

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ ANTROPOLOGIE

PROPUŠTĚNÍ PACIENTA Z LÉČEBNY DLOUHODOBĚ  
NEMOCNÝCH

Bakalářská diplomová práce

Obor studia: Sociální práce

Autor: Lucie Udržalová

Vedoucí práce: PhDr. Eva Klimentová, Ph.D.

Olomouc 2020

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma „*Propuštění pacienta z léčebny dlouhodobě nemocných*“ vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne. ....

Podpis .....

## Anotace

Jméno a příjmení:	<i>Lucie Udržalová</i>
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Obor studia:	<i>Sociální práce</i>
Obor obhajoby práce:	<i>sociální práce</i>
Vedoucí práce:	PhDr. Eva Klimentová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2020

Název práce:	Propuštění pacienta z léčebny dlouhodobě nemocných
Anotace práce:	Cílem práce je zjistit, kam jsou nejčastěji propuštěni pacienti po hospitalizaci v léčebně dlouhodobě nemocných, jestli jsou pacienti častěji propuštěni do domácího prostředí, nebo do pobytových sociálních služeb. Zda se situace změnila po novelizaci zákona o sociálních službách v roce 2019, kdy se zvýšil příspěvek na péči ve III. a IV. stupni pro osoby, které nevyužívají pobytové sociální služby. V této práci jsem použila kvantitativní strategii zkoumání, metodu analýzy dokumentů, ze které vyplynulo, že zvýšení příspěvku na péči neovlivnilo to, kam jsou pacienti po hospitalizaci nejčastěji propuštěni.
Klíčová slova:	Stáří, domácí péče, sociální služby, příspěvek na péči, léčebna dlouhodobě nemocných, propuštění pacienti
Title of Thesis:	Release of the patient from long-term hospital

Annotation:	The goal of my bachelor thesis was to find out where do patients go after they are discharged from hospital for long term illness, if they stay in home environments or go to residential social services. If the situation has changed after the amendment of law about social services in 2019, when state benefits increased in III. and IV. level for people not using residential social services. In this thesis, I used a quantitative strategy of research, method of analysis of documents, from which it emerged that the rise of benefits does not influence where patients usually go after being discharged from hospitalization.
Keywords:	Old age, home care, social services, care allowance, hospital for long-term patients, discharged patients
Názvy příloh vázaných v práci	Příloha č. 1 Vymezení základních životních potřeb
Počet literatury a zdrojů:	27
Rozsah práce:	71 s. (73 285 znaků s mezerami)

# Obsah

ÚVOD.....	7
1 STÁŘÍ .....	10
1.1 Stárnutí a stáří.....	10
1.2 Potřeby seniorů.....	11
1.3 Specifické znaky nemoci ve stáří.....	12
1.4 Propuštění pacienti.....	14
2 DOMÁCÍ PÉČE.....	16
2.1 Zajištění péče v domácím prostředí .....	16
2.2 Péče o staré lidi v rodině.....	17
2.3 Domácí péče z pohledu rodinných pečovatelů .....	18
2.4 Dopady neformální péče na rodinu .....	19
2.5 Podpora neformálních pečujících.....	20
3 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI .....	21
3.1 Proces vyřizování příspěvku na péči.....	21
3.2 Původní výše příspěvku .....	23
3.3 Novelizace zákona .....	24
4 FINANČNÍ PODPORA .....	26
4.1 Finanční podpora pečovaných osob .....	26
4.2 Finanční podpora pečujících osob .....	27
5 SOCIÁLNÍ SLUŽBY .....	29
5.1 Sociální poradenství.....	30
5.2 Služby sociální péče .....	31
5.3 Služby sociální prevence .....	33
5.4 Úhrada nákladů za sociální služby .....	34
6 LÉČEBNA DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH .....	36
6.1 Cílová skupina.....	37
6.2 Personální obsazení.....	37
6.3 Aktivity v rámci léčebny.....	39
7 SHRNU TÍ.....	40
II. EMPIRICKÁ ČÁST.....	41
1 VÝZKUMNÁ OTÁZKA .....	42

1.1	Výběr respondentů .....	42
1.2	Strategie sběru dat .....	42
1.3	Předvýzkum .....	43
1.4	Sběr dat .....	43
2	VÝSLEDKY ANALÝZY DOKUMENTŮ .....	45
	<b>Shrnutí</b> .....	59
	<b>Diskuze</b> .....	60
3	ZÁVĚR.....	61
	Seznam použitých zdrojů .....	63
	Seznam grafů.....	65
	Seznam tabulek .....	66
	Seznam příloh.....	67
	Příloha č. 1 Vymezení základních životních potřeb .....	67

## ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma Propuštění pacienta z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví, kde mám na své pracovní pozici sociální pracovnice možnost sledovat obavy pacientů, ale i rodinných příslušníků při stanovení termínu propuštění.

Léčebna dlouhodobě nemocných je zdravotnické zařízení, kam se ve většině případů dostávají osoby z nemocnic, kde už není kapacita na jejich ošetřování, ale nejsou ve stavu, kdy mohou být propuštěny do domácího prostředí, a je potřeba dlouhodobější hospitalizace. Mezi pacienty léčebny dlouhodobě nemocných patří zpravidla senioři, malé procento tvoří osoby ve středním věku, ale poslední dobou více přibývají osoby bez přístřeší různého věku, které jsou po hospitalizaci špatně umístitelné. Délka hospitalizace v léčebně dlouhodobě nemocných bývá okolo 3 měsíců, již v jejím průběhu se řeší situace, která nastane po propuštění pacienta.

Pacienti se propouštějí do domácího prostředí, kde se o ně stará rodina, nebo dojíždí pečovatelská služba, dále mohou být propuštěni do pobytových sociálních služeb či do jiných zdravotnických zařízení, úmrtí je také jedna z variant ukončení hospitalizace.

Ve svém zaměstnání se denně setkávám se zjištěním, že sociální pobytové služby mají často přeplněné kapacity, a nezbývá nic jiného, než do péče zainteresovat rodinné příslušníky, kteří v péči o pacienta nebyli první volbou z důvodu, že chodí do práce, nebo jim to nedovoluje zdravotní stav či bytové podmínky, nebo rodinu nemají, popřípadě se jednoduše starat nechtějí. Častou otázkou při propuštění pacientů bývá, zda rodinní příslušníci péči o rodinného příslušníka zvládnou, ale také finanční otázka, zda zvládnou zaplatit pobytové sociální služby, nebo naopak péči v domácím prostředí.

Cílem bakalářské práce bude zjistit, kam jsou nejčastěji propuštěni pacienti po hospitalizaci v léčebně dlouhodobě nemocných, jestli jsou pacienti častěji propuštěni do domácího prostředí, nebo do pobytových sociálních služeb. Zda se situace změnila po novelizaci zákona o sociálních službách v roce 2019, kdy se zvýšil příspěvek na péči ve III. a IV. stupni pro osoby, které nevyužívají pobytové sociální služby. Velkou roli při propuštění pacienta hraje rodina, záleží na tom, zda bude nová výše příspěvku na péči větší motivací postarat se o osobu blízkou v domácím prostředí.

Bakalářská práce bude rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části popíšu stáří a potřeby seniorů. Péče v domácím prostředí o blízkou osobu je fyzicky, ale i psychicky náročná, vymezím tedy zajištění péče v domácím prostředí, dopady neformální péče na rodinu, a v neposlední řadě velice důležitou podporu neformálních pečujících. Obecně vymezím sociální služby a konkrétně popíši jednotlivé typy sociálních služeb. Poslední kapitola teoretické části je věnována Léčebně dlouhodobě nemocných Rybitví, popíšu komu a jaká péče je zde poskytována a kdo ji zajišťuje.

V mé empirické části se budu zabývat novelizací zákona o sociálních službách, ke které došlo v roce 2019, konkrétně zvýšením příspěvku na péči osobám, které nevyužívají pobytové sociální služby, a proto už v teoretické části vymezím příspěvek na péči, původní výši příspěvku a změnu, která přišla s novelizací.

Finanční podpora, která bývá poskytována při péči v domácím prostředí, bude další teoretickou částí, úlevy patřící neformálním pečujícím, ale také podpora pečovaných osob.

V empirické části své bakalářské práce použiji kvantitativní strategii zkoumání, metodu analýzy dokumentů. Zkoumání budou všichni propuštěni pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných v Rybitví v časovém období 1. 1. 2019 – 31. 3.



2019 (původní výše příspěvku na péči) a 1. 8. 2019 – 31. 10. 2019 (nová výše příspěvku na péči).

# 1 STÁŘÍ

V této kapitole se budu věnovat stáří a duševním poruchám ve stáří. Tato práce je zaměřena zejména na seniory, protože, jak vyplývá z mých profesních zkušeností, tvoří největší část propuštěných pacientů z léčebny dlouhodobě nemocných, a proto je vhodné vymezit základní pojmy. Do léčebny dlouhodobě nemocných se často dostávají senioři kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu a snížené soběstačnosti, kam jsou odesíláni z nemocnice, nebo z domácího prostředí.

## 1.1 Stárnutí a stáří

Stárnutí je bio-psycho-sociálně spirituální přirozený proces involučních a adaptačních změn, ke kterému v organismu dochází od sexuální dospělosti. Stárnutí je součástí ontogenetického vývoje.

Stáří je důsledkem stárnutí, je to jedna z posledních fází přirozeného života a má své charakteristické rysy. Mezi tyto rysy můžeme řadit změnu vzhledu, funkčního stavu, sociálních rolí, společensko-ekonomického postavení (Čevela & Čeledová, 2014).

Stáří je nedílnou součástí našich životů, někdo má klidné stáří, ale jiného doprovázejí různá onemocnění. Posledních pár let se u nás neřeší pouze délka života, ale hovoří se také o kvalitě života ve stáří (Venglářová, 2007, s. 11).

Haškovcová ve své knize Fenomén stáří hovoří o tom, že každý člověk stárne už od narození, ale v jiném tempu než ostatní. Proces stárnutí je vždy individuální. V dnešní době je nejvíce využíváno následující členění stáří:

- 60 – 74 let – vyšší věk, rané stáří
- 75 – 89 let – stařecký věk – vlastní stáří
- 90 let a výše – dlouhověkost (Haškovcová, 2010, s. 20).

Každý člověk žije svůj originální život, ale můžeme říci, že jsou v životě okamžiky, které přicházejí s vyšším věkem. Změny, které přicházejí se stářím, jsou tělesné,

psychické, ale také sociální, všechny tyto tři roviny jsou propojené a souvisí spolu (Venglářová, 2007, s. 11).

Tělesné změny: změny vzhledu, termoregulace, činnosti smyslů, degenerativní změny kloubů, změny trávicího a vylučovacího systému, úbytek svalové hmoty, kardiopulmonální změny (Venglářová, 2007, s. 11).

Psychické změny: zhoršení paměti, nedůvěra, emoční labilita, změny vnímání, malá víra v sebe samu, hůře se učí nové věci (Venglářová, 2007, s. 12).

Sociální změny: ztráta blízkých lidí, odchod do důchodu, osamělost, finanční problémy, stěhování (Venglářová, 2007, s. 12).

Změny, které nastávají ve stáří, nejsou pouze negativní, ale můžeme na stáří hledat i pozitivní změny. Mezi pozitivní změny můžeme zařadit více času na vlastní záliby, vnoučata a rodinu, přátele, nacházení nových zájmů, odpočinek.

## **1.2 Potřeby seniorů**

Potřebu můžeme označit jako nedostatek či chybění něčeho, co je žádoucí. Psychický stav člověka ovlivňuje uspokojení i neuspokojení potřeb, a podle toho si jedinec utváří vzorec chování. Potřeby nejsou pouze odrazem chování k sobě samému, životu a prostředí, ale také prostředí má nároky na člověka. Potřeba člověka směřuje také k jiným lidem, předmětům a činnostem. Členění lidských potřeb podle holistického přístupu můžeme dělit na biologické potřeby – potřeby, které si žádá tělo, psychologické potřeby – bezpečí, jistota, sociální potřeby – kontakt s lidmi, komunikace, duchovní potřeby – potřeba odpuštění (Příbyl, 2015, s. 31,32).

Každý člověk je individuální bytost a má určité potřeby, zejména pak v seniorském věku je potřeba naplňovat určité potřeby i za pomoci druhých lidí. Pravdou zůstává, že si musí senioři nejprve zvyknout na fakt, že už mají určitá omezení a s některými potřebami budou potřebovat pomoc jiné osoby a změnit svůj odmítavý postoj k pomoci od druhých lidí (Příbyl, 2015, s. 31,32).

### 1.3 Specifické znaky nemoci ve stáří

V této podkapitole bych ráda popsala specifické znaky nemoci ve stáří, a to z důvodu, že v procesu stárnutí nás potkávají určitá zdravotní omezení spojená se stárnutím, kdy ubývají psychické, ale i fyzické síly. U pacientů bývají časté duševní poruchy, které provázejí nemoci ve stáří, a proto se dotknu i těchto poruch.

Polymorbidita – tento termín používáme, pokud jedinec trpí více chorobami najednou. U seniorů se může objevit např. diabetes mellitus, osteoporóza. Dále může docházet k tzv. řetězení chorob. Znamená to, že jedna choroba vyvolává druhou chorobu. Častým příkladem je imobilita, kdy je senior odkázaný na lůžko, a to sebou nese riziko vzniku dekubitů, nebo rychlejší úbytek svalové síly. Ve vyšším věku bývají chronická onemocnění typická, kdy počet nemocí narůstá a nedají se ve většině případů zcela vyléčit (Mlýnková, 2011).

Biologické změny – jak píše Mlýnková (2011), tělesné změny ve stáří se týkají většiny orgánových soustav. Nejvíce jsou viditelné na pohybovém ústrojí, ale také na kůži, dále probíhají i v jiných systémech:

- **kožní ústrojí** – kůže ztrácí schopnost zadržovat vodu, snižuje se elasticita kůže, tvoří se vrásky, objevují se tzv. stařecké fleky, dochází ke snížení aktivity mazových žláz, ztrátě tukové tkáně, která může zapříčinit tzv. papírovou kůži;

- **pohybové ústrojí** – může dojít ke změnám výšky a váhy, z důvodu ochabování kosterních svalů dochází k mírnému předklonu, další změnou je řídnutí kostí (osteoporóza), úbytek kloubní chrupavky má za následek bolestivost kloubů a zhoršenou pohyblivost;

- **kardiovaskulární systém** – klesá pracovní kapacita srdce, a to se projevuje při zvýšené fyzické aktivitě, srdce přečerpává méně krve, a tím dojde ke snížení průtoku krve všemi orgány. Klesá elasticita cév, může se objevit hypertenze, ukládání tukových látek a vápníku do stěn tepen, a tím vzniká ateroskleróza;

- **respirační systém** – typické pro seniory je zadýchávání, snižuje se vitální kapacita plic, klesá čistící schopnost řasinkového epitelu, a proto se častěji vyskytují záněty dýchacích cest;

- **trávicí systém** – zpomaleno vstřebávání vitamínů, živin včetně léků, opotřebením či ztrátou vlastního chrupu, snižuje se tvorba slin, oslabená peristaltika často způsobí zácpy. Může se objevit stařecká cukrovka;

- **pohlavní a vylučovací systém** – sexuální aktivita je velmi individuální. Ve vyšším věku se zpomaluje schopnost ledvin tvořit a vylučovat moč. Snižuje se kapacita močového měchýře a síla obou svěračů uretry, vzniká inkontinence;

- **nervový systém** – prodlužuje se reakční schopnost na podněty, jedná se o snížené psychomotorické tempo;

- **smyslové vnímání** – zhoršuje se výkonnost smyslových orgánů, časté postižení zraku a sluchu (Mlýnková, 2011).

Z důvodu těchto specifických nemocí ve stáří jsou senioři odkázáni na pomoc druhých osob, a tím se senior stává závislým. Závislost na druhých se podepisuje na psychice člověka, vznikají také duševní poruchy, kterým se budu věnovat na dalších řádcích.

Duševní poruchy, které se vyskytují ve stáří, jsou podobné těm, které se objevují i u mladších ročníků. U seniorů mohou být hůře rozpoznatelné, protože se změny mohou schovat za fyziologické změny. U seniorů se nejčastěji vyskytují poruchy paměti a organické změny mozku. Senior, který žije v zařízení a má podporu okolí a pracovníků, je náchylnější k duševním poruchám z důvodu ztráty samostatnosti a soběstačnosti (Venglářová, 2007, s. 18).

Depresivní syndrom u seniorů ovlivňuje kvalitu života seniora, ale také rodinných příslušníků a blízkých. Vede ke zhoršování tělesných onemocnění, ale také základních životních funkcí. Deprese se dá léčit, ale je dobré, aby se s léčbou začalo včas. Deprese

se může vyskytnout při ztrátě blízkého člověka, nebo při rapidním zhoršení zdravotního stavu, kdy na to senior není připravený (Venglářová, 2007, s. 18).

U depresivního syndromu mohou být příznaky stejné jako projevy demence, ale jsou příznaky, které pozitivně reagují na antidepressivní terapii. Mezi příznaky deprese řadíme pocity viny, suicidální myšlenky s tendencí tyto myšlenky zrealizovat, prostupující úzkostné stavy (Jirák, c2005, s. 175).

V seniorském věku se často setkáváme se seniory, kteří trpí demencemi. Demence jsou příznaky, které způsobilo nevratné poškození mozku, hlavně mozkové kůry. Nejčastější demencí s neurodegenerativním onemocněním je Alzheimerova choroba, mezi další časté demence řadíme např. Parkinsonovu chorobu (Holmerová, 2014, s. 65).

Demence je onemocnění, které vzniká po vytvoření poznávacích (kognitivních) funkcí a postupně dochází k úpadku těchto funkcí a omezuje jedince žít plně funkční život. Nejprve dochází ke ztrátě profesních zkušeností, ale později se přidají pro seniora mnohem vážnější funkce, a mezi ty patří manipulace s penězi, telefonování, nakupování. Senior potřebuje péči od okolí v oblastech sebeobsluhy, hygieny, oblékání, objevují se časté poruchy paměti a intelektu. Veškeré tyto změny se podepisují na psychické stránce seniora, kdy najednou nezvládá řešit situace, které pro něj bývaly standardní. Vyskytují se emoční změny, změny v chování, může se objevit agresivita, nebo naopak patické nálady spojené s depresí (Jirák, c2005, s. 167,168).

Alzheimerova nemoc je primárně onemocnění šedé kůry mozkové, vyvíjí se pomalu a dochází k trvalé progresi, vcelku brzo přichází změna osobnostních rysů, nemocní ztrácejí vědomí o pravidlech a ztrácí také své návyky a zvyklosti. Ztrácí své zájmy a narušují dlouholeté vztahy (Pidrman, 2007, s. 34-35).

#### **1.4 Propuštění pacienti**

Propuštěné pacienty z léčebny dlouhodobě nemocných často spojuje více znaků, mezi hlavní znaky patří snížená soběstačnost, potřeba pomoci druhé osoby, zhoršený

zdravotní stav, neschopnost postarat se sám o sebe v domácím prostředí. Propuštění pacienti z léčebny dlouhodobě nemocných mohou být propuštěni do domácího prostředí, kde budou fungovat za pomoci rodiny, sociálních služeb, nebo spojením obojího. Dalším místem propuštění v rámci Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví je překladi na tzv. sociální lůžka, kde mohou být klienti na dobu nezbytně nutnou, než je zajištěna další péče, nebo se jejich zdravotní stav a soběstačnost nezlepší natolik, že jsou schopni návratu do domácího prostředí. Z vlastních pracovních poznatků vím, že sociální lůžka jsou velmi vítanou alternativou pro rodinné příslušníky pacientů, kdy je o jejich rodinného příslušníka postaráno, než se uvolní kapacita v domově pro seniory. Další a také častou možností je propuštění pacienta z léčebny dlouhodobě nemocných do pobytových sociálních služeb.

V následující kapitole se budu zabývat zajištěním péče o seniora v domácím prostředí, péčí o seniora, dopady na rodinu při péči o seniora a podporou neformálních pečujících.

## 2 DOMÁCÍ PÉČE

Jak už z názvu kapitoly vyplývá, jedná se o péči v domácím prostředí. Péče může být poskytována terénní sociální službou, nebo pečováním rodiny i blízké osoby, doplněna může být také ambulantní formou sociální služby. Tyto tři formy se mohou navzájem doplňovat. V této práci jde především o to, kam jsou pacienti propuštěni po ukončení hospitalizace, zda to jsou sociální pobytové služby, nebo přirozené domácí prostředí. Při rozhodování rodiny, zda bude pečovat o svého rodinného příslušníka, hraje roli více faktorů, těmi faktory jsou strach ze ztráty zaměstnání, narušení soukromého a rodinného života, omezení v běžných denních činnostech, ztráta finančních prostředků spojená s nároky na péči. Většina propuštěných pacientů jsou senioři, stáří a potřeby ve stáří jsem popsala výše a nyní bych se zaměřila na péči poskytovanou v domácím prostředí, která může být v kombinaci sociální služby a rodiny, ale také odděleně. V dalších kapitolách vymezím sociální služby i příspěvek na péči. Všechny tyto pojmy jsou spolu propojené a fungují společně jako celek v zajištění péče o pečovanou osobu, ale také pečující osobu.

### 2.1 Zajištění péče v domácím prostředí

V dnešní době je široká nabídka terénních služeb, které mohou být vzájemně propojené. Osobám, které mohou být v domácím prostředí, to v určité míře pomáhá s psychickou stránkou, a tím pádem to vede k celkovému zlepšení zdravotního stavu. V domácím prostředí může být zajištěna zdravotní terénní služba, ale také terénní sociální služba a v kombinaci se spolupracující rodinou to může fungovat i v domácím prostředí bez větších komplikací. Mnoho rodin bere jako samozřejmost postarat se o rodinného příslušníka samostatně bez podpory sociálních služeb, ale jsou rodiny, které jsou schopny tuto péči zastřešit finančně, ale samy se nechtějí podílet na přímé péči.



## 2.2 Péče o staré lidi v rodině

Dle Jeřábka bývá péče o staré lidi vykonávána pro blaho starých lidí, kteří tuto péči nemohou vykonávat samostatně, ale zároveň jde o zachování důstojného života. O starší lidi se většinou starají členové rodiny, a proto je většinou nazývána péčí rodinnou. „Péče je prožívána jako práce z lásky, v níž práce musí pokračovat, i když láska klopýtne“ (Graham In Jeřábek 2013, s. 43). V péči jsou emoce, které jsou podmíněné závislostí mezi opečovávanou osobou a pečující osobou, a to podle Jeřábka platí i v péči o nesoběstačného starého člověka. Není to péče pouze o zdravou nukleární rodinu, ale také o rodiče, dítě či partnera s postižením (Jeřábek 2003, s. 43,44).

Tošnerová uvádí, že je důležité v péči o starého občana nezapomínat na své vlastní potřeby, pouze v takových případech může být péče vykonávána dobře (Tošnerová, 2002, s. 10).

Podle Dudové dochází ke stárnutí populace, a tím pádem narůstá počet starých osob, které budou potřebovat také péči a sníží se počet osob, které budou moci pečovat (Dudová, 2015, s. 9).

Podle Venglářové je v návaznosti na změny ve stáří nutností hledat nové způsoby života, bývají to změny v péči o sebe samu a větší nároky na pomoc od okolí. Moderní pohledy na stáří aktivně hledají vhodná řešení až při potřebě akutní péče. Většina lidí žije se svými blízkými a pro staré lidi to je zajisté varianta, která je pro ně nejvíce vyhovující, vhodné je doplnění terénní službou. Při zdravotních problémech, osamělosti, a pokud už rodina péči nezvládá, nastupuje institucionální péče (Venglářová 2007, s. 14).

V další podkapitole se budu věnovat domácí péči z pohledu rodinných příslušníků, jedná se o to, zda rodina chce, může a umí pečovat, ale také o určitou mezigenerační solidaritu.

## 2.3 Domácí péče z pohledu rodinných pečovatelů

Rodinní pečovatelé by si měli položit tři základní otázky předtím, než se rozhodnou pro péči o svého blízkého. Otázky jsou, zda umí, chtějí a mohou pečovat o závislou osobu:

**1) rodina musí chtít pečovat** – péče o závislou osobu ovlivňuje celý nastavený rodinný systém a nezáleží na tom, zda péče probíhá u pečované osoby, nebo u rodiny pečujícího. Pečující by měl cítit podporu celé rodiny, protože se zátěž přenáší i na další rodinné příslušníky. Rodina pečujícímu poskytuje psychické, fyzické, ale také emocionální zázemí. Při rozhodování, zda pečovat o rodinného příslušníka, hraje důležitou roli postoj partnera pečující osoby a jeho pohled na případná omezení. Další důležitou roli hraje, zda bude rodina pečujícího v péči pomáhat. Dalším faktorem může být i náboženské přesvědčení;

**2) rodina musí mít podmínky k péči** – pečující by měl být v dobré psychické i fyzické kondici. Zajištění finančních a bytových podmínek (úprava bytu, zajištění kompenzačních pomůcek) pro pečování o nemocnou osobu v domácím prostředí. Z důvodu časové náročnosti odchází pečující většinou ze zaměstnání, a tím může dojít k finančnímu ohrožení rodinného rozpočtu. Překážka, která může nastat v péči o rodinného příslušníka, je vzdálenost rodin, nebo povinnosti související se starostí o děti a domácnost;

**3) rodina musí umět pečovat** – péče o nemocnou osobu vyžaduje znalosti ze strany pečujícího. Specifika péče ovlivňují to, jak bude péče náročná. Pečující osoba musí mít praktické znalosti, jak o závislou osobu pečovat, a teoretické znalosti o samotné nemoci. Pokud má pečující málo informací, nebo praktických znalostí, tak to velmi negativně ovlivňuje jeho psychiku (Truhlářová, Levická, Vosečková, & Mydlíková, 2015, s. 33-34).

*„Je nesmírný rozdíl mezi péčí, která se poskytuje pár let, a péčí, která trvá deset a více let. Čas je proto významným činitelem, který péči jednak provází, ale zároveň i ovlivňuje“ (Michalík, 2010).*

V této podkapitole jsem pospala, jaké otázky si musí při rozhodování rodinní příslušníci položit. V následující podkapitole popíšu, jaké dopady má péče na rodinu pečujícího.

## **2.4 Dopady neformální péče na rodinu**

Podle Jeřábka (2005, s. 12) je rodina sociální institucí, která zastává důležitou roli v péči o osoby závislé na péči druhé osoby. Neformální péče je závislé osobě poskytována v přirozeném prostředí pečovaného, ať už ve své domácnosti či domácnosti rodinných příslušníků. Naléhavost péče o závislou osobu můžeme rozdělit do tří stupňů péče:

- **Podpůrná péče** – tato péče nutně nevyžaduje společné bydlení, klade důraz na emocionální složku. Hlavní je kontakt se společenským prostředím, o péči se starají členové širší rodiny, do péče zahrnujeme verbální, materiální a finanční podporu, nebo dohled nad každodenními činnostmi.

- **Neosobní péče** – pravidelná a časově náročná každodenní péče o domácnost, i tento stupeň péče zahrnuje materiální i emocionální podporu. Může být zajištěna pečovatelská služba v kombinaci s rodinnou péčí. Pro pečovanou osobu je nepostradatelná, avšak pro pečující náročná. Při této péči není nutnost celodenní přítomnost pečující osoby.

- **Osobní péče** – jedná se o nejnáročnější stupeň péče, kdy je zapotřebí nepřetržitá přítomnost pečující osoby, je velmi psychicky, fyzicky i časově náročná a vyžaduje velkou dávku profesionality pečující osoby. U tohoto typu neformální rodinné péče dochází k největším dopadům na pečující osoby a jejich sociální okolí.

Poskytování péče se odráží ve fungování rodiny a v osobním životě pečující osoby. Je potřeba vzít v úvahu náročnost péče podle druhu nemoci či handicapu, zda bude

pečující osoba na péči sama, nebo bude podpořena širší rodinou nebo terénní sociální službou (Jeřábek, 2005, s. 12).

V dlouhodobé péči je kritickým momentem pro pečující pocit sociální izolace, kdy díky časově náročné péči je postupně nedobrovolně vyřazován ze společenského života a ztrácí sociální kontakty. Pečující osoba nemá dostatek času a prostoru, který by mohla věnovat pouze své vlastní osobě. Dalším kritickým bodem může být nedostupnost sociálních služeb v místě, kde je péče poskytována (Zvěřová, 2017, s. 93). V následující podkapitole popíšu podporu neformálních pečujících, která úzce souvisí s dopady na rodinu neformálních pečujících.

## **2.5 Podpora neformálních pečujících**

Při rozhodování propuštění pacienta z léčebny dlouhodobě nemocných je ve hře více faktorů, kdy se musí osoba, která má být propuštěná, a pečující osoba rozhodnout, zda je vhodná péče v sociálních službách, nebo v domácím prostředí. Pokud chce rodina pečovat v domácím prostředí, zda má na to psychické a fyzické síly a přizpůsobené bytové podmínky.

Rozhodování o péči rodinného příslušníka je zásadním okamžikem celé rodiny, která se bude na péči podílet. Je důležité vzít na vědomí, že příchod nesoběstačné osoby změni celý chod domácnosti, hlavně pokud žila osoba doposud ve svém vlastním bydlení. Rodina si musí zajistit veškeré potřebné informace, důležité je, aby v rodině probíhala komunikace. Je nutné si uvědomit, že nelze vzít veškerou péči na sebe, ale podporovat pečovanou osobu v soběstačnosti v návaznosti na jeho aktuální zdravotní stav (Příbyl, 2015, s. 15).

Podpora pečujícím je ve více oblastech, z velké části to je rozhodně finanční podpora, ale dále také podpora sociálních služeb, např. respitní péče, odborné poradenství, svépomocné skupiny, nebo kombinováním sociálních služeb a domácí péče. Velkou roli zajisté hraje také podpora širší rodiny.

### 3 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

V této kapitole se budu věnovat příspěvku na péči, který je zásadní v mém cíli bakalářské práce, kdy se v roce 2019 zvýšila původní výše u III. a IV. stupně dávky, která není poskytována v pobytových sociálních službách, ale v domácím prostředí.

Příspěvek na péči je dávka, která je poskytována osobám z důvodu dlouhodobého nepříznivého stavu, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby, protože nejsou schopny samostatné péče o svou osobu. Stát se příspěvkem podílí na zajištění sociálních služeb a zvládání základních životních potřeb osob, které mají na tento příspěvek nárok. Podle míry zvládání základních životních potřeb je určen stupeň příspěvku. Okruhu základních životních potřeb se budu více věnovat níže. Poskytovatelem pomoci může být osoba blízká, asistent sociální péče (vysvětleno v následujícím odstavci), nebo poskytovatel sociálních služeb. Příspěvek na péči spravují krajské pobočky Úřadu práce. Příspěvek je hrazen ze státního rozpočtu (§7 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

**Asistent sociální péče** – není blízká osoba opečovávané osoby, ale pouze fyzická osoba, se kterou je uzavřena smlouva o poskytování pomoci. Asistent sociální péče musí být vždy uveden jako pečující osoba v žádosti o příspěvek na péči. V písemné smlouvě o poskytování pomoci musí být označeny smluvní strany, rozsah pomoci, místo a čas poskytování pomoci a výše úhrady za poskytnutou péči (Asistent sociální péče, 2012).

#### 3.1 Proces vyřizování příspěvku na péči

Zákon č. 108/2006 sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů stanovuje čtyři stupně závislosti v péči o posuzovanou osobu, které jsem popsala v předchozí podkapitole. V této podkapitole popíšu oblasti, které se posuzují v řízení o příspěvek na péči a jak samotné řízení vypadá.

Žádost o příspěvek na péči se podává na kontaktním pracovišti krajské pobočky Úřadu práce na speciálních formulářích, které jsou dostupné na internetových

stránkách MPSV, nebo v tištěné podobě na pobočkách úřadu práce. Po zařazení žádosti se sociální pracovnice domluví s žadatelem, nebo jeho zástupcem na termínu sociálního šetření. Při sociálním šetření jsou posuzovány oblasti základních životních potřeb (§9 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů):

- Mobilita
- Komunikace
- Orientace
- Stravování
- Oblékání a obouvání
- Tělesná hygiena
- Výkon fyziologické potřeby
- Péče o zdraví
- Osobní aktivity
- Péče o domácnost

Oblasti základních životních potřeb jsme popsala už v této podkapitole, protože v následujícím textu budou tyto oblasti důležité při posuzování stupně příspěvku na péči. V plném znění jsou základní životní potřeby popsány v Příloze č. 1.

Po sociálním šetření je žádost o dávku pozastavena a je vyzván ošetřující lékař k posouzení zdravotního stavu žadatele. Zdravotní stav žadatele poté posuzuje posudkový lékař okresní správy sociálního zabezpečení, který na základě sociálního šetření a posouzení zdravotního stavu určí stupeň závislosti, nebo žádost zamítne. Nárok na výplatu dávky vzniká dnem podání žádosti na příslušném kontaktním pracovišti krajské pobočky úřadu práce, pokud vznikl nárok na dávku (§9-13 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

### 3.2 Původní výše příspěvku

Vzhledem k cílové skupině, na kterou je tato práce zaměřená, zde popíšu pouze stupně a výše příspěvku pro osoby starší 18 let. Původní výše příspěvku v I. a II. stupni zůstává i nadále ve stejné výši, ve III. stupni byla zvýšena původní výše od 1. 7. 2019 a ve IV. stupni od 1. 4. 2019. Pro lepší přehled je vytvořena Tabulka č. 1 Původní a nová výše příspěvku (Sbírka zákonů, č. 47/2019, částka 19).

**Osoba starší 18 let je považovaná za závislou osobu na péči druhé osoby ve čtyřech stupních** (§8 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů):

**I. stupeň (lehká závislost)** – náleží osobám, které z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu nejsou schopny zvládat tři až čtyři základní životní potřeby.

**II. stupeň (středně těžká závislost)** – náleží osobám, které z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu nejsou schopny zvládat pět až šest základních životních potřeb.

**III. stupeň (těžká závislost)** – náleží osobám, které z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu nejsou schopny zvládat sedm až osm základních životních potřeb.

**IV. stupeň (úplná závislost)** – náleží osobám, které z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu nejsou schopny zvládat devět nebo deset základních životních potřeb.

Pro lepší přehlednost jsem vytvořila Tabulku č. 1 Původní a nová výše příspěvku, aby byl znatelný rozdíl v částkách.

Tabulka č. 1 Původní a nová výše příspěvku

	Původní výše před novelizací	Nová výše po novelizaci
I. stupeň	<b>880 Kč lehká závislost</b>	<b>880 Kč lehká závislost</b>
II. stupeň	<b>4.400 Kč středně těžká závislost</b>	<b>4.400 Kč středně těžká závislost</b>
III. stupeň	<b>8.800 Kč těžká závislost</b>	<b>8.800 Kč v pobytové sociální službě, 12.800 Kč v ostatních případech</b>
IV. stupeň	<b>13.200 Kč úplná závislost</b>	<b>13.200 Kč v pobytové sociální službě, 19.200 Kč v ostatních případech</b>

### 3.3 Novelizace zákona

K novelizaci zákona došlo z důvodu, aby se více podpořila domácí péče a rodiny se více staraly o své příbuzné, buď samostatně, nebo s podporou sociálních služeb, které popíšu v předposlední kapitole teoretické části. Díky novelizaci zákona č. 108/2006 sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, se změnila částka příspěvku na péči, pokud nejsou využívány pobytové sociální služby. Částka se změnila od 1. 4. 2019 u IV. stupně závislosti a od 1. 7. 2019 u III. stupně závislosti. Výše příspěvku na péči po novelizaci zákona jsem popsala v následujícím textu.

*„Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc*

*a) 880 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),*

*b) 4400 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),*

*c) jde-li o stupeň III (těžká závislost),*

*1. 8800 Kč, pokud osobě poskytuje pomoc poskytovatel pobytových sociálních služeb podle § 48, 49, 50, 51, 52 nebo dětský domov anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu,*

*2. 12800 Kč v ostatních případech,*

*d) jde-li o stupeň IV (úplná závislost),*



1. 13200 Kč, pokud osobě poskytuje pomoc poskytovatel pobytových sociálních služeb podle § 48, 49, 50, 51, 52 nebo dětský domov anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu,

2. 19200 Kč v ostatních případech.“ (§11 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Příspěvek na péči je velká finanční pomoc pro pečovanou osobu, která si z příspěvku může hradit sociální služby v domácím prostředí, nebo může finančně odměnit pečující osobu. Pokud závislá osoba využívá pobytové sociální služby, příspěvek náleží danému zařízení.

V následující kapitole se budu zabývat finanční podporou pečujících i pečovaných osob, kdy toto téma může být důležité při rozhodování, zda se postarat o rodinného příslušníka v domácím prostředí.

## 4 FINANČNÍ PODPORA

Ve druhé kapitole jsem se věnovala domácí péči, neformálním pečujícím a péči o seniora. V předchozí kapitole jsem se věnovala pro bakalářskou práci důležitému příspěvku na péči, ze kterého jsou hrazeny sociální služby, nebo je to finanční podpora při péči o rodinného příslušníka.

V této kapitole se budu věnovat finanční podpoře pečovaných a opečovávaných osob. Hraje to také důležitou roli při rozhodování, zda se rodina stane pečujícími.

### 4.1 Finanční podpora pečovaných osob

Jak jsem již popisovala výše, u pečujících osob je podpora ve více oblastech. Pečovaným osobám se také dostává určitá pozornost od státu. Zásadní roli hraje finanční podpora od státu, ale také podpora sociálních služeb, rodiny a známých. Pokud je osoba, o kterou je pečováno, v domácím prostředí a s rodinou, má to většinou pozitivní vliv na zdravotní stav a psychickou pohodu klienta či pacienta.

Příspěvku na péči jsem věnovala předchozí kapitolu, z důvodu stěžejního pojmu celé práce. Příspěvek na péči není jediná dávka, která může být poskytnuta, o dalších dávkách se zmíním v dalších odstavcích.

Příspěvek na mobilitu se poskytuje osobám starším jednoho roku, které se opakovaně dopravují za úhradu, anebo nejsou schopny dopravit se samostatně. Karta „ZTP“, nebo „ZTP/P“ je podmíněna přiznáním příspěvku na mobilitu. Měsíční částka činí 550,-. Dávka se neposkytuje, pokud jsou využívány pobytové sociální služby (§ 6 - 7 zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů).

Příspěvek na zvláštní pomůcku se poskytuje osobám, které mají těžkou vadu nosného, nebo pohybového aparátu, těžké sluchové či zrakové postižení. Dávka slouží k pokrytí nákladů na zvláštní pomůcku (§ 9 zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů).

O všechny tyto dávky se žádá na krajské pobočce Úřadu práce.

## **4.2 Finanční podpora pečujících osob**

Finanční podpora je pro pečující osoby velmi důležitá při rozhodování, zda se stát neformálním pečujícím. Pečování o blízkou osobu může znamenat snížený příjem, pokud je potřeba časově náročná péče o blízkého. V dalších řádcích popíšu, v jakých oblastech se stát snaží ulevit pečujícím osobám.

Stát je plátcem pojistného ze státního rozpočtu, pokud pečující osoba, která pečuje o pečovanou osobu ve II. – IV. stupni závislosti má hrazené zdravotní pojištění, dále má nárok na započítání náhradní doby pojištění, kde se jako příjem počítá příspěvek na péči, toto se týká osob, které nemají výdělečnou činnost. Pečující osoba, která má příjem ze zaměstnání, nebo ze samostatné výdělečné činnosti, je plátcem stát i pečující (§7 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů).

Příjem pečující osoby je osvobozen od daně z příjmu do výše příspěvku na péči (§4 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmu, ve znění pozdějších předpisů).

Náhradní doba zaměstnání se pečující osobě započítává, pokud žije trvale s pečovanou osobou, která je závislá ve II. – IV. stupni, a pečující osoba je uchazečem o zaměstnání a společně s pečovanou osobou hradí náklady na své potřeby (§41 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů).

Dlouhodobé ošetřovné umožňuje pojištěnci pečovat o osobu vyžadující dlouhodobou péči v domácím prostředí. Aby mohlo být dlouhodobé ošetřovné využito, musí mu předcházet hospitalizace minimálně 7 kalendářních dnů po sobě jdoucích a je zřejmé, že péče bude vyžadována minimálně po dobu 30 kalendářních dnů. Pečující osobou může být manžel/ka, registrovaný partner, druh/družka, příbuzný v přímé linii, nebo její manžel/ka či registrovaný partner. Podpůrní doba je u dlouhodobého ošetřovného stanovena na 90 kalendářních dnů, kdy se mohou pečující se souhlasem pečované osoby střídat. Výše dlouhodobého ošetřovného je 60% denního vyměřovacího

základu. Ošetřovaná osoba nesmí vykonávat zaměstnání ani samostatně výdělečnou činnost (§ 41 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů).

Domácí péče je finančně podpořena ze státního rozpočtu, ale není to jediné, co je důležité. Pečující osoba potřebuje také podporu od širší rodiny, přátel a sociálních služeb. V následující kapitole se budu věnovat sociálním službám, které mohou podporovat domácí péči, ale také jsou poskytovány v pobytových sociálních zařízeních.

## 5 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Tato kapitola o sociálních službách je velmi důležitá, protože bývá hlavní otázkou při jednání s pacientem, nebo jeho rodinou při pobytu a propuštění pacienta z léčebny dlouhodobě nemocných. Zdravotně-sociální pracovnice provádějí veškeré sociální poradenství hospitalizovaným pacientům, i jejich rodinným příslušníkům. V průběhu pobytu se podávají žádosti do domovů pro seniory a řeší se sociální služby v místě bydliště při případném propuštění pacienta do domácího prostředí. Zjišťuje se, zda jsou sociální služby v místě bydliště dostupné, nebo sociální služby využíval pacient před přijetím do léčebny dlouhodobě nemocných.

Sociální služby slouží k pomoci a podpoře člověka, který se ocitl v nepříznivé sociální situaci a omezuje ho to v běžných denních činnostech, které předtím zvládal, a nečinily mu problém. Takový člověk je ohrožen sociálním vyloučením, a proto se sociální služby snaží o navrácení k běžnému způsobu života (§1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Sociální služby mají několik základních činností pro poskytování péče, kterými jsou pomoc při zvládnutí běžných činností v péči o vlastní osobu, poskytnutí podmínek pro osobní hygienu a pomoc při osobní hygieně, poskytnutí nebo pomoc se zajištěním stravy, poskytnutí ubytování či přenocování, pomoc s chodem domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, základní sociální poradenství, zajištění kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutická činnost, telefonická krizová pomoc, nácvik dovedností a sebeobsluhy, pomoc při uplatňování práv (§35 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

**Formy sociálních služeb** (§33 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů)

- **pobytové sociální služby** – jsou poskytovány s ubytováním v pobytovém sociálním zařízení;
- **ambulantní sociální služby** - uživatelé za nimi dochází do zařízení;

- **terénní sociální služby** – jsou poskytovány v přirozeném domácím prostředí uživatele.

Sociální služby jsou velmi důležité při podpoře člověka, ale i samotných pečujících a rodinných příslušníků. V sociálních službách bývají občas poradníky s čekateli na sociální službu, a tak není mnohdy snadné sehnat vhodnou sociální službu s volnou kapacitou v místě bydliště.

**Sociální služby dělíme** (§32 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů):

- a) sociální poradenství
- b) služby sociální péče
- c) služby sociální prevence

## **5.1 Sociální poradenství**

Základní sociální poradenství probíhá ve všech formách sociálních služeb a každý sociální pracovník musí poskytnout základní informace k řešení nepříznivé sociální situace a vědět kam člověka nasměrovat. Sociální poradenství je dáno zákonem o sociálních službách, a proto jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni tuto činnost poskytnout (§37 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Odborné sociální poradenství je cíleno na potřeby jednotlivých okruhů lidí dané sociální skupiny. Poradenství může probíhat v poradnách pro seniory, občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro osoby se zdravotním postižením a podobně (§37 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Oba dva typy poradenství jsou vhodné jak pro samotné klienty, ale může je navštívit i rodina klienta, blízké i pečující osoby dané cílové skupiny. Klienti i rodiny klientů, kteří nejsou v nepříznivé sociální situaci a nepotřebují informace, nemají potřebu informace zjišťovat. Když se dostanou do nepříznivé sociální situace, mají potřebu po

velkém množství informací. V tuto chvíli jde samotným klientům a pečujícím o rozhodnutí, jak naloží s nepříznivou sociální situací, aby se mohli rozhodnout, co sami se sebou či svým blízkým udělají, jakou formu péče zvolí.

## 5.2 Služby sociální péče

*„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“ (§38 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).*

V dalších řádcích se budu věnovat konkrétním sociálním službám, kterých je velké množství. Vymezím je z důvodu, že při propuštění pacienta z léčebny dlouhodobě nemocných bývá ve většině případů návaznost na další sociální službu, ať už pobytovou, ambulantní či terénní.

**Mezi služby sociální péče řadíme** (§38 - 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů):

- **osobní asistence** – terénní služba, která může být poskytována 24 hod. denně, poskytuje stejně jako pečovatelská služba běžné denní úkony, které ale nejsou dopředu stanoveny a provádí se podle aktuálních potřeb klienta;

- **pečovatelská služba** – může být ambulantní formou např. koupání na středisku pečovatelské služby, nebo terénní formou, která je poskytována v domácím prostředí. Pečovatelská služba zajišťuje běžné denní úkony od hygieny, stravování až po nákupy a úklidy domácnosti;

- **tísňová péče** – terénní služba, která je schopna nepřetržitě zprostředkovat potřebnou lékařskou pomoc, zásah hasičů či policie;

- **průvodcovské a předčitatelské služby** – terénní a ambulantní služba pro osoby se sníženou schopností orientace k vykonání samostatného jednání;

- **podpora samostatného bydlení** – terénní služba, která má za úkol podporovat osoby k zachování života ve vlastní domácnosti;

- **odlehčovací služby** – ambulantní, terénní, ale i pobytová forma péče. Nejedná se o službu, která by měla za prvotní cíl pomoci klientovi se sníženou soběstačností, ale jedná se o odlehčení pečující osobě, která také musí mít prostor sama pro sebe, aby se předešlo vyhoření;

- **centra denních služeb** – ambulantní služba poskytující podporu k posílení dovedností a schopností osob, které mají sníženou soběstačnost;

- **denní stacionáře** – ambulantní forma, která je poskytována osobám, které potřebují pomoc při denních činnostech;

- **týdenní stacionáře** – obdoba denního stacionáře, s rozdílem pobytové služby v pracovních dnech;

- **domovy pro osoby se zdravotním postižením** – pobytová služba pro osoby se zdravotním postižením, které nejsou schopny samostatné péče o vlastní osobu;

- **domovy pro seniory** – pobytová služba pro osoby, které z důvodu věku, snížené soběstačnosti a nepříznivé sociální situaci potřebují komplexní péči druhé osoby, která nemůže být poskytována v domácím prostředí;

- **domovy se zvláštním režimem** – pobytová služba pro osoby se sníženou soběstačností, která vzniká z důvodu onemocnění. Jsou zde umístěny osoby z důvodu chronického duševního onemocnění, osoby s Alzheimerovou chorobou a jiným typem demence;

- **chráněné bydlení** – pobytová služba určená osobám s duševním onemocněním, zdravotním postižením a sníženou soběstačností, kde potřebují pouze mírnou pomoc v denních úkonech, ale zároveň jsou schopny jednotlivě, nebo ve skupinách zůstat v přirozeném prostředí;



- **sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení** – pobytová služba poskytovaná na dobu nezbytně nutnou, než je zajištěna další péče, je určena pacientům ve zdravotnickém zařízení, kteří nemohou být propuštěni do domácího prostředí.

Sociálních služeb máme velké množství a osoby v nepříznivé životní situaci jich v případě potřeby mohou využívat více najednou.

### 5.3 Služby sociální prevence

V minulé podkapitole jsem vymezila služby sociální péče, které jsou v návaznosti na propuštění pacienta. V této podkapitole se budu zabývat službami sociální prevence, je zde užší výběr zaměřený pouze na cílovou skupinu osob propuštěných z léčebny dlouhodobě nemocných. Protože to jsou služby sociální prevence, pomáhají zejména u osob bez přístřeší a seniorů, aby se předcházelo opětovným hospitalizacím.

Služby sociální prevence se snaží zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy konfliktem se společností. Cílem služeb je zabránit šíření nežádoucích společenských jevů z důvodu nepříznivé sociální situace (§53 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

**Služby sociální prevence** (§54 - 70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů):

- **azylové domy** – poskytují pomoc ve formě pobytové služby na přechodnou dobu pro osoby v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení;

- **intervenční centra** – pomoc obětem domácího násilí;

- **krizová pomoc** – terénní, ambulantní a na přechodnou dobu i pobytová pro osoby, které jsou ohrožené na zdraví a životě a nezvládnou situaci řešit samostatně;

- **sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením** – terénní a ambulantní služba, která poskytuje aktivizační činnosti seniorům a zdravotně postiženým;

- **sociální rehabilitace** – činnosti, které vedou osoby k soběstačnosti a osamostatnění;

- **telefonická krizová pomoc** – práce po telefonu s osobami, které se nacházejí v aktuální krizi, např. Linka bezpečí;

- **terénní programy** – pro osoby s rizikovým způsobem života, např. osoby bez přístřeší, drogově závislé. Cílem služby je osoby vyhledávat a zamezit, nebo zmírnit rizikové chování. Služba zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, nebo pomáhá při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí;

- **tlumočnické služby** – ambulantní a terénní služba pro osoby, které mají problémy v komunikaci v důsledku smyslového postižení;

- **noclehárny** – ambulantní služba, která je poskytována osobám bez přístřeší, hlavním cílem je zajistit hygienickou péči a přenocování.

V této kapitole jsem věnovala pozornost sociálním službám. V České republice dělíme služby do více typů a forem, každý sociální pracovník by měl být schopen poskytnout základní sociální poradenství a následně pacienta či klienta nasměrovat na konkrétní sociální službu podle vyhodnocení nepříznivé situace. Sociální služby jsou poskytnuty za úhradu či bezplatně, a tomu se budu věnovat v následující podkapitole.

#### **5.4 Úhrada nákladů za sociální služby**

Sociální služby jsou poskytovány osobám bez úhrady, s částečnou nebo plnou úhradou za poskytování sociální služby. Výše úhrady za poskytování sociální služby je sjednána ve smlouvě o poskytování sociální služby. Poskytovatel sociální služby může sjednat s osobou blízkou osobě spoluúčast na úhradě nákladů za poskytování sociální služby, pokud nemá osoba, které je sociální služba poskytována vlastní příjem, nebo je příjem nedostačující (§71 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Nyní vyčlením sociální služby bez úhrady nákladů za poskytování sociální služby a služby, které se poskytují za úhradu. Zmíním pouze sociální služby, které jsem popisovala v celé práci, a vztahují se k tématu práce.

**Sociální služby bez úhrady** – sociální poradenství, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, krizová pomoc, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro seniory a zdravotně postižené, terénní programy, sociální rehabilitace, sociální služby intervenčních center (§72 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

**Sociální služby poskytované za úhradu** – a) pobytové sociální služby – týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, zdravotnická zařízení lůžkové péče (§73 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

b) za poskytované sociální služby – pečovatelská služba, osobní asistence, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služby, služby denních center, denní stacionáře, za sociální služby a v azylových domech, terapeutických komunitách, v zařízeních následné péče (§75 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

## 6 LÉČEBNA DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH

V této kapitole představím Léčebnu dlouhodobě nemocných v Rybitví, a to z důvodu, že zde probíhalo výzkumné šetření k naplnění cíle práce.

Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví je příspěvkovou organizací Pardubického kraje. Jedná se o zdravotnické zařízení následné péče, kam jsou pacienti odesláni z nemocnice, nebo na doporučení praktického lékaře z domácího prostředí, z důvodu zhoršeného zdravotního stavu, ztráty soběstačnosti, následkem akutního stavu k doléčení, k rehabilitaci po úrazech. Léčebna je rozdělena na tři zdravotní oddělení a má 97 lůžek a jedno sociální oddělení o 17 lůžkách. Oddělení A je zdravotnický úsek a má kapacitu 36 lůžek. Oddělení B je zdravotnický úsek a má kapacitu 36 lůžek. Tato dvě oddělení jsou určena převážně k rehabilitaci a ošetrovatelské péči. Oddělení C má kapacitu 25 lůžek a je zaměřeno více na výkon ošetrovatelské a lékařské péče, ale i na tomto oddělení probíhá rehabilitace. Hlavním zaměřením bývá doléčení akutních stavů, ošetrovatelská a rehabilitační péče. Následná péče by neměla délkou trvání přesáhnout tři měsíce, za tuto dobu by mělo dojít ke zlepšení zdravotního stavu. Pokud není člověk ani poté schopen fungovat samostatně v domácím prostředí a není volná kapacita sociálních služeb a pacient nemá rodinu, která by se mohla postarat, a ani není volná kapacita v domově pro seniory, může se hospitalizace prodloužit. Léčebna dlouhodobě nemocných spolupracuje s Magistrátem města Pardubice, který se taktéž snaží o umístění osob. V léčebně je kladen důraz na lékařskou, ošetrovatelskou a rehabilitační péči. V neposlední řadě je součástí léčebného procesu kognitivní rehabilitace. Pro pacienty i rodinné příslušníky jsou k dispozici zdravotně-sociální pracovníci (Provozní řád, 2018).

Léčebna zajišťuje také sociální službu poskytovanou ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče, která má kapacitu 17 lůžek a spadá pod § 52 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Sociální pobytová služba slouží na dobu nezbytně nutnou, než je zajištěna další péče, ve většině případů se jedná o domovy pro seniory, ale může dojít k rapidnímu zlepšení zdravotního stavu a zlepšení

soběstačnosti, že je možný návrat klienta do domácího prostředí. Sociální služba v rámci léčebny se liší tím, že není zapotřebí neustálý lékařský dohled, ale pouze ošetrovatelská péče. O klienty se starají pracovníce v sociálních službách, sociální pracovníce, zdravotnický asistent a fyzioterapeut. V rámci sociálního oddělení probíhají také aktivizace klientů, procházky do parku, posezení venku u kávy, canisterapie – terapie pomocí psů a caviaterapie – terapie pomocí morčat (Sociální standardy, 2018).

## **6.1 Cílová skupina**

Péče Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví je poskytována všem nemocným lidem bez ohledu na věk, kteří potřebují dlouhodobou lékařskou, ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Největší procento pacientů jsou lidé seniorského věku, kteří bývají často imobilní, s projevy demence. Do léčebny se dostávají zejména z důvodu zlomenin krčku, cévních mozkových příhod, dehydratací, nebo z důvodů dekubitů, kde je potřeba pravidelná péče. Další skupinou jsou osoby bez přístřeší, které se do léčebny dostanou z nemocnice, kam jsou většinou přijaty pro dehydrataci, alkoholové demence, bércové vředy. Poslední skupinou jsou osoby ve středním věku, které se do léčebny dostanou pro vážné úrazové stavy. (Provozní řád, 2018).

## **6.2 Personální obsazení**

V čele Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví stojí ředitelka, která má na starosti chod zařízení a veškeré zaměstnance, má svou zástupkyni, dále je důležitým členem týmu primář a hlavní sestra léčebny. Hospodářsko-technický úsek má na starosti majetkovou a finanční správu léčebny. Účetní zařizují vybírání důchodů pro pacienty na základě příkazní smlouvy, mají na starosti depozitní účty a výběry peněz pacientů, vyřizují dědictví na základě notářského rozhodnutí, mají na starosti příchozí a odchozí platby a správu bankovního účtu léčebny (Personální směrnice, 2018).

Lékařský dohled je zajištěný neustále, kdy přes den je jeden lékař na každém zdravotním oddělení, na sociální oddělení pouze dohlíží jeden z lékařů ze zdravotního

oddělení. Odpoledne slouží jeden lékař, který má na starosti celou léčebnu. Lékaři určují medikaci podle aktuální potřeby a rozhodují o rehabilitační a ošetrovatelské péči, popř. rozhodují o transportu pacienta do nemocnice, ať už v akutním stavu, tak na různá cílená vyšetření (Personální směrnice, 2018).

Zdravotnický a ošetrojící personál má na starosti zajištění fyziologických potřeb pacientů, polohování. Zdravotnický personál podává medikace a provádí ošetrovatelské úkony, kterými jsou převazy, péče o stomie, tracheostomie, permanentní močový katetr aj. (Personální směrnice, 2018).

Fyzioterapeuti se snaží o zlepšení funkcí pohybového aparátu pacientů. Nacvičují s pacienty chůzi, chůzi na schodech, přesuny z postele na invalidní vozík, toaletní křeslo, nebo židli. Pokud je pacient imobilní, provádí fyzioterapeut aktivní, nebo pasivní cvičení na polohovací posteli. Cvičení je velmi důležité, aby pacient zvládl v rámci svých možností na lůžku změnu polohy, a to z důvodu prevence dekubitů. V případě pasivního pacienta jsou používány antidekubitní matrace a pravidelné polohování na lůžku (Personální směrnice, 2018).

Pracovnice kognitivní rehabilitace jsou nedílnou součástí celého týmu léčebny. S každým pacientem při nástupu do léčebny vyplní pracovnice test kognitivních funkcí, kde se stanoví mentální úroveň pacienta, podle které je následně zařazen do kognitivní skupinky, podle počtu bodů z testu. Tyto skupinky se setkávají každý den a jde o zlepšení kognitivních funkcí. Při odchodu z léčebny se dělá znovu stejný test a zjišťuje se, zda došlo ke zlepšení kognitivních funkcí. Pracovnice kognitivní rehabilitace chodí také na individuální návštěvy k imobilním pacientům, kteří nemohou ze zdravotních důvodů sedět v invalidním vozíku nebo geriatrickém křesle, s klienty vytváří rukodělné práce ke zlepšení jemné motoriky (Personální směrnice, 2018).

Zdravotně-sociální pracovnice zjišťují sociální anamnézu pacientů, provádí základní i odborné sociální poradenství pro rodinné příslušníky a pacienty, komunikují s úřady, zařizují přeposílání důchodů. Vyplňují s pacienty žádosti do pobytových sociálních služeb, se kterými také komunikují o dostupných kapacitách. Při sociálních šetřeních

z domovů pro seniory a úřadu práce komunikují se sociálními pracovníky (Personální směrnice, 2018). Všichni pracovníci léčebny se podílí na aktivitách pro veřejnost, o kterých budu psát v následující podkapitole.

### **6.3 Aktivity v rámci léčebny**

Léčebna dlouhodobě nemocných je zdravotnické zařízení, ale pořádá každoročně také několik aktivit pro širokou veřejnost, aby lidé měli představu o práci a prostředí v léčebně. (Vnitřní řád, 2018).

Den zdraví spojený s jarmarkem je pro širokou veřejnost, pozvané školky a školy, kde je přizpůsobený program každé věkové kategorii, aby došlo k propojení pacientů s dětmi. Lidé si mohou nechat změřit tlak, hladinu cukru v krvi, zjistit, jestli provádějí správnou hygienu rukou (Vnitřní řád, 2018).

Den první pomoci je určený v první řadě pro zaměstnance léčebny, ale jsou pozváni také zástupci z Krajského úřadu Pardubického kraje, Magistrátu města Pardubice a různých obvodů. Školení je velice zajímavé, jsou zde modelové situace pod dohledem zkušených záchranářů a skupinka musí akutně jednat (Vnitřní řád, 2018).

Zpívání vánočních koled, kdy chodí zpívat děti ze školy a školky a pacienti zpívají koledy s nimi (Vnitřní řád, 2018).

Veškeré tyto aktivity jsou zpestřením pro pacienty i zaměstnance, ale je to také správný nástroj k tomu, aby i laická veřejnost měla povědomí o celém zařízení (Vnitřní řád, 2018).

Projekt Podaná ruka – slouží pouze jako informativní a ukázková schůzka, která má pomoci přímo v domácnosti bez nutnosti následné hospitalizace v Léčebně dlouhodobě nemocných Rybitví. Schůzky se účastní zdravotně-sociální pracovníce a zdravotní sestra a dávají rady ohledně kompenzačních pomůcek, hygieny, přímé péče, výživy, polohování. Doporučí vhodné dávky a sociální a zdravotní služby, na které předávají kontakty (Vnitřní řád, 2018).

## 7 SHRNU TÍ

V teoretické části jsem vymezila nejdůležitější pojmy, které se týkají propuštění pacienta z léčebny dlouhodobě nemocných. Nejčastějšími pacienty jsou senioři, a proto jsem vymezila stáří, specifika nemocí ve stáří a duševní poruchy ve stáří, nedílnou součástí jsou potřeby seniorů, o kterých jsem se také zmínila.

Ve druhé kapitole se věnuji domácí péči, která zahrnuje péči o staré lidi v rodině, dopadům na rodinu, podpoře neformálních pečujících a pečovaných osob. Ve třetí kapitole popisuji příspěvek na péči, původní i novou výši příspěvku, a jak probíhá řízení při žádosti o tuto dávku. Tato kapitola je velmi důležitá, protože budu v metodické části zjišťovat, zda bude mít zvýšení příspěvku na péči vliv při rozhodování rodinných příslušníků, zda se postarají o svého příbuzného v domácím prostředí.

Čtvrtá kapitola je zaměřena na finanční podporu od státu ve formě dávek a úlev od státu pro pečující osoby. Neformální potencionální pečovatelé mají svůj osobní i rodinný život, práci, a je na nich zvážít všechna pro a proti při péči o rodinného příslušníka.

V další kapitole jsem se věnovala sociálním službám, ty jsou velice důležité při propuštění pacienta, ať už do domácího prostředí, tak do pobytových sociálních služeb. V domácím prostředí může být kombinováno více ambulantních a terénních sociálních služeb. Sociální služby jsou důležité pro pečované osoby jako podpora a pomoc při snížené soběstačnosti a zhoršenému zdravotnímu stavu, ale také pro pečující jako prevence vyhoření, kdy mohou využít odlehčovací služby (terénního, ambulantního i pobytového charakteru).

V poslední kapitole jsem představila Léčebnu dlouhodobě nemocných v Rybitví, kde jsem celý výzkum prováděla.



## II. EMPIRICKÁ ČÁST

Cílem práce bylo zjistit, kam jsou nejčastěji propuštěni pacienti po hospitalizaci v léčebně dlouhodobě nemocných, jestli jsou pacienti častěji propuštěni do domácího prostředí, nebo do pobytových sociálních služeb. Zda se situace změnila po novelizaci zákona o sociálních službách v roce 2019, kdy se zvýšil příspěvek na péči ve III. a IV. stupni pro osoby, které nevyužívají pobytové sociální služby.

Výzkum byl zaměřený na propuštění pacientů z Léčebny dlouhodobě nemocných v Rybitví, kde jsem celý výzkum prováděla a pracovala jsem zde se spisovou dokumentací propuštěných pacientů, ke kterým mám jako zaměstnanec přístup. K realizaci výzkumu jsem získala souhlas organizace. V roce 2019 došlo k novelizaci zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kdy se zvýšila částka příspěvku na péči ve III. a IV. stupni závislosti, pokud je závislá osoba v domácím prostředí. Hlavním cílem zvýšení příspěvku bylo zmobilizovat rodinné příslušníky k péči o svého blízkého. Zkoumala jsem, jestli bude rozdíl v počtu propuštěných pacientů do domácího prostředí s novou výší příspěvku, nebo nebude znatelný rozdíl oproti původní výši příspěvku.

### **Místo výzkumu**

Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví je příspěvkovou organizací Pardubického kraje. Jedná se o zdravotnické zařízení následné péče, kam jsou pacienti odesíláni z nemocnice, nebo na doporučení praktického lékaře z domácího prostředí. Hospitalizace může být z důvodu zhoršeného zdravotního stavu, snížené soběstačnosti, nebo doléčení akutních stavů. Léčebna je rozdělena na tři zdravotní oddělení o 97 lůžkách a jednoho sociálního oddělení o 17 lůžkách. Podrobný popis jsem již popisovala v šesté kapitole.

# 1 VÝZKUMNÁ OTÁZKA

Cílem práce bude zjistit, kam jsou nejčastěji propuštěni pacienti po hospitalizaci v léčebně dlouhodobě nemocných. Zjistit, zda jsou pacienti častěji propuštěni do domácího prostředí nebo do sociálních pobytových služeb. Zda se situace změnila po novelizaci zákona o sociálních službách, kdy se zvýší příspěvek na péči ve III. a IV. stupni pro osoby, které nevyužívají pobytové služby.

**Výzkumná otázka č. 1** Kam jsou nejčastěji propuštěni pacienti po hospitalizaci v Léčebně dlouhodobě nemocných Rybitví?

**Výzkumná otázka č. 2** Změnila se skladba míst, kam byli pacienti propuštěni, po novelizaci zákona o sociálních službách, kdy se zvýšil příspěvek na péči ve III. a IV. stupni pro osoby, které nevyužívají pobytové služby?

## 1.1 Výběr respondentů

Zkoumání budou všichni propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných v Rybitví v časovém období od 1. 1. 2019 – 31. 3. 2019 (poslední čtvrtletí původní výše příspěvku na péči) a od 1. 8. 2019 – 31. 10. 2019 (nová výše příspěvku na péči). Pacienti, kteří byli propuštěni do domácího prostředí, do sociálních pobytových služeb, zdravotnických zařízení, pacienti přesunuti v rámci léčebny na sociální službu, nebo hospitalizace skončila úmrtím pacienta.

## 1.2 Strategie sběru dat

Ve své bakalářské práci použiji kvantitativní strategii zkoumání, metodu analýzy dokumentů. Zkoumání budou všichni propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných v Rybitví, a to v časovém období od 1. 1. 2019 – 31. 3. 2019 (původní výše příspěvku na péči) a od 1. 8. 2019 – 31. 10. 2019 (nová výše příspěvku na péči). Nová výše příspěvku na péči je platná od 1. 7. 2019, sběr dat jsem prováděla od 1. 8. 2019 z důvodu, aby uplynul alespoň jeden měsíc od platnosti novely a informace o zvýšení se dostaly mezi širokou veřejnost. Budu pracovat pouze se spisovou dokumentací, nikoliv se samotnými pacienty.

### 1.3 Předvýzkum

Vzhledem k tomu, že nebyl použit dotazník či rozhovor s respondenty a pracovala jsem pouze se spisovou dokumentací, předvýzkum nebyl proveden.

### 1.4 Sběr dat

V Léčebně dlouhodobě nemocných Rybitví je každý den aktualizován stav pacientů, jsou evidovány nové příjmy, úmrtí pacientů, propuštění do domácího prostředí, propuštění či překlady do zdravotnických zařízení, rehabilitačních center, nebo do pobytových sociálních služeb. K veškerým materiálům mám jako zaměstnanec léčebny přístup, a proto jsem si potřebné informace mohla vyhledat ve spisové dokumentaci propuštěných pacientů, ke kterým jsem měla souhlas organizace. Dokumentace je vedena v elektronické podobě v programu Fons, kde jsou uvedeny veškeré údaje o pacientovi, jeho sociální, ošetrovatelské i lékařské záznamy. Do záznamů zapisuje lékař, zdravotní personál, rehabilitační sestry, zdravotně sociální pracovníce a pracovníce kognitivní rehabilitace. Každý pacient má na oddělení svou složku, kam jsou ukládány v tištěné podobě záznamy pacienta. Další složku mají pacienti u zdravotně sociálních pracovníků, kde jsou pouze sociální záznamy (komunikace s pacientem, rodinou, řešení sociální situace, komunikace s úřady aj.). Po ukončení hospitalizace jsou tištěné materiály archivovány. Archivace je na 10 let (v případě úmrtí), nebo na 20 let v ostatních případech. Vyhledávala jsem ve sledovaném období aktuální denní stav pacientů, ze kterého jsem poté vypočítala průměrnou měsíční obložnost, dále jsem zjišťovala počty propuštěných pacientů do domovů pro seniory, domácího prostředí, překlady na sociální službu v rámci léčebny a překlady do jiných zdravotnických zařízení, v neposlední řadě také úmrtí jednotlivých pacientů, které jsem také musela zařadit do zkoumání z důvodu, že to některé měsíce bohužel nebývají malá čísla.

Analýzu jsem zpracovala pomocí tabulek a následně vytvořila grafy jednotlivých měsíců. Na závěr jsem vytvořila pouze jednu tabulku a jeden graf, kde jsem porovnávala pouze propouštěné pacienty do domácího prostředí v měsících, kdy byla

původní výše a nová výše příspěvku, aby byl patrný rozdíl počtu propuštěných pacientů. Pro lepší přehled jsem také vytvořila graf č. 8 Ukončené hospitalizace, aby bylo názorně vidět, kam nejčastěji proběhlo propuštění pacienta.

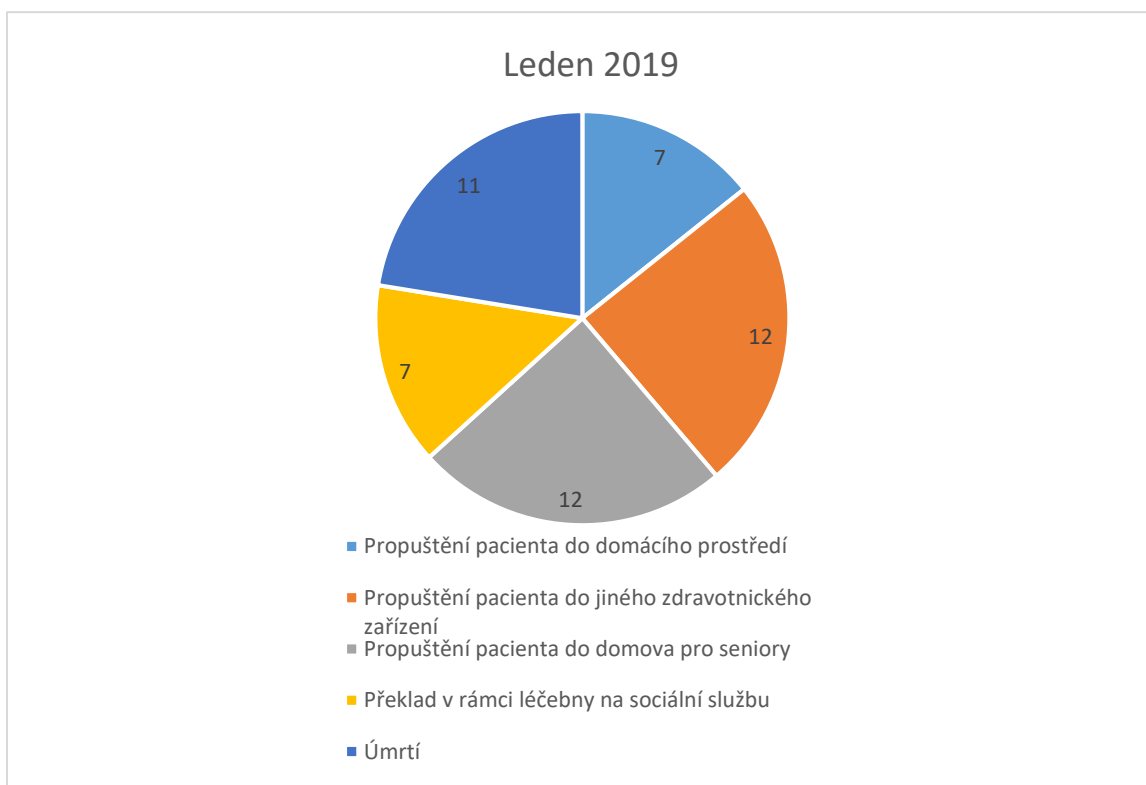
## 2 VÝSLEDKY ANALÝZY DOKUMENTŮ

Leden 2019 byl prvním zkoumaným měsícem, kdy byla průměrná měsíční obloženost 93 pacientů.

Tabulka č. 2 Leden 2019 – propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví

Propuštění pacienta do domácího prostředí	7
Propuštění pacienta do jiného zdravotnického zařízení	12
Propuštění pacienta do pobytové sociální služby	12
Překlad v rámci léčebny na sociální službu	7
Úmrtí	11
Celkem	49

Graf č. 1 Leden 2019 – propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví



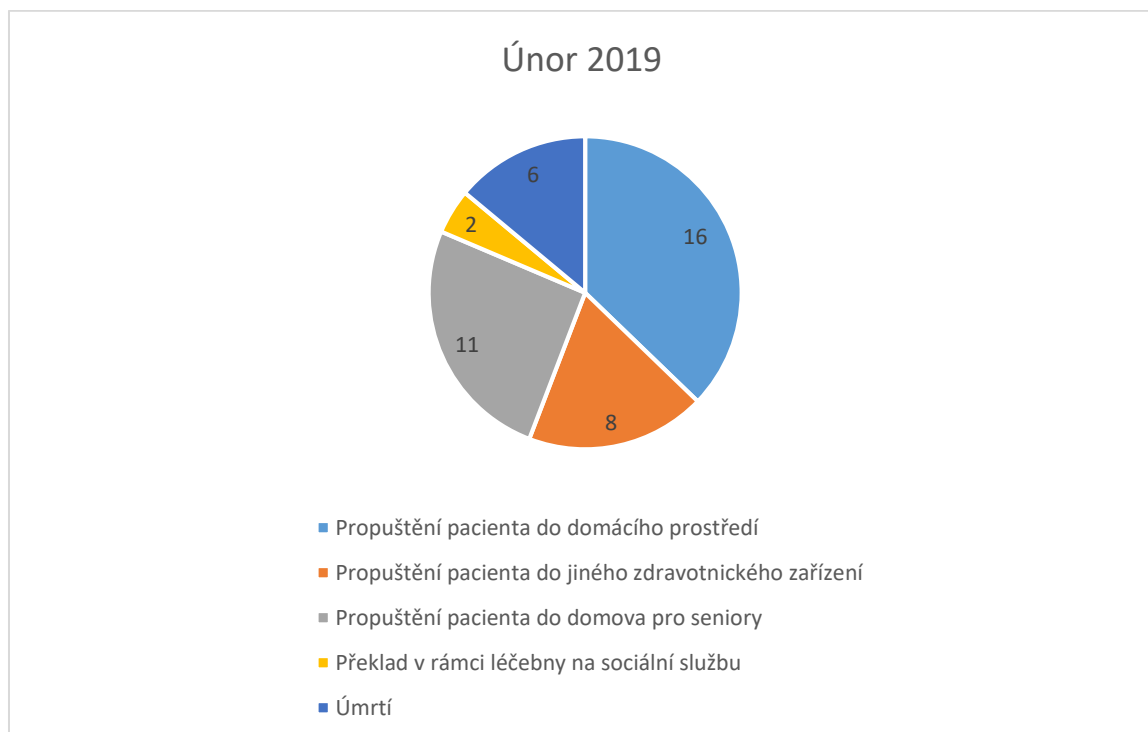
Z dat uvedených v tabulce č. 2 vyplývá, že tento měsíc bylo 12 propuštěných pacientů do domovů pro seniory a 12 pacientů bylo přeloženo či propuštěno do zdravotnického zařízení, 11 pacientů v měsíci lednu zemřelo, a po 7 pacientech došlo k překladu na sociální službu v rámci léčebny a propuštění do domácího prostředí.

Únor 2019 byl druhým zkoumaným měsícem, kdy byla průměrná měsíční obložnost 96 pacientů.

Tabulka č. 3 Únor 2019 – propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví

Propuštění pacienta do domácího prostředí	16
Propuštění pacienta do jiného zdravotnického zařízení	8
Propuštění pacienta do pobytové sociální služby	11
Překlad v rámci léčebny na sociální službu	2
Úmrtí	6
Celkem	43

Graf č. 2 Únor 2019 – propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví



Z dat uvedených v tabulce č. 3 vyplývá, že tento měsíc bylo 11 pacientů propuštěno do domovů pro seniory a 8 pacientů bylo přeloženo či propuštěno do zdravotnického

zařízení, 6 pacientů v měsíci lednu zemřelo, pouze u 2 pacientů došlo k překladi na sociální službu v rámci léčebny a bylo 16 propuštěných pacientů do domácího prostředí.

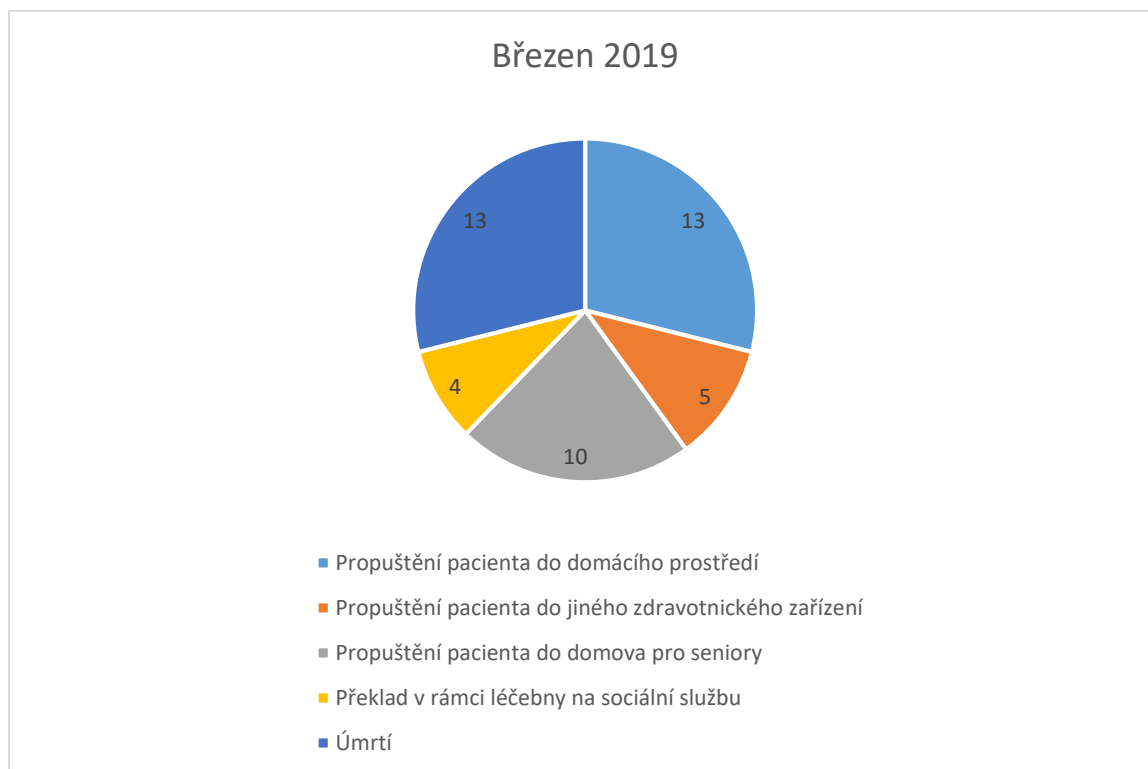


Březen 2019 byl posledním zkoumaným měsícem s původní výší příspěvku, kdy byla průměrná měsíční obložnost 95 pacientů.

Tabulka č. 4 Březen 2019 – propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví

Propuštění pacienta do domácího prostředí	13
Propuštění pacienta do jiného zdravotnického zařízení	5
Propuštění pacienta do pobytové sociální služby	10
Překlad v rámci léčebny na sociální službu	4
Úmrtí	13
Celkem	45

Graf č. 3 Březen 2019 – propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví



Z dat uvedených v tabulce č. 4 vyplývá, že tento měsíc bylo 10 pacientů propuštěno do domovů pro seniory a 5 pacientů bylo přeloženo či propuštěno do zdravotnického

zařízení, 13 pacientů v měsíci lednu zemřelo, pouze u 4 pacientů došlo k překladi na sociální službu v rámci léčebny a bylo 13 propuštěných pacientů do domácího prostředí.

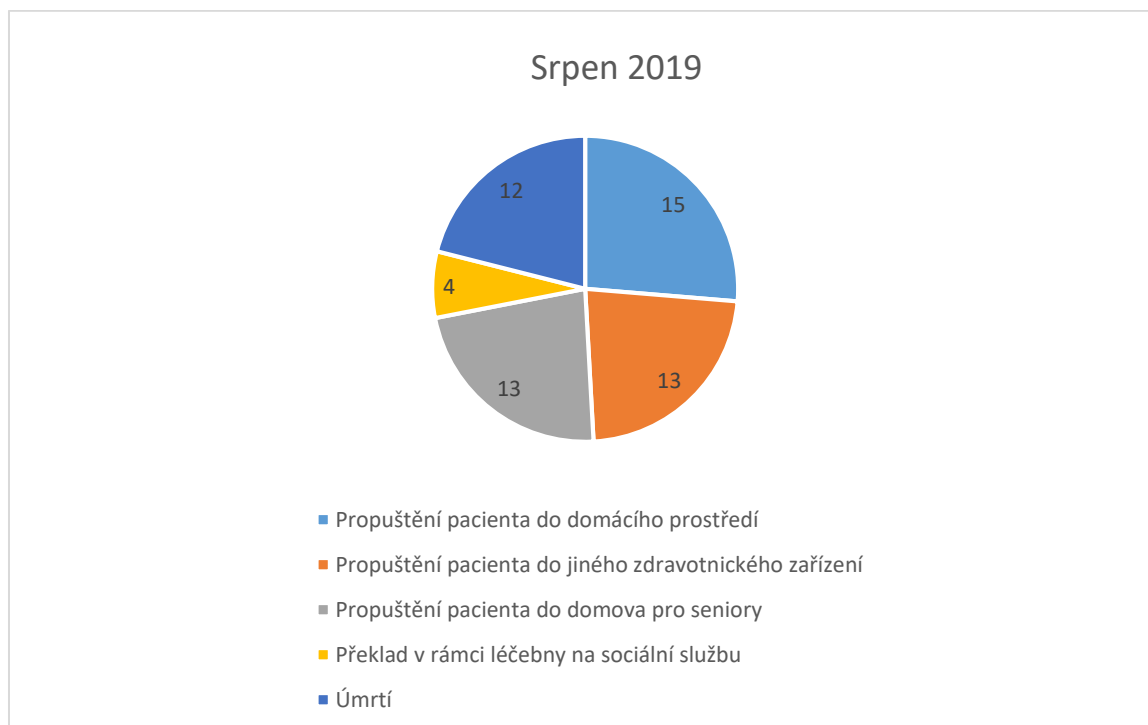
Z výsledků za původní výše vyplynulo, že je stále menší počet propuštěných pacientů do domácího prostředí oproti jiným možnostem. V dalších třech tabulkách a grafech jsem zjišťovala, zda se tato čísla propuštěných pacientů změnila s novou výší příspěvku.

V srpnu 2019 bylo první zkoumání, kdy byla nová výše příspěvku na péči, při průměrné obložnosti 97 pacientů.

Tabulka č. 5 Srpen 2019 – propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví

Propuštění pacienta do domácího prostředí	15
Propuštění pacienta do jiného zdravotnického zařízení	13
Propuštění pacienta do pobytové sociální služby	13
Překlad v rámci léčebny na sociální službu	4
Úmrtí	12
Celkem	57

Graf č. 4 Srpen 2019 – propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví



Z dat uvedených v tabulce č. 5 vyplývá, že tento měsíc bylo 13 pacientů propuštěno do domovů pro seniory a 13 pacientů bylo přeloženo či propuštěno do zdravotnického

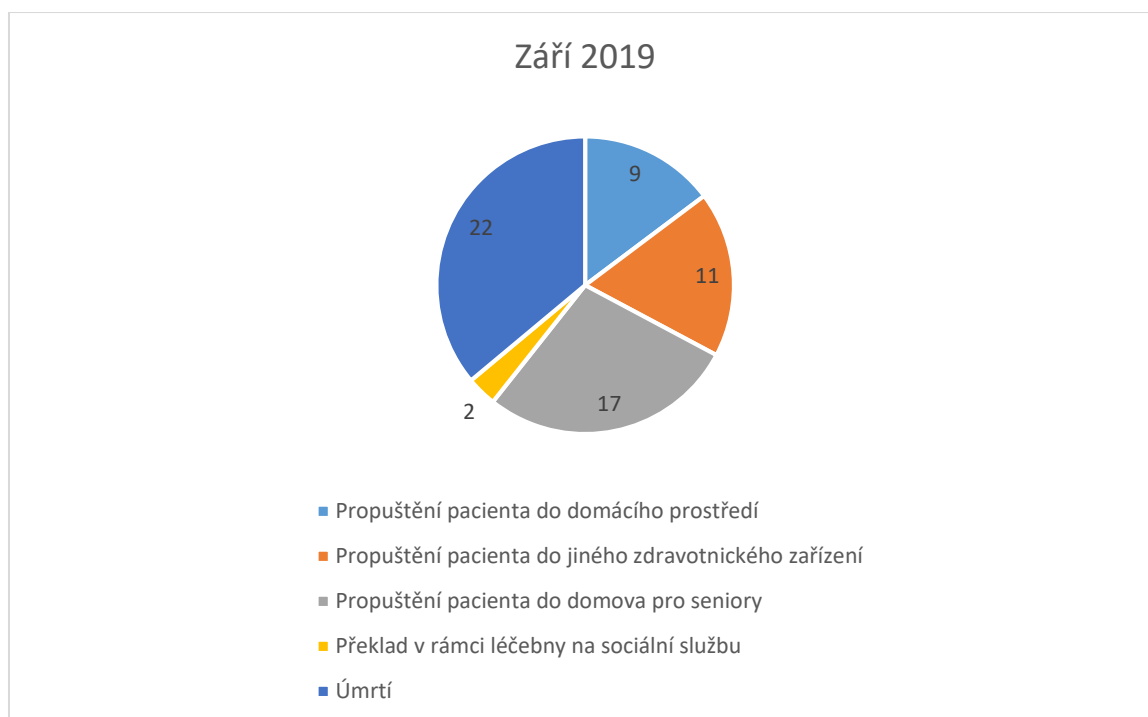
zařízení, 12 pacientů v měsíci lednu zemřelo, pouze u 4 pacientů došlo k překladi na sociální službu v rámci léčebny a bylo 13 propuštěných pacientů do domácího prostředí.

Září 2019 byl dalším zkoumaným měsícem, kdy byla průměrná měsíční obložnost 94 pacientů.

Tabulka č. 6 Září 2019 – propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví

Propuštění pacienta do domácího prostředí	9
Propuštění pacienta do jiného zdravotnického zařízení	11
Propuštění pacienta do pobytové sociální služby	17
Překlad v rámci léčebny na sociální službu	2
Úmrtí	22
Celkem	61

Graf č. 5 Září 2019 – propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví



Z dat uvedených v tabulce č. 6 vyplývá, že tento měsíc bylo 17 pacientů propuštěno do domovů pro seniory a 11 pacientů bylo přeloženo či propuštěno do zdravotnického zařízení, 22 pacientů v měsíci lednu zemřelo, pouze u 2 pacientů došlo k překlada na

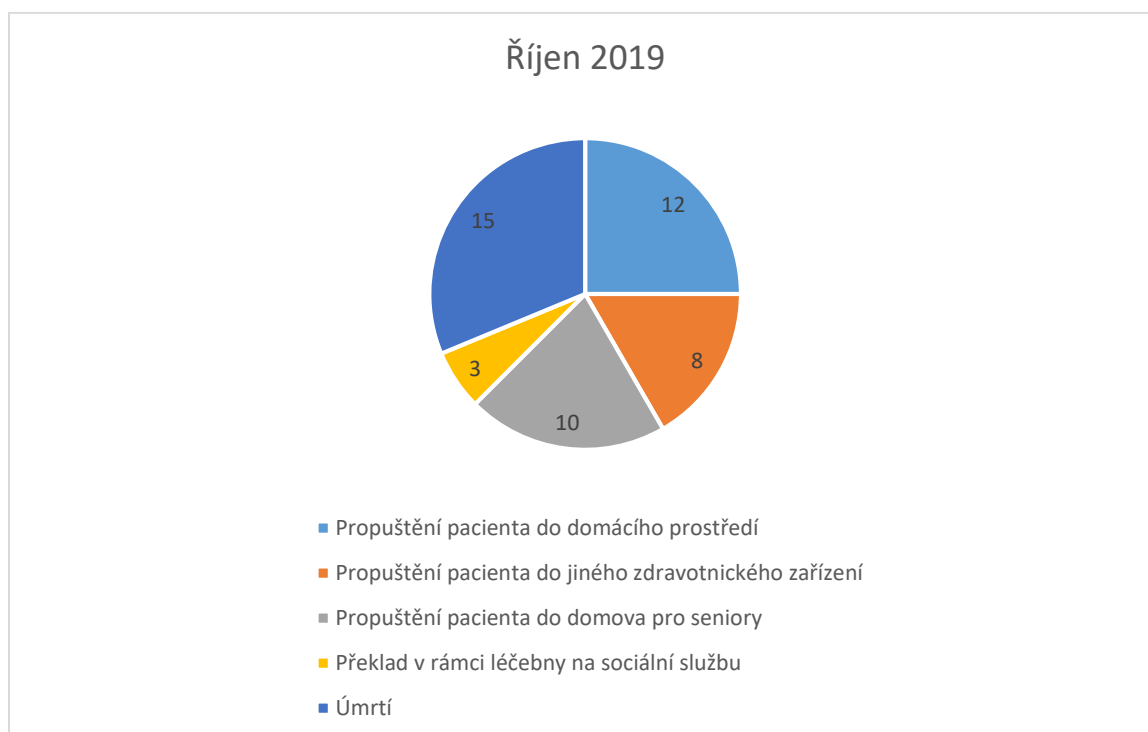
sociální službu v rámci léčebny a bylo 9 propuštěných pacientů do domácího prostředí.

Říjen 2019 byl posledním zkoumaným měsícem s novou výší příspěvku, kdy byla průměrná měsíční obložnost 97 pacientů.

Tabulka č. 7 Říjen 2019 – propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví

Propuštění pacienta do domácího prostředí	12
Propuštění pacienta do jiného zdravotnického zařízení	8
Propuštění pacienta do pobytové sociální služby	10
Překlad v rámci léčebny na sociální službu	3
Úmrtí	15
Celkem	48

Graf č. 6 Říjen 2019 – propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví



Z dat uvedených v tabulce č. 7 vyplývá, že tento měsíc bylo 10 pacientů propuštěno do domovů pro seniory a 8 pacientů bylo přeloženo či propuštěno do zdravotnického

zařízení, 15 pacientů v měsíci lednu zemřelo, pouze u 3 pacientů došlo k překladi na sociální službu v rámci léčebny a bylo 12 propuštěných pacientů do domácího prostředí.



Tabulka č. 8 Propuštění pacienti do domácího prostředí před a po změně výše příspěvku

Propuštění pacienti do domácího prostředí s původní výší příspěvku na péči	36
Propuštění pacienti do domácího prostředí s novou výší příspěvku na péči	36

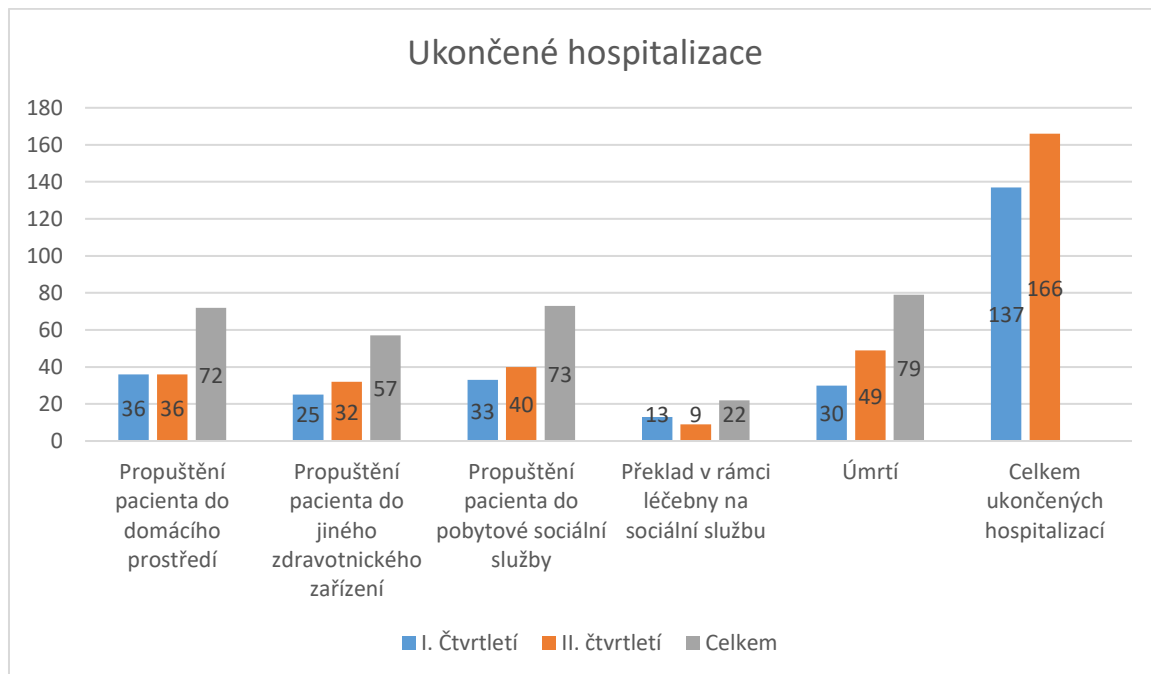
Graf č. 7 Propuštění pacienti do domácího prostředí před a po změně výše příspěvku



Z tabulky č. 8 vyplynulo, že v I. a II. sledovaném čtvrtletí byl stejný počet propuštěných pacientů do domácího prostředí.

V následujícím grafu č.8 bude pro lepší přehled zobrazeno I. a II. sledované čtvrtletí možných ukončených hospitalizací.

Graf č. 8 Ukončené hospitalizace



## **Shrnutí**

V mém zkoumání vyšlo najevo, že z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví se rodinní příslušníci po novelizaci zákona o sociálních službách v roce 2019, kdy se zvýšil příspěvek na péči ve III. a IV. stupni pro osoby, které nevyužívají pobytové sociální služby, nestali častěji neformálními pečujícími.

**Výzkumná otázka č. 1** Kam jsou nejčastěji propuštěni pacienti po hospitalizaci v léčebně dlouhodobě nemocných? Odpověď na tuto otázku je, že celkem za obou sledovaných období, nejčastěji došlo k úmrtí již v léčebně. Na druhém místě bylo propuštění pacienta do pobytové sociální služby, těsně za tím bylo propuštění do domácího prostředí. Na předposledním místě byli pacienti přesunuti do jiného zdravotnického zařízení a na posledním místě byl přesun na sociální službu v rámci léčebny.

**Výzkumná otázka č. 2** Změnila se skladba míst, kam byli pacienti propuštěni, po novelizaci zákona o sociálních službách, kdy se zvýšil příspěvek na péči ve III. a IV. stupni pro osoby, které nevyužívají sociální pobytové služby? Odpověď na tuto otázku zní, že v každém zkoumaném měsíci nebyla patrná velká změna v počtu propuštěných pacientů. V obou sledovaných čtvrtletích byl dokonce stejný počet propuštěných pacientů do domácího prostředí.

Zkoumání mohlo být ovlivněno časovým úsekem, ve kterém k výzkumu došlo, a to z důvodu krátkého časového období po novelizaci zákona. Další věc, která mohla výsledky ovlivnit, byla skladba pacientů a jejich velmi špatný zdravotní stav a následné úmrtí. Absence rodin u více pacientů v době výzkumu, spolupráce s rodinou, nebo kapacita v pobytových sociálních službách. Dalším možným faktorem je, že někteří pacienti nechtěli jít do domácího prostředí a raději volili sociální pobytové služby, i když se rodina chtěla postarat.

## Diskuze

Neformálního pečujícího může od pečování o rodinného příslušníka odrazovat nutnost opuštění dosavadního zaměstnání, snížení příjmů ze zaměstnání, narušení soukromého a rodinného života, ztráta času na vlastní aktivity. Dalším důležitým faktorem je, že by vyřízení příspěvku na péči mělo trvat zpravidla tři měsíce, ale poslední dobou se stává, že se vyřízení protáhne o něco déle, což vím z vlastní zkušenosti z rodinného, ale i pracovního pohledu. Pokud by byla dávka přiznána např. do jednoho měsíce od podání žádosti, je možné, že by byla situace jiná, ale těžko odhadovat. Rodinní příslušníci byli informováni při jednání, o změně výše příspěvku na péči pokud bude péče probíhat v domácím prostředí a bude přiznán III. nebo IV. stupeň příspěvku na péči. Ve většině případů se tato informace neseťkala s velkým zájmem, alespoň přemýšlet o domácí péči a rovnou byly vysvětleny důvody, proč to nelze.

Vzhledem k tomu, že výzkum probíhal těsně po novelizaci zákona, by bylo zajímavé pro další zkoumání položit si stejnou výzkumnou otázku s větším časovým odstupem, s rozšířením o dotazníkové šetření u potencionálních pečujících, co je na péči o osobu blízkou odrazuje. Kdyby došlo k rychlejšímu vyřízení příspěvku na péči, bylo by to snadnější rozhodování pro budoucí pečující, i to by mohla být další položená otázka.

### 3 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala tématu propuštění pacientů do domácího prostředí, do pobytových sociálních služeb či do jiných zdravotnických zařízení z léčebny dlouhodobě nemocných.

Cílem práce bylo zjistit, kam jsou nejčastěji propuštěni pacienti po hospitalizaci v léčebně dlouhodobě nemocných, jestli jsou pacienti častěji propuštěni do domácího prostředí, nebo do pobytových sociálních služeb. Zda se situace změnila po novelizaci zákona o sociálních službách v roce 2019, kdy se zvýšil příspěvek na péči ve III. a IV. stupni pro osoby, které nevyužívají pobytové sociální služby, a jestli se stane rodina častěji neformálními pečujícími po zvýšení příspěvku na péči.

Pacienti nejsou při propuštění většinou schopni o propuštění rozhodovat samostatně, a to z důvodu, že nejsou schopni obsáhnout celkovou péči o sebe bez pomoci jiné osoby, protože jim to snižená soběstačnost a zdravotní stav nedovolí. Pomoc druhé osoby se může týkat jen některých oblastí, jako je hygienická péče, výkon fyziologické potřeby, zajištění a příprava stravy, mobilita v rámci domácnosti, ale také pochůzky do obchodů a na úřady, orientace pacienta. Pokud má propuštěný pacient rodinu, hraje významnou roli při propuštění, zda se chce rodina o svého příbuzného postarat a jestli je to v jejich možnostech zdravotních, fyzických a psychických, nebo i finančních a bytových.

Z výsledků je zřejmé, že nepřevládá propuštění pacientů z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví do domácího prostředí nad ostatními možnostmi propuštění pacienta, nebo ukončení hospitalizace ani v jednom ze zkoumaných měsíců.

Každý měsíc se liší, jde o skladbu pacientů a jejich zdravotní stav, počty úmrtí v daném měsíci, překlady do zdravotnických zařízení (nemocnice, rehabilitační ústavy, psychiatrické léčebny, hospice).

**Výzkumná otázka č. 1** Kam jsou nejčastěji propuštěni pacienti po hospitalizaci v léčebně dlouhodobě nemocných? Odpověď na tuto otázku je, že celkem za obou

sledovaných období, nejčastěji došlo k úmrtí již v léčebně. Na druhém místě bylo propuštění pacienta do pobytové sociální služby, těsně za tím bylo propuštění do domácího prostředí. Na předposledním místě byli pacienti přesunuti do jiného zdravotnického zařízení a na posledním místě byl přesun na sociální službu v rámci léčebny.

### **Výzkumná otázka č. 2**

Změnila se skladba míst, kam byli pacienti propuštěni, po novelizaci zákona o sociálních službách, kdy se zvýšil příspěvek na péči ve III. a IV. stupni pro osoby, které nevyužívají pobytové služby? Opověď na tuto otázku zní, že v každém zkoumaném měsíci nebyla patrná velká změna v počtu propuštěných pacientů v jednotlivých možnostech propuštění. V obou, sledovaných čtvrtletích byl dokonce stejný počet propuštěných pacientů do domácího prostředí.

## Seznam použitých zdrojů

Asistent sociální péče. (2012). Citováno 26. března 2020. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/asistent-socialni-pece>.

Dudová, R. (2015). *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: SLON v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, v.v.i., 2015. ISBN 978-80-7419-182-4.

Čevela, R., Čeledová, L. (2014). *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2.

Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

Holmerová, I. (2014). *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta.

Jeřábek, H. (2013). *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-7419-117-6.

Jeřábek, H. (2005). *Rodinná péče o staré lidi* [Online]. Praha: UK FSV CESES. Dostupné z: [https://ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05\\_11\\_jerabek.pdf](https://ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf)

Králová J., Rážová E. (2008). *Sociální služby a příspěvek na péči*. Olomouc: ANAG.

Michalík, J. (2010). *Malý právní průvodce pečujících*. Brno: Moravskoslezský kruh. Pečuj doma. ISBN 978-80-254-7333-7.

Mlýnková, J. (2011). *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.

Pidrman, V. (2007). *Demence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1490-5.

Personální směrnice. (2018). Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví.

Provozní řád. (2018). Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví.

Příbyl, H. (2015). *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.

Sociální standardy. (2018). Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví.

Tošnerová, T. (2002). *Příručka pečovatele: Starší dlouhodobě nemocný člověk v rodině – a co dál?*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, I. Interní klinika FNKV Praha 10, Ústav lékařské etiky, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy Praha. ISBN 80-238-8541-3.

Truhlářová, Z., Levická, J., Vosečková, A. & Mydlíková, E. (2015). *Mezi láskou a povinností - péče očima pečovateli*. Hradec Králové: Gaudeamus. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-570-7.

Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

Vnitřní řád. (2018). Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví.

Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění.

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

Zákon č. 586/1992 Sb. o daních z příjmů.

Zdravotnické standardy. (2018). Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví.

Zvěřová, M. (2017). *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0561-8.



## **Seznam grafů**

Graf č. 1 Leden 2019 – propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví

Graf č. 2 Únor 2019 – propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví

Graf č. 3 Březen 2019 – propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví

Graf č. 4 Srpen 2019 – propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví

Graf č. 5 Září 2019 – propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví

Graf č. 6 Říjen 2019 – propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví

Graf č. 7 Propuštění pacienti do domácího prostředí před a po změně výše příspěvku

Graf č. 8 Ukončené hospitalizace

## Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Původní a nová výše příspěvku

Tabulka č. 2 Leden 2019 – propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví

Tabulka č. 3 Únor 2019 – propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví

Tabulka č. 4 Březen 2019 – propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví

Tabulka č. 5 Srpen 2019 – propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví

Tabulka č. 6 Září 2019 – propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví

Tabulka č. 7 Říjen 2019 – propuštění pacienti z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví

Tabulka č. 8 Propuštění pacienti do domácího prostředí před a po změně výše příspěvku

## Seznam příloh

### Příloha č. 1 Vymezení základních životních potřeb

#### a) Mobilita

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat

1. vstávání a usedání,
2. stoj,
3. zaujímat a měnit polohy,
4. pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v bytě a běžném terénu v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu,
5. otevírat a zavírat dveře,
6. chůzi po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů,
7. nastupovat a vystupovat z dopravních prostředků včetně bariérových, a používat je.

#### b) Orientace

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem,
2. mít přiměřené duševní kompetence,
3. orientovat se osobou, časem a místem,
4. orientovat se v přirozeném sociálním prostředí,
5. orientovat se v obvyklých situacích a přiměřeně v nich reagovat.

#### c) Komunikace

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. vyjadřovat se srozumitelně mluvenou řečí a dorozumět se jejím prostřednictvím s jinými osobami v rozsahu běžné slovní zásoby odpovídající věku a sociálnímu postavení,
2. chápat obsah přijímaných a sdělovaných zpráv,
3. vytvářet rukou psanou krátkou zprávu,
4. porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům a zvukovým signálům,
5. používat běžné komunikační prostředky.

#### **d) Stravování**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny,
2. nalít nápoj,
3. rozdělit stravu na menší kousky a naservírovat ji,
4. najíst se a napít,
5. dodržovat stanovený dietní režim,
6. konzumovat stravu v obvyklém denním režimu,
7. přemístit nápoj a stravu na místo konzumace.

#### **e) Oblékání a obouvání**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem,
2. rozeznat rub a líc oblečení a správně je vrstvit,
3. oblékat se a obouvat se,
4. svlékat se a zouvat se,
5. manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.

#### **f) Tělesná hygiena**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. použít hygienické zařízení,
2. dodržovat tělesnou hygienu, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla,
3. provádět celkovou hygienu,
4. česat se, provádět ústní hygienu, holit se.

#### **g) Výkon fyziologické potřeby**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. včas používat WC,
2. zaujmout vhodnou polohu,
3. vyprázdnit se,
4. provést očistu,
5. používat hygienické pomůcky.

#### **h) Péče o zdraví**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. dodržovat stanovený léčebný režim,
2. provádět stanovené preventivní, léčebné a léčebně rehabilitační a ošetrovatelské postupy a opatření a používat k tomu potřebné léky nebo pomůcky,
3. rozpoznat zdravotní problém a v případě potřeby vyhledat nebo přivolat pomoc.

#### **i) Osobní aktivity**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. navazovat kontakty a vztahy s jinými osobami,
2. plánovat a uspořádat osobní aktivity,
3. styku se společenským prostředím,
4. stanovit si a dodržet denní program,
5. vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí, například vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti.

#### **j) Péče o domácnost**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti,
2. manipulovat s předměty denní potřeby,
3. obstarat si běžný nákup,
4. ovládat běžné domácí spotřebiče,
5. uvařit si jednoduché teplé jídlo a nápoj,

6. vykonávat běžné domácí práce, nakládat s prádlem, mýt nádobí,
7. obsluhovat topení, udržovat pořádek.