-80-7376-368-0.

MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál, 2012. 309 stran. ISBN 978-80-262-0211-0.

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

PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatric – geriatrická diagnostika*. 1. vydání. Praha: SCIENTIE MEDICA, spol. S r.o., 1994. 152 stran. ISBN 80-85526-32-8.

PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1990. 135 stran. ISBN 80-201-0076-8.

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

TOŠNEROVÁ, Tamara. *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vydání. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. 45 s. ISBN 80-238-9506-0.

Internetové zdroje

BURCIN, Boris; KUČERA, Tomáš. *Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2008-2070. Textová část*. [online]. Publikováno: duben 2010. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/8842/Prognoza_2010.pdf

ČR. Předpis č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. [online]. Ze dne: 14. 03. 2006. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108.

ČR. *Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*. [online]. Ze dne: 15. 11. 2006. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.uplnezneni.cz/vyhlaska/505-2006-sb-ktou-se-provadeji-nektera-ustanoveni-zakona-o-socialnich-sluzbach/>

ČR. *Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění*. [online]. Ze dne: 30. 06. 1995. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-155>

ČR. *Změny zákonů*. [online]. Ze dne: 01. 01. 2015. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: [Http://www.zmenyzakonu.cz/zakon.aspx?k=108/2006+Sb.&d1=24062014&d2=01012015&cmd=compaeshort](http://www.zmenyzakonu.cz/zakon.aspx?k=108/2006+Sb.&d1=24062014&d2=01012015&cmd=compaeshort)

ČSSZ. *Náhradní doba pojištění*. [online]. **Aktualizováno dne 13. 03. 2013**. [Cit. 03. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/duchodove-pojisteni/ucast-na-pojisteni/nahradni-doba-pojisteni.htm>

HORECKÝ, Jiří. *Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR*. [online]. Tento článek vznikl v rámci projektu "PRVOUK ISS P 17" a projektu „Specifického vysokoškolského výzkumu ISS SVV 2013 267 501“. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: [Http://www.horecky.cz/images/1382503364_128-role-rodinnych-pecovatelu-v-sytemu-socialni-a-zdravotni-pece-v-cr.pdf](http://www.horecky.cz/images/1382503364_128-role-rodinnych-pecovatelu-v-sytemu-socialni-a-zdravotni-pece-v-cr.pdf)

JEŘÁBEK, HYNEK a kol. „*Péče o staré lidi v rodině (východiska, klasifikace, kritické momenty)*.“ [online]. Pp. 9-19 in Eva Abramuszkínová Pavlíková (ed.). *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: UK FSV CESES. [cit. 08. 11. 2015]. ISSN 1801-1519. Dostupné z: http://www.ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf

Katalog sociálních a souvisejících služeb na území statutárního města Opavy. [online]. Publikováno: červen 2011. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: http://www.opava-city.cz/cs/katalog-socialni-sluzby?title=&title_1=&field_typ_katalogu_seznam_value=All&page=5

KOTRUSOVÁ, Miriam; DOBIÁŠOVÁ, Karolína; HOŠŤÁLKOVÁ, Jitka. *Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR*. [online]. Odborný recenzovaný časopis – Fórum sociální politiky. Dvuměsíčník, ročník 7, číslo 6/2013. Publikováno: 10. 12. 2013. [cit. 08. 11. 2015]. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i., str. 10-20. ISSN 1803-7488. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP_2013-06.pdf

MÁTĽ, Ondřej; JABŮRKOVÁ, Milena. *Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR* [online]. 1. vydání. Praha: Galén, 2007. 176 s. [cit. 2015-03-02]. ISBN 978-807-2624-997. Dostupné z: https://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/socialni_oblast/kvalita-pece-o-seniory.pdf

MISCONIOVÁ, Blanka. *Koncepce domácí péče*. [online]. Národní centrum domácí péče ČR. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/>

MPSV. *Bílá kniha*. [online]. Publikováno: únor 2003. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf

MPSV. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. [online]. Aktualizováno: 01. 08. 2008. [Cit. 03. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>

MPSV. *Příspěvek na péči*. [online]. Aktualizováno: 01. 02. 2015. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

MPSV. *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. [online]. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1447597902079_1

MPSV. *Sociální služby*. [online]. Aktualizováno: 08. 01. 2015. [Cit. 03. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/18661>

Návrh Komunitního plánu rozvoje sociálních služeb a souvisejících služeb Statutárního města Opavy na období 2014 – 2016. [online]. Publikováno: 29. 09. 2014. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: Http://www.czp-msk.cz/pdf/opava/2013-navrh_3-KP.pdf

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Moravskoslezského kraje. [online]. Schváleno zastupitelstvem Moravskoslezského kraje dne 22. 09. 2010 usnesením č. 13/1209. [Cit. 03. 11. 2015]. Dostupné z: http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/plan_rozvoje_ss_2015-2020.pdf

WIJA, Petr. *Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD*. [online]. ÚZIS. Publikováno: 2012. [cit. 08. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/poskytovani-financovani-dlouhodob-pece-zemich-oecd-pracovnici-dlouhodob-pece>

Seznam obrázků, tabulek, grafů a rovnic

Obrázek 1 – Podíl obyvatel starších 65 let v Moravskoslezském kraji k 31. 12. 2013 .. 21

Tabulka 1 - Kategorizace dospělosti a stáří	14
Tabulka 2 – Výše příspěvku dle stupně závislosti osob starších 18 let	16
Tabulka 3 – Odhad samostatných osob v závislosti na jejich věku	18
Tabulka 4 - Vývoj počtu obyvatelstva v okrese Opava 2005 - 2014.....	20
Tabulka 5 - Vývoj průměrného věku obyvatel v ČR a na Opavsku	21
Tabulka 6 – Stručný přehled poskytovatelů sociálních služeb na Opavsku	52
Tabulka 7 – Četnosti odpovědí podle věku a pohlaví.....	55
Tabulka 8 – Konkrétní zařízení sociálních služeb	58
Tabulka 9 – Poměr mužů a žen jakožto osob pečujících a nepečujících	67
Tabulka 10 – Rozdělení respondentů podle pohlaví.....	XI
Tabulka 11 – Rozdělení respondentů do věkových skupin	XI
Tabulka 12 - Znáte pojem "respitní péče" či "odlehčovací služba"?.....	XI
Tabulka 13 - Víte o možnosti využití služeb "respitní (odlehčovací) péče"?.....	XI
Tabulka 14 - Znáte nějaké poskytovatele, či zařízení, které tyto služby poskytují?	XII
Tabulka 15 - Jsou tyto služby finančně dostupné?	XII
Tabulka 16 - Máte dostatek informací o "respitní (odlehčovací) službě"?.....	XII
Tabulka 17 - Jste osoba pečující?	XII
Tabulka 18 - Využíváte služeb respitní péče?	XII
Tabulka 19 - Jakou službu využíváte?	XIII
Tabulka 20 - Jsou služby respitní péče v místě Vašeho bydliště?	XIII
Tabulka 21 – Jste spokojeni s dostupností této služby?.....	XIII
Tabulka 22 - Procentuální zastoupení obyvatel starších 65 let.....	XIV
Graf 1 - Procentuální zastoupení obyvatel starších 65 let	20
Graf 2 – Rozdělení respondentů podle věku.....	55
Graf 3 - Znáte pojem "respitní péče" či "odlehčovací služba"?.....	56
Graf 4 - Víte o možnosti využití služeb "respitní (odlehčovací) péče"?.....	56
Graf 5 - Znáte nějaké poskytovatele, či zařízení, které tyto služby poskytují?	57

Graf 6 - Jsou tyto služby finančně dostupné?	58
Graf 7 - Máte dostatek informací o "respitní (odlehčovací) službě"?	59
Graf 8 - Jste osoba pečující?	60
Graf 9 - Využíváte služeb respitní péče?	61
Graf 10 - Jakou službu využíváte?	62
Graf 11 - Jsou služby respitní péče v místě Vašeho bydliště?	63
Graf 12 - Jste spokojeni s dostupností této služby?	64

Rovnice 1 – Index stáří	19
Rovnice 2 – Relativní četnost	47

Seznam příloh

Příloha 1 - Seznam a stručná charakteristika zařízení poskytujících sociální a odlehčovací služby na Opavsku	I
Příloha 2 - Dotazník	VIII
Příloha 3 – Tabulky k dotazníkovému šetření	XI
Příloha 4 – Doplnující tabulky k práci	XIV

Přílohy

Příloha 1 - Seznam a stručná charakteristika zařízení poskytujících sociální a odlehčovací služby na Opavsku

Centrum sociálních služeb Hrabyně

- celková kapacita: 170 míst, z toho kapacita odlehčovací služby: 2 místa,
- cílová skupina: dospělé osoby s tělesným postižením, senioři s tělesným postižením,
- ceník: ubytování 149 - 169,- Kč/den, stravné 141,- Kč/den, péče dle ceníku provedených úkonů 120,- Kč/hod,
- možnost ubytování v jednolůžkových (82x) a dvoulůžkových (44x) pokojích,
- úhrada: záloha ve výši 12000,- Kč (převodem, hotově, poštovní poukázkou),
- centrum poskytuje i pečovatelské služby pro seniory v jejich domácím prostředí.

Charita Opava (Masarykova tř., Opava) –

- Denní stacionář pro seniory - *nad 60 let*,
- provozní doba od pondělí do pátku 7.00 – 15 hod.,
- kapacita odlehčovací služby: 20 míst/den,
- cílová skupina: senioři,
- ceník: stravné 32 – 64,- Kč/den, poplatek za 1 den péče 120 - 150,- Kč/den + další služby 17 – 50,- Kč (doprava, koupel aj.),
- úhrada: z příspěvku na péči,
- Charitní ošetrovatelská služba nabízí úkony agentury domácí zdravotní péče, která je definována jako zvláštní ambulantní péče poskytovaná jedincům s akutním nebo chronickým onemocněním. Je poskytována v jejich vlastním sociálním prostředí. Zahrnuje odborné služby, které poskytují kvalifikované registrované zdravotní sestry ve spolupráci s lékařem. Všechny zdravotní sestry absolvují v rámci celoživotního vzdělávání různé akreditované kurzy a semináře. Rozsah poskytované péče je vždy určen aktuálním zdravotním stavem klienta a na základě indikace ošetřujícího lékaře. Při plné indikaci ošetřujícím lékařem vše hradí zdravotní pojišťovna. Péče, která není indikována ošetřujícím lékařem a není hrazena zdravotní pojišťovnou, bude po poradě s ošetřujícím lékařem poskytována za přímou úhradu klientem. Zapůjčujeme zdravotnické pomůcky a to přednostně našim klientům, činnost zdravotní sestry* 200,-

Kč/ 1hod, paušální dopravné po Opavě 30,- Kč/ ke každé návštěvě, doprava ke klientovi mimo Opavu 7,- Kč/ 1 km, hradí se pouze cesta ke klientovi

*Činnostmi zdravotní sestry se rozumí odborné zdravotní úkony, které nemůže provádět pečovatelská služba a budou vždy sjednány a ošetřeny ve smlouvě po předchozí domluvě s vedoucí sestrou Charitní ošetrovatelské služby, která rozhodne o vhodnosti a možnosti žádaný úkon provést bez ordinace lékaře.

- **Česká katolická charita – charitní domov Opava** (Kylešovská ul., Opava) - přednostně ženy – řeholnice, sestry, knězi, věk neomezen, kapacita 50 osob, jednolůžkové (28x) a dvoulůžkové (11x) pokoje za 182,- respektive 168,- Kč/den; stravné racionální = 125,- Kč/dne, diabetické 137,- Kč/den.

Domov pro seniory – Domov Sv. Zdislavy (Roosveltova ul., Opava)

- Pro seniory nad 65 let nesamostatné z důvodu věku,
- kapacita 22 uživatelů,
- jednolůžkové (6x), dvoulůžkové (5x) a třílůžkové (2x) pokoje za 152 - 168,- Kč/den,
- 3 typy stravy: normální, DIA a dietní za 134, 137 a 141,- Kč/den.

Domov Bílá Opava, p. o. a domov se zvláštním režimem (Rybářská ul., Opava - Předměstí)

- nad 65 let,
- kapacita 133 + 37 uživatelů
- strava normální/diabetická 130/142,- Kč,
- 1 lůžkový s vlastní koupelnou a bez = 190 / 160,- Kč / den,
- 2 lůžkový s a bez koupelny = 150 – 170,- Kč/den,
- 3 lůžkový = 150,- Kč / den.

Medea – domácí péče, s. r. o. (Sušilova ul., Opava)

- 24 hodin denně 7 dní v týdnu vlastními vozy,
- ošetrovatelská péče v celém okrese Opava,
- plně hrazena zdravotními pojišťovkami - 111, 201, 205, 207, 211, 213 a 228,
- vlastní certifikát ISO 9001:2008,
- Ceník: zdravotní sestra 300,- Kč/hodina, pečovatelka 150,- Kč/hodinu plus 8,-Kč/km.

Agentura domácí péče OASA Opava (Poštovní ul., Raduň)

- 24 hodin denně 7 dní v týdnu,
- soukromá agentura domácí péče,
- Zřizovatelem je MUDr. Petr Slaný,
- spolupracuje s pojišťovny: 111, 201, 205, 207, 211 a 213,
- služba je určena klientům vyžadujícím odbornou zdravotní péči na základě indikace ošetřujícího lékaře v okrese Opava, tj. všem věkovým kategoriím, zvláště pak klientům s různým stupněm bezmocnosti, pooperační stavy apod.,
- službu vykonávají zdravotní sestry a fyzioterapeuti,
- přímé úhrady: 180,- Kč/půl dne včetně cestovného.

Poradna pro osoby se zdravotním postižením Opava (1 z 5 center) – Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje, o. p. s. (Liptovská ul., Opava – Kylešovice)

- jedná se o osobní asistenci,
- individuální bezbariérovou dopravu,
- sociální poradenství,
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením,
- půjčovnu kompenzačních a rehabilitačních pomůcek,
- informační a vzdělávací akce a poradenské programy, které umožňují získání pracovního místa, návrat či udržení na trhu práce.

Domov Pod Vinnou horou – dříve domov U jezera, p. o. – Domov pro seniory (Dlouhoveská ul., Hlučín)

- 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,
- kapacita 90 lůžek (42x 1 lůžkové, 24x 2 lůžkové),
- zřizovatelem je město Hlučín
- kapacita 23 lůžek (1x 1lůžkový, 11x 2 lůžkový) pro seniory se zvláštním režimem od 60 let;

- minimální počet dní je 7; Stravné: 3 plus 2 jídla = 139,- Kč/den, 3 plus 1 jídlo = 133,- Kč/den a 3 jídla = 127,- Kč/den; Ubytování: 1 lůžkový s úplným, částečným nebo bez vl.soc.zař. = 180, 170 + 165,- Kč/den, 2 lůžkový s úplným, částečným nebo bez vl.soc.zař. = 160, 155 a 150,- Kč/den, příspěvek na péči náleží celý zařízení domova

Charita Opava, pečovatelské a sociální služby (Přemyslovců, Opava – Jaktař)

- denní stacionář pro seniory,
- kapacita 20 uživatelů/den,
- ceník: uživatel I. – IV.stupně: 120, 130, 140 a 150,- Kč/den,
- oběd malý/velký = 32/64,- Kč,
- zřizovatel Biskupství ostravsko-opavské.

Domov pro seniory sv. Hedviky – Kravaře (Alejní ul., Kravaře)

- pro klienty ve věku 60 let a více,
- kapacita 46 klientů,
- zřizovatelem je město Kravaře,
- stravné 3 plus 2 = 148,- Kč/den, 3 plus 1 = 140,- Kč/den,
- ubytování: 1 lůžkové s a bez soc.zař. = 179 / 163,- Kč/den, 2 lůžkové s a bez soc.zař. = 146 / 140,- Kč/den.

Domov Vítkov (Lidická ul., Vítkov)

- zřizovatelem je Moravskoslezský kraj
- celková kapacita je 66 seniorů,
- věk nad 65 let,
- 1 lůžkové (22x) = 163,- Kč/den, 2 lůžkové (22x) = 133,- Kč/den,
- stravování – 4 jídla, normální/diabetická = 141/151,- Kč/den.

Domov pro seniory Seniorcentrum Slavkov (Zámecká ul., Slavkov)

- kapacita 60 uživatelů,
- věk 65 a více let,
- 1 lůžkové (6x) = 9150 – 9300,- Kč/měsíc, 2 lůžkové (4x) = 9000,- Kč/měsíc a 3 lůžkové (6x) = 8700 – 8850,- Kč/měsíc,

- denní stravné 150,- Kč.

Domov pro seniory Ludmila (Poddubí, Háj ve Slezsku)

- kapacita 71 (16 mužů a 55 žen) uživatelů,
- od 65 let,
- denní stravné = 144,- Kč;
- cena za měsíční pobyt včetně stravného: 1 lůžkový, 2 lůžkový pokoj s a bez vlastního soc.zařízení, 3 lůžkový bez soc.zařízení, 4 a 5 lůžkový bez soc.zařízení, 6 a více lůžkový pokoj bez soc.zařízení = 9095,- Kč; 8943,- Kč; 8639,- Kč; 8335,- Kč; 8243,- Kč; 8182,- Kč.
- denní ubytování 125 – 155,- Kč,
- úhrada z příspěvku na péči.

Domov Na Zámku (Kyjovice) – Domov pro seniory

- kapacita 20 uživatelů,
- Domov se zvláštním režimem – kapacita 52 uživatelů,
- 1 lůžkové pokoje s a bez vlastního soc.zařízení: 4380 – 5019,- Kč, 2 lůžkové pokoje s a bez vlastního soc.zařízení: 3863 – 4532,- Kč/měsíc, 3 lůžkový pokoj 3254,- Kč/měsíc,
- strava: normální 3plus1 jídlo = 4715,- Kč/měsíc, dietní 3plus3 jídla = 4776,- Kč/měsíc,
- hrazeno z příspěvku na péči dle zákona 800 – 12000,- Kč dle stupně závislosti.

Domov Letokruhy (Dukelská ul., Budišov nad Budišovkou)

- pro klienty nad 65 let (s demencí),
- kapacita 45 uživatelů,
- 1 (7x), 2 (1x) a 3 (12x) lůžkové pokoje, Cena 9490,- Kč; 9186,- Kč; 8881,- Kč – za ubytování, stravu i péči.

Domov pro seniory – Vančurova (Vančurova ul., Opava)

- odlehčovací služba od 50 let,

- kapacita 2 uživatelé,
- Domov pro seniory – nad 65 let,
- kapacita 32 uživatelů,
- k dispozici pokoje: 32x1kk, 13x2kk,
- cena ubytování 210,-Kč/den,
- stravování,
- příspěvek na péči dle zákona náleží v plné výši domovu,
- odlehčovací péče 90,- Kč/hod,
- denní úhrada max. 130, 140, 270 a 410,- Kč podle stupně závislosti,
- jednolůžkový pokoj 4500,-/měsíc, dvoulůžkový pokoj 3400,-/měsíc.

DomA – domácí asistence o.s. (Stiborská ul., Koběřice)

- občanské sdružení,
- terénní služby,
- pečovatelské služby,
- rozvoz obědů, úklid, pomoc s hygienou,
- sociální poradenství,
- cena 110 – 130,- Kč/hod.

Charitní domov Sv. Mikuláše – Charita Hlučín (Hlučinská ul., Ludgeřovice)

- od 60 let
- ubytování 1 lůžko s vl.soc.zař. 5850/měsíc, se společným soc.zař. 5700/měsíc,
- denní ubytování 195 resp. 190,- Kč,
- 2 lůžkový pokoj 5250,-/175 Kč,
- 3 lůžkový pokoj 4950/165 Kč,
- 4 lůžkový pokoj 4650 / 155,- Kč,
- měsíční stravné 3510 Kč, denní strava 117 Kč,
- kapacita je 30 klientů,

- dále nabízí asistenční služby v domácím prostředí klientů (osobní hygiena, strava, aktivizační činnosti, úklid aj.),
- cena 70 – 120,- Kč/hod

Seniorcentrum Opava

- pronájem 143 bytů pro celkem 175 osob – cena 50,02 Kč za 1 m²,
- obědy 62,- Kč + 17,- Kč rozvoz – klasická, dietní a diabetická strava,
- úklid domácnosti, nákup, pomoc s osobní hygienou,
- Senior klub.

Příloha 2 - Dotazník

Do rukou se Vám dostává dotazník, který vznikl pro potřeby výzkumného šetření k bakalářské práci na téma: „Respitní péče na Opavsku“. Tento dotazník je zaměřen na zjištění povědomí občanů Opavska o poskytování služeb respitní (odlehčovací) péče v našem regionu. Dotazník je zcela anonymní, a jeho výsledky budou použity výhradně pro výzkumnou část bakalářské práce. Velice si vážím Vašeho času věnovaného jeho vyplnění a předem děkuji.

Studentka bakalářského studia sociální práce.

Dotazník

Zakroužkujte, prosím, Vám vyhovující odpovědi. V doplňujících otázkách dopište, prosím, údaje hůlkovým písmem. Pro přesné vyhodnocení, prosím, uveďte několik demografických informací o Vaší osobě.

Pohlaví: M / Ž

Věková skupina: do 40 let

od 40 do 60 let

od 60 do 75 let

nad 75 let

1. Znáte pojem „respitní péče“ či „odlehčovací služba“?

ANO

NE

2. Víte o možnosti využití služeb „respitní(odlehčovací) péče“?

ANO

NE

3. Znáte nějaké poskytovatele, či zařízení, které tyto služby poskytují?

ANO

NE

4. Pokud ano, napište jaké:

.....
.....

5. Jsou tyto služby finančně dostupné?

ANO

NE

6. Máte dostatek informací o „respitní(odlehčovací) službě“?

ANO

NE

7. Jste osoba pečující?

ANO

NE

8. Pokud ano, uveďte, prosím, věk osoby, o kterou pečujete, děkuji.

.....

9. Jste-li osoba pečující, využíváte služeb respitní péče?

ANO

NE

10. V případě, že ano: Jakou službu využíváte? (ambulantní /denní stacionář, pobytové zařízení, domácí péči....)

Uveďte:

11. V případě, že jste osoba pečující: Jsou služby respitní péče v místě Vašeho bydliště?

ANO

NE

12. Pokud nejsou v místě bydliště, napište, jaká je vzdálenost nejbližšího zařízení:

.....

13. Jste s dostupností této služby (volné kapacity), respitní péče spokojen/na?

ANO

NE

Děkuji Vám za vyplnění tohoto dotazníku.

Příloha 3 – Tabulky k dotazníkovému šetření

Tabulka 10 – Rozdělení respondentů podle pohlaví

	Město	Obec
Muži	25	27
Ženy	132	80

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 11 – Rozdělení respondentů do věkových skupin

	Absolutní četnosti	Relativní četnosti
Do 40 let	37	14,02%
od 40 do 60 let	78	29,55%
od 60 do 75 let	80	30,30%
nad 75 let	69	26,14%

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 12 - Znáte pojem "respirační péče" či "odlehčovací služba"?

	Město	Obec
Ano	123	89
Ne	34	18

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 13 - Víte o možnosti využití služeb "respirační (odlehčovací) péče"?

	Město	Obec
Ano	122	83
Ne	35	24

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 14 - Znáte nějaké poskytovatele, či zařízení, které tyto služby poskytují?

	Město	Obec
Ano	93	67
Ne	64	40

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 15 - Jsou tyto služby finančně dostupné?

	Město	Obec
Ano	75	25
Ne	82	82

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 16 - Máte dostatek informací o "respitní (odlehčovací) službě"?

	Město	Obec
Ano	50	41
Ne	107	66

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 17 - Jste osoba pečující?

	Město	Obec
Ano	48	84
Ne	109	23

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 18 - Využíváte služeb respitní péče?

	Město	Obec
Ano	47,92%	38,10%
Ne	52,08%	61,90%

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 19 - Jakou službu využíváte?

	Město	Obec
Pečovatelskou	14	28
Ambulantní	4	2
Pobytovou	5	2

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 20 - Jsou služby respitní péče v místě Vašeho bydliště?

	Město	Obec
Ano	21	13
Ne	2	19

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 21 – Jste spokojeni s dostupností této služby?

	Město	Obec
Ano	64,58%	27,38%
Ne	35,42%	72,62%

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha 4 – Doplnující tabulky k práci

Tabulka 22 - Procentuální zastoupení obyvatel starších 65 let

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ČR	14,2%	14,4%	14,6%	14,9%	15,2%	15,5%	16,2%	16,8%	17,4%	17,8%
Opavsko	14,0%	14,3%	14,5%	14,7%	14,9%	15,0%	15,4%	15,9%	16,4%	16,9%

Anotace

Bakalářská práce se zaměřuje na zjištění hustoty sítě poskytovatelů Respitní péče na Opavsku. 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. Dále chce práce zjistit šíři povědomí obyvatelstva o možnostech využívání respitní péče v regionu a jejich případné požadavky v této oblasti sociálních služeb. 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. Teoretická část vymezuje základní pojmy, jako je zdravotní postižení a závislosti na péči druhé osoby. Rovněž uvádí definici, kdo je to rodinný pečovatel a co zátěž péče o nesamostatného seniora rodině přináší. Následně se zaměřuje na pojem respitní péče, její historii a modely. V praktické části se práce soustředí na zjištění veřejného povědomí o respitní službě jako takové a jejím možném využití. Toto šetření bylo provedeno pomocí anonymní dotazníkové metody. V další části se bakalářská práce 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. The main target of this work is to find out whether 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. Further wants to work determine the breadth of public awareness about the possibilities of using respite care in the region and their possible requirements in the area of social services. 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.

The work is divided into two parts: theoretical and practical. The theoretical part defines basic terms, such as disability and dependence upon the care of another person. It also provides a definition of who is a family caregiver and what the burden of care

for the dependent seniors family brings. Then focuses on the concept of respite care, its history and models. The practical part of the work focuses on finding public awareness of respite service itself and its possible uses. In another part of the thesis 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.

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: Doc. PhDr. Dana Sýkorová, Ph.D.

Počet znaků: 98 330 bez mezer

Počet příloh: 4

Počet použitých zdrojů: 35

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

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