

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Barbora Jiříčková

3. ročník- prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika pro 2. stupeň a SŠ a španělská filologie

**NABÍDKA RESPITNÍ A PALIATIVNÍ PÉČE PRO DOSPĚLÉ
V OLOMOUCKÉM KRAJI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným vedením Mgr. Petry Jurkovičové, Ph.D. a že jsem veškerou použitou literaturu a zdroje uvedla v seznamu použité literatury a použitých zdrojů.

V Olomouci 1.4.2011

.....

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem, kteří mi při tvorbě bakalářské práce pomohli. Ráda bych poděkovala vedoucí mé práce Mgr. Petře Jurkovičové, Ph.D. za odborné vedení a cenné připomínky a rady k práci. Dále můj dík patří poskytovatelům paliativní a respitní péče v Olomouckém kraji a jejich klientům za ochotnou spolupráci při zpracování výzkumného šetření pro účely bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	5
1 PALIATIVNÍ PÉČE.....	6
1.1 Definice a vymezení pojmu paliativní péče.....	6
1.2 Zásady a cíle poskytování paliativní péče	9
1.3 Formy paliativní péče	11
1.4 Cílová skupina osob a jejich specifika.....	15
2 RESPITNÍ PÉČE.....	18
2.1 Definice a vymezení pojmu respitní péče.....	18
2.2 Cíle a význam poskytování respitní péče	19
2.3 Obsah a principy poskytování služeb respitní péče	21
2.4 Druhy respitní péče.....	23
2.5 Skupiny klientů respitní péče a jejich specifika.....	25
3 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	32
4 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	33
5 METODOLOGIE ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMU	34
6 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	35
6.1 Poskytovatelé zařazení do výzkumu.....	36
6.1.1 Paliativní péče.....	36
6.1.2 Respitní péče.....	36
7 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	38
7.1. Výzkum v oblasti paliativní péče.....	38
7.1.1 Poskytovatelé paliativní péče.....	38
7.1.2 Blízcí klientů paliativní péče	50
7.2 Výzkum v oblasti respitní péče.....	57
7.2.1 Poskytovatelé respitní péče.....	57
7.2.2 Klienti respitní péče- pečující osoby	66
8 ZÁVĚRY VÝZKUMU A DOPORUČENÍ.....	72
8.1 Zhodnocení hypotéz.....	72
8.2 Doporučení pro paliativní péči	73
8.3 Doporučení pro respitní péči.....	74
ZÁVĚR	76
Seznam použitých zdrojů.....	78
Seznam příloh	82
Anotace	

ÚVOD

Předmětem bakalářské práce je nabídka respitní a paliativní péče v Olomouckém kraji. Na první pohled se může zdát spojení zkoumání nabídky těchto dvou typů péče jako nelogické. Paliativní a respitní péče však mají poměrně mnoho společného. V obou případech se totiž jedná o druhy péče, které stále nejsou v naší zemi ustáleny a společností se samozřejmě přijímány. Povědomí veřejnosti o existenci těchto druhů péče je poměrně nízké a tím je omezen i rozsah jejich poskytování v České republice.

Paliativní péče jako myšlenkový koncept péče o nevléčitelně nemocné a umírající je řazena mezi nestátní zdravotnickou službu. Respitní péče, která pomáhá rodinám pečujícím o osobu se sníženou soběstačností, je legislativně vymezena jako sociální služba. Přes rozdílné vymezení je jim však společné to, že paliativní i respitní péče jsou vnímány jako služby nadbytečné a z toho důvodu stojí na okraji zájmu společnosti i politických představitelů. Společnou vlastností paliativní a respitní péče dále je, že do poskytování svých služeb zahrnují i rodinu osoby, o kterou je pečováno. Tím obě služby získávají důležitý rozměr a širším poskytováním těchto druhů péče bychom se zařadili na úroveň jiných vyspělých zemí, kde jsou obě služby poskytovány v širším konceptu. Bylo by proto velmi užitečné, aby došlo k ustálení těchto druhů péče.

Cílem práce je prozkoumat vztah mezi současnou nabídkou paliativní a respitní péče pro dospělé osoby a překážkami jejich rozvoje v Olomouckém kraji. Dílčím cílem je přinést analýzu současného stavu a kvality nabídky v kraji spolu s odhalením překážek a možných řešení k jejich odstranění.

Teoretická část práce se věnuje vymezení paliativní a respitní péče. Představuje myšlenky, ze kterých vychází a zásady, kterými se jejich poskytování řídí. Dále jsou blíže představeny jednotlivé formy péče. V závěru jsou popsáni klienti respitní a paliativní péče a jejich specifika.

Praktická část představuje konkrétní poskytovatele paliativní a respitní péče, kteří tyto druhy péče poskytují v rámci Olomouckého kraje. Dotazníkovým šetřením je poté analyzován současný stav nabídky jejich služeb v kraji. Část šetření představuje názory samotných poskytovatelů a jejich klientů na překážky rozvoje paliativní a respitní péče v Olomouckém kraji a možnostech jejich odstranění. V závěru práce jsou přinesena doporučení k rozvoji obou druhů péče v Olomouckém kraji.

1 PALIATIVNÍ PÉČE

1.1 Definice a vymezení pojmu paliativní péče

Paliativní péče je péče zaměřená na těžce nemocné, nevléčitelně nemocné a umírající osoby. Myšlenka paliativní péče a její uplatňování v praxi se začala rozšiřovat v průběhu druhé poloviny 20. století.

Definice paliativní péče se vyvíjela zároveň s vývojem oboru v jednotlivých zemích. Jednotlivé definice se snažily co nejlépe charakterizovat tento druh péče tak, aby co nejlépe odpovídal jejím cílům a pojetí. Definice nepopisují jen druh nemoci či patologii, ale snaží se především zohlednit specifické potřeby každého jedince a jeho rodiny (O organizaci paliativní péče, 2004).

Ve své definici z roku 1990 Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje paliativní péči jako: „aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž léčba již nereaguje na kurativní léčbu. Stěžejní je kontrola bolesti a dalších symptomů, psychologických, sociálních a duchovních potíží. Cílem paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality života pacientů a jejich rodin (in O organizaci paliativní péče, 2004, s.21).“

Tato definice se však v rámci vývoje medicíny ukázala jako nepřesně odpovídající, a proto v roce 2002 vydala Světová zdravotnická organizace (WHO) revidovanou definici. „Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží (in O organizaci paliativní péče, 2004, s.22).“

Tato novější definice především klade důraz na předcházení utrpení u pacientů a soustředí se na odpovídající označení těch, kterým je péče poskytována.

Definice Evropské asociace pro paliativní péči (EAPC) z roku 1998 je pojata komplexněji. EAPC definuje paliativní péči takto. „Paliativní péče představuje aktivní celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadně důležité je mírnění bolesti a dalších příznaků a sociálních, psychologických a duchovních problémů. Paliativní péče je ve svém přístupu interdisciplinární a do své působnosti zahrnuje pacienta, rodinu a komunitu. V jistém smyslu nabízí paliativní péče nejzákladnější koncepci péče- péči zaměřenou na naplnění pacientových potřeb a to bez ohledu na místo, kde pacient pobývá, ať doma nebo v nemocnici. Paliativní péče ctí a chrání život. Umírání a smrt považuje za normální proces, smrt však ani neurychluje, ani

neoddaluje. Usiluje o zachování maximální možné kvality života až do smrti (in Radbruch, Payne a kol., 2010, s.14).“

Uvedené definice se shodují na základním pojetí paliativní péče. Vymezuji paliativní péči jako komplexní a aktivní péči, která je zaměřena na pacienta nevyлéčitelně nemocného či umírajícího. Uvádějí stejný cíl a zahrnují interdisciplinární pojetí při poskytování péče. Definice se také shodují na podpoře oblastí, které jsou při poskytování paliativní péči podstatné.

Při vymezení pojmu paliativní péče je důležité upozornit na terminologickou nejednotnost. Pojem paliativní péče bývá často používán jako zastřešující pojem pro tento druh péče v obecném pojetí. V jednotlivých evropských zemích se tedy můžeme setkat s nejrůznějšími pojmy, které označují tuto péči. Pojem paliativní péče je také dáván do souvislosti s pojmy hospicová péče, péče o pacienta v závěru života, podpůrná či terminální péče. Pro naši práci je především důležité ujasnit terminologii používanou v České republice.

V České republice je používáno označení paliativní péče jako komplexního pojmu, který v sobě zahrnuje i některé z výše uvedených pojmů. V některých zemích existuje jasné rozlišení mezi hospicovou a paliativní péčí, v jiných jsou však tyto pojmy chápány jako synonyma (Radbruch, Payne a kol., 2010). V České republice je ovšem hospicová péče chápána jako součást specializované paliativní péče, neboť základní filozofie a definice se do značné míry překrývají (Prokop, 2010). V naší zemi je také používán termín terminální péče. I tento termín je považován za součást paliativní péče, jedná se však o péči vztahující se k pacientům v období bezprostředně hrozící smrti. Proto jej nemůžeme považovat za ekvivalent k pojmu paliativní péče a je důležité tyto termíny důsledně rozlišovat (O organizaci paliativní péče, 2004).

Z uvedeného vyplývá, že pojem paliativní péče je v naší zemi používán a je vhodné jej používat pro označení komplexní péče, která je poskytována pacientovi trpícímu nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2007).

Vhodné je také vymežit vztah mezi pojmy paliativní péče a paliativní medicína. Paliativní péče je součástí systému zdravotní péče a proto se vztah s paliativní medicínou logicky nabízí. „Paliativní medicína představuje ucelený systém pomoci umírajícím a jejich rodinám. Je to celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Léčí příznaky, symptomy nemoci, kde již není možné odstranit, vyléčit její

příčinu. Postupy paliativní medicíny se nemoc sice neodstraní, ale přesto se subjektivní stav pacienta může zlepšit (www.hospice.cz, citováno 2.2.2011).“ Svatošová (in Matoušek a kol., 2005, s.199) upozorňuje na fakt, že: „paliativní medicína je přístup, na němž celé poskytování paliativní péče stojí.“ Hlavní důvod této myšlenky jasně vyplývá z výše uvedené definice. Paliativní medicína se snaží ovlivnit kvalitu života nemocného ovlivněním tělesných symptomů nemoci tak, aby byly pro pacienta snesitelné. A jak Svatošová (in Matoušek a kol., 2005) poukazuje, kontrola symptomů nemoci a léčba fyzické bolesti je především v kompetenci zdravotníků. Také podle dokumentu O organizaci paliativní péče (2004) je paliativní medicína součástí paliativní péče. Paliativní péči tedy nemůžeme chápat jako synonymum k pojmu paliativní medicína, ale musíme si být vědomi důležitého vztahu mezi těmito dvěma pojmy. Paliativní medicína se tedy stává jedním z prostředků při poskytování komplexní péče pacientovi.

Jak již bylo uvedeno, paliativní péče představuje komplexně pojatou péči, která v sobě zahrnuje jednak zdravotnický, tak také sociální aspekt. Z toho vyplývá problém při jejím jednoznačném zařazení do systému. Legislativně je v České republice paliativní léčba zařazena do systému zdravotnictví, její pozice však není stále dostatečně pevná (Čermák, 2007). Zařazení paliativní péče jako specifického druhu zdravotní péče však zcela neodpovídá jejím potřebám. Nutnost zařazení do systému zdravotnicko-sociálního a propojení těchto dvou složek je více než zřejmá (Čermák, 2007). Z nepevného ukotvení paliativní péče dále vyplývá problém označení osob, kterým je péče poskytována. Ta totiž, jak bude popsáno v další části práce, může být poskytována v různých typech zařízení. Jednak to mohou být zařízení zdravotnická, která užívají označení pacient, tak také zařízení sociálních služeb, pro která je adekvátní užívání označení klient či uživatel sociálních služeb. Většina zdrojů citovaných v naší práci využívá pro indikační skupinu paliativní péče označení pacient, z toho důvodu jej pro potřeby naší práce budeme uvádět i my. Dalším důvodem je, že předmětem zkoumání v praktické části práce je poskytování specializované paliativní péče, která je poskytována především nestátními zdravotnickými zařízeními.

1.2 Zásady a cíle poskytování paliativní péče

Poskytování paliativní péče se řídí určitými zásadami. Tyto zásady vznikly při formování myšlenky paliativní péče. Zásady slouží jako základní principy, kterými by se průběh péče měl řídit, tak, aby byla splněna samotná filozofie péče.

Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol. (2007) ve vztahu k zásadám zdůrazňují dva důležité aspekty paliativní péče. V první řadě zásady představují filozofii péče, která klade důraz na biologickou, psychologickou, sociální a duchovní jedinečnost každého člověka. Neoddělitelnou součástí je pak konkrétní organizace péče, která zajišťuje potřebné kroky k uspokojení potřeb ve výše uvedených oblastech.

Filozofie péče je postavena na souboru základních společných hodnot, které by měly být při poskytování péče dodržovány. Je to hodnota autonomie, tedy respektování vnitřních hodnot člověka a jeho jedinečnosti. Uplatňování v praxi znamená zapojit pacienta do rozhodování, pokud si to přeje a předávat mu dostatečné informace o jeho stavu a možnostech léčby. S autonomií je úzce spojena hodnota důstojnosti, která zahrnuje provádění péče s úctou a citlivostí k pacientovi. Další základní hodnoty pak představují potřeba individuálního plánování a rozhodování a zásada celostního přístupu k pacientovi (Radbruch, Payne a kol., 2010).

Dle WHO (O organizaci paliativní péče, 2004) paliativní péče:

- poskytuje úlevu od bolesti a dalších symptomů nemoci,
- podporuje život, ale pohlíží na umírání jako na přirozený proces,
- neusiluje o urychlení ani oddálení smrti,
- zahrnuje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta,
- nabízí systematickou podporu pacientům, která jim pomáhá žít co možná nejaktivnějším životem až do smrti,
- nabízí systém podpory rodinám, který jim umožňuje se vyrovnat s pacientovým onemocněním a obdobím zármutku,
- využívá týmové práce, která umožňuje účinně reagovat na potřeby pacientů a jejich rodin,
- usiluje o zlepšení kvality života a může také pozitivně ovlivňovat průběh nemoci,
- je použitelná v raném stádiu nemoci současně s jinými způsoby léčení, jejichž cílem je prodloužení života.

K těmto zásadám je vhodné doplnit další podstatné principy, kdy paliativní péče:

- chrání důstojnost nevléčitelně nemocných,
- vychází z přání a potřeb pacientů a jejich rodin a respektuje jejich hodnotové priority,
- zdůrazňuje význam rodiny, nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili ve společnosti svých blízkých a v důstojném a vlídném prostředí,
- přistupuje ke každému jedinci individuálně dle jeho potřeb,
- zakládá vztah mezi pacientem a zdravotníkem na vzájemné spolupráci,
- vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, bolestí a utrpením.

Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol. (2007) popisují paliativní péči jako péči, kde je důležité uplatňovat interdisciplinární spolupráci. Tato spolupráce zahrnuje využívání expertních znalostí lékařů z různých lékařských oborů a předpokládá týmovou spolupráci lékařů a ošetřovatelů či sester. Dále zahrnuje spolupráci mezi zdravotníky a psychology, sociálními pracovníky, poradci a duchovními. V neposlední řadě pak předpokládá zapojení rodiny a přátel nemocného a také využívá dobrovolnické služby. Týmová práce tedy představuje jednu z hlavních charakteristik paliativní péče.

Paliativní péče je založena na holistickém přístupu. Jedná se o celkový přístup k nemocnému a k jeho rodině. Ve vztahu k pacientovi to znamená, že se stará nejen o nemoc pacienta, ale i o vše okolo něj, co ho ovlivňuje.

Uvedené základní zásady, na nichž jsou založeny všechny služby paliativní péče, zdůrazňují dosažení co možná nejlepší kvality života každého pacienta a jeho rodiny (O organizaci paliativní péče, 2004).

Hlavním cílem paliativní péče, v souladu s uvedenými definicemi, „je dosáhnout, podpořit, zachovat a posílit nejvyšší možnou kvalitu života pacienta (Radbruch, Payne a kol., 2010, s.22).“ Při naplnění tohoto cíle je vždy nutné vycházet z posouzení kvality života samotného pacienta. Péče se tedy řídí kvalitou života tak, jak ji určí samotná osoba, které se péče týká.

Svatošová (2008) uvádí, že cíl poskytování paliativní péče je vždy nutné jasně formulovat. Cíl je ale možné v průběhu léčby na základě vývoje nemoci ujasňovat a měnit. V závislosti na závažnosti nemoci konkrétním cílem může být úplné uzdravení, snášení útrap chronického onemocnění či důstojné a klidné umírání.

1.3 Formy paliativní péče

Podle míry komplexnosti poskytované péče je paliativní péče dělena na obecnou a specializovanou. Tento dvoustupňový systém úrovní rozlišuje paliativní péči na základě prostředí a zařízení, ve kterých je péče poskytována. Z rozlišení těchto dvou druhů péče vyplývá, že zvolená forma péče závisí vždy na charakteru onemocnění pacienta a jeho potřebách. Vždy je nutno respektovat pacientovo rozhodnutí, jaký druh péče a v jakém zařízení si péči zvolí.

Obecná paliativní péče představuje péči, která je poskytována v zařízeních, jež nejsou na paliativní péči přímo specializována. Touto péčí rozumíme dobrou klinickou péči o pacienta v situaci pokročilého onemocnění. Péči však poskytuje zdravotnický personál v rámci jeho specifické odbornosti (Sláma, Špinka, 2004). Tento přístup zahrnuje opatření pro tlumení příznaků, komunikaci s pacientem, rodinou a dalšími zdravotníky a rozhodování v souladu s principy paliativní péče. S obecnou paliativní péčí se setkáváme u péče praktických lékařů, personálu nemocnic v rámci jednotlivých oddělení, v pečovatelských domech a při poskytování obecných pečovatelských služeb včetně týmů domácí péče. Poskytování péče v nespécializovaných zařízeních představuje větší část z celkově poskytnuté paliativní péče (Sláma, Špinka, 2004).

Specializovanou paliativní péči poskytují zařízení, která jsou zřízena výhradně za účelem poskytování odborné paliativní péče. O pacienta se stará tým odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzděláváni a kvalifikováni. Tato péče je založena na interdisciplinární spolupráci, tak, aby byly zajištěny komplexní potřeby pacienta. Hlavním úkolem týmu, který tvoří lékař, zdravotní sestry, sociální pracovník, psycholog, pastorační pracovník, fyzioterapeut a dobrovolníci, je poskytování odborné paliativní péče. Podle Slámy, Kabelky, Vorlíčka a kol. (2007, s.31) je: „specializovaná paliativní péče indikována tam, kde pacient a jeho rodina mají potíže, jež svou komplexností přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče.“

V následující části práce vycházíme z autorů Prokop a kol. (2010); Radbruch, Payne a kol. (2010); Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol. (2007); Sláma, Špinka (2004); Svatošová (2008) a dokumentu O organizaci paliativní péče (2004).

Mezi základní organizační formy specializované paliativní péče řadíme:

- domácí paliativní péče, tzv. mobilní hospic,
- lůžkový hospic,
- oddělení paliativní péče,
- konziliární tým paliativní péče,
- ambulance paliativní medicíny,
- denní hospicový stacionář,
- zvláštní zařízení specializované paliativní péče.

Domácí paliativní péče (mobilní hospic)

Základní charakteristikou této péče je poskytování specializované paliativní péče v prostředí domova nebo v náhradním sociálním prostředí (např. pečovatelské domy). Vychází z předpokladu, že většina pacientů, kterým byla ukončena kurativní léčba, si přeje prožít závěr života ve svém domově. Tento druh péče vyžaduje aktivní zapojení rodiny pacienta. Rodina se obvykle tedy přímo aktivně podílí na péči. Podporou rodině je tým domácí péče, který se skládá z lékaře- specialisty na paliativní péči, sestry, ošetřovatele, sociálního pracovníka, psychologa, duchovního a také dobrovolníků. Tento tým poskytuje dle potřeby pacientovi odborné poradenství či konzultaci. Dále poskytuje pomoc při ošetřovatelské péči, tedy při zvládnutí léčení bolesti, kontrole symptomů nemoci a aktuálního stavu pacienta. Nezbytným předpokladem této péče je garance trvalé dostupnosti péče 24 hodin denně, 7 dní v týdnu (Sláma, Špinka, 2004). Tato zásada v sobě zahrnuje služby od telefonické konzultace po samotnou návštěvu pacienta v domově.

Lůžkový hospic

Lůžkový hospic představuje samostatně stojící lůžkové zařízení, které poskytuje specializovanou paliativní péči pacientům v preterminálním a terminálním stádiu nemoci. Poskytování této formy péče vychází z konceptu hospicové péče. Její myšlenka vychází z úcty k životu a člověku jako jedinečné bytosti. Filozofii péče představuje tzv. doprovázení pacienta v průběhu jeho nemoci. Svatošová (2008) uvádí, že hospic garantuje pacientům, že nebudou trpět nesnesitelnou bolestí, vždy bude respektována jejich lidská důstojnost a v samotném závěru života nezůstanou osamoceni. Pobyt v lůžkovém hospici často využívají nemocní, u kterých není nutná hospitalizace v nemocnici a péče v domácím prostředí či náhradním sociálním prostředí není z různých důvodů možná. Mezi základní charakteristiky lůžkového hospice řadíme péči interdisciplinárního týmu složeného z lékařů, sester, ošetřovatelů, sociálního pracovníka, psychologa, dobrovolníků

a duchovních. Tento tým se dále zaměřuje na odstranění či minimalizaci symptomů doprovázející nevyléčitelné onemocnění a kontrolu bolesti. Lůžkový hospic se snaží umožnit pacientům žít naplno, jak jim jejich onemocnění dovolí. Důraz klade na individuální potřeby a přání nemocného. Proto je snahou hospice vytvořit prostředí maximálně blízcí se domácímu prostředí, kdy je režim dne přizpůsoben v maximální možné míře potřebám jednotlivců. Lůžkový hospic také podporuje rodinu nemocného jak v průběhu nemoci, tak i v období zármutku. S rodinným prostředím souvisí také možnost návštěvy rodinných příslušníků a přátel 24 hodin denně. Kapacita lůžkového hospice se liší v různých zemích, v České republice má většina hospiců kolem 25 lůžek.

Oddělení paliativní péče

Oddělení paliativní péče představuje oddělení ve zdravotnickém zařízení (nemocnice, léčebna). Toto oddělení poskytuje péči nemocným, u kterých je nutná komplexní paliativní péče a nutné je i využívání služeb a vybavení nemocnice, ať už při diagnostice či léčbě. Obvykle se jedná o oddělení uvnitř nemocnice nebo v její blízkosti, může ale též existovat jako samostatná služba. Jádrem týmu tvoří lékaři, sestry a ošetřovatelé, kteří jsou kompetentní na základě speciálního vzdělávání v oblasti specializované paliativní péče k léčení a ošetřování nemocných. Tento tým pracuje na základě holistického přístupu paliativní péče a uplatňuje interdisciplinární spolupráci. „Cílem oddělení paliativní péče je zmírňovat obtíže způsobované nemocí, a pokud je to možné, stabilizovat funkční stav pacienta a nabídnout jemu i jeho pečovateli psychologickou a sociální podporu takovým způsobem, který by umožnil propuštění pacienta nebo jeho převedení do jiného prostředí (Radbruch, Payne a kol., 2010, s.48).“ Oddělení paliativní péče také plní důležitou edukační funkci a poskytuje odborné poradenství. V České republice tato forma péče zatím neexistuje.

Konziliární tým paliativní péče

Tento tým působí v rámci zdravotnického zařízení. Jeho hlavním posláním je poskytovat odborné znalosti v oblasti paliativní péče v rámci různých oddělení nemocnice. Nabízí především podporu zdravotnickému personálu, který se nespécializuje na paliativní péči. Podpora a vzdělávání se nabízejí v oblasti terapie bolesti, kontroly symptomů a psychosociální podpory. Odpovědnost za péči pacienta má však vždy ošetřující lékař kmenového oddělení, kde je pacientovi péče poskytována. Konziliární tým kromě poradní a podpůrné funkce plní také významnou edukační funkci, neboť předává základní zásady paliativní péče mezi zdravotníky. Tým spolupracuje také s rodinou pacienta. Různí autoři

se shodují na tom, že by konziliární tým měl tvořit minimální tým lékař- specialista na paliativní péči, sestra a sociální pracovník. Ti pak podle potřeby a zásady týmového přístupu spolupracují s dalšími odborníky. Konziliární tým paliativní péče by měl být přidružen k oddělení paliativní péče, pokud v zařízení existuje. V České republice není uplatňování týmů paliativní péče rozšířeno.

Ambulance paliativní medicíny

Péče v rámci ambulance paliativní medicíny je poskytována pacientům v podobě konzultací. Tým ambulance paliativní medicíny působí při zdravotnických zařízeních. Může působit také při lůžkových hospicích, oddělení paliativní péče či v rámci zařízení poskytujících domácí péči. Ambulance poskytuje především odborné poradenství pacientům a jejich rodinám, o které je pečováno v domácím prostředí nebo v zařízení sociální péče. Tato služba o pacienta je založena na osobní návštěvě pacienta v ambulanci. Personální složení týmu odpovídá složení konziliárního týmu paliativní péče. V České republice jsou tyto ambulance, nazývaná také centra paliativní péče při některých nemocnicích vytvářeny.

Denní hospicový stacionář

Tato forma péče probíhá formou návštěv pacienta, který v zařízení tráví část dne. Pacient může docházet do stacionáře každý den či jen některé dny v týdnu. V rámci svých služeb stacionář poskytuje pomoc při řešení zdravotních problémů (mírnění bolesti aj.), rehabilitační, sociální a relaxační služby. Také vytváří zájmové aktivity pro své pacienty. Mezi hlavní cíle péče patří sociální a léčebná péče. Dále poskytnutí nemocným možnost aktivizace a rozvíjení mentálních schopností a především umožnění sociální interakce, tak, aby nedocházelo v důsledku nemoci k sociální izolaci pacientů. Důležitým cílem je také ulehčení při péči rodině, která o pacienta pečuje v domácím prostředí (Student a kol., 2006). V České republice se péče v denním stacionáři zatím neuplatňuje.

Zvláštní zařízení specializované paliativní péče

Mezi tato zařízení můžeme zařadit specializované poradny a tísňové linky, popřípadě zařízení určená pro určité diagnostické skupiny. Tísňová linka poskytuje v případě neodkladné potřeby zdravotníkům a pečovatelům radu týkající se péče o pacienta s potřebou poskytnutí paliativní péče. Může také zajistit potřebný kontakt se zařízením specializované paliativní péče. Ani tato zvláštní zařízení nejsou v České republice zřízena.

Z uvedených charakteristik druhů paliativní péče vyplývá variabilita a široký výběr pro nemocného, který potřebuje služby využít, tak, aby dosáhl navzdory nemoci co nejvyšší kvality života. Tato charakteristika je však pouze ideálem, který funguje jen v několika zemích světa. Bohužel je zcela jasná nedostatečnost výběru specializované paliativní péče v českém prostředí. Ta je poskytována pouze v rámci domácího hospice, lůžkového hospice či ambulance paliativní medicíny, někde nazývané jako centrum paliativní péče. Dále je paliativní péče poskytována pouze v rámci obecné paliativní péče v nejrůznějších zařízeních. Důvody této nedostatečnosti mohou být nejrůznějšího charakteru a budou předmětem šetření v praktické části práce.

1.4 Cílová skupina osob a jejich specifika

Paliativní péče může být poskytnuta nemocnému s jakoukoliv diagnózou. Neomezuje se pouze na nemocné v závěrečné fázi života, ale je také poskytována již v dřívějším stádiu nemoci. Celosvětově je nejčastěji paliativní péče poskytována pacientům s nádorovým onemocněním, její poskytování je však důležité u jiných diagnóz (Radbruch, Payne a kol., 2010).

Poskytování paliativní péče je vhodné u těchto diagnostických skupin:

- nádorová onemocnění,
- konečná stadia chronického srdečního selhání, onemocnění ledvin, trávicího a dýchacího ústrojí,
- neurologická onemocnění typu demence, roztroušené sklerózy, syndromy po cévní mozkové příhodě aj.,
- polymorbidní geriatrickí pacienti,
- konečná stadia AIDS,
- pacienti v permanentním vegetativním stavu (Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol., 2007; Prokop, 2010).

S paliativní péčí jsou spojeny pojmy pokročilé onemocnění, nevléčitelně nemocný a terminálně nemocný. Těmto třem skupinám pacientů je paliativní péče poskytována v největší míře. Sláma, Kabelka, Vorlíček a kol. (2007) uvádějí, že tyto termíny popisují pacienta na základě pokročilosti onemocnění, léčebných možností a předpokládané diagnózy. Dále uvádí, že je vždy nutné na základě předpokládané diagnózy u nevléčitelně nemocných rozlišovat tři fáze průběhu nemoci, ve kterých se mohou nacházet. Všechny tři fáze provází poskytování paliativní péče a odpovídají výše uvedeným skupinám pacientů.

Fáze kontrolovaného onemocnění představuje fázi onemocnění, kdy je celkový stav nemocného na přijatelné úrovni funkční zdatnosti a projevy nemoci jsou kontrolované léčbou kauzální i symptomatologickou. Tato fáze může trvat několik měsíců až let. *Fáze zlomu* nastupuje v době, kdy onemocnění přestává reagovat na léčbu a zhoršuje se celkový stav pacienta v důsledku postupného selhávání některé z částí orgánových soustav. Je to fáze nevratně progredujícího onemocnění. V této fázi je těžké odhadnout prognózu. Tento stav může trvat několik týdnů či měsíců, může dojít ke zlepšení stavu, ale také k nevratnému zhoršení. *Terminální fázi* představují poslední dny a týdny života pacienta. Celkový stav pacienta se nevratně zhoršuje. Cílem léčby je poskytnout nemocnému klidnou a důstojnou smrt snižováním diskomfortu, který onemocnění nemocnému způsobuje.

Radbruch, Payne a kol. (2010) uvádí v této souvislosti také termín život ohrožující onemocnění. Pacienti s život ohrožujícím onemocněním žijí v trvajícím nebo opakujícím se zdravotním stavu, který negativně ovlivňuje jejich každodenní fungování a snižuje pravděpodobnou délku jejich života.

Každé onemocnění představuje velkou zátěž na psychiku člověka a ovlivňuje ji tak, že dochází ke změnám aktuálního prožívání, uvažování a následného chování člověka. Nemoc je tím hůře subjektivně přijímána, čím více zhoršuje kvalitu života nemocného a omezuje jeho soběstačnost. U osoby s pokročilým či nevléčitelným onemocněním v důsledku těžké životní situace dochází ke změně základních psychických hodnot. Vzniká zvýšená potřeba orientovat se ve své situaci, potřeba citové jistoty a bezpečí, potřeba seberealizace či otevřené budoucnosti. Při zvládnutí zátěže, jež nemoc představuje, dochází u nemocného k vytváření obranných reakcí (Vágnerová, 2008).

Specifické je u závažně nemocných především prožívání nemoci v čase. Každý nemocný prochází v rámci vývoje své nemoci určitým procesem, kdy se vyrovnává s novou situací. Tento proces je zcela individuální u každého jedince, přesto lze vysledovat určité zákonitosti ve zpracování zátěže u nemocných. Proces vyrovnávání s nemocí probíhá v několika fázích. Svatošová (2008) zdůrazňuje, že těmito fázemi neprochází jen nemocný, ale také jeho blízcí. Důležitý je také fakt, že jednotlivé fáze se v průběhu procesu střídají, mohou se i vracet nebo navzájem prolínat. Tyto fáze na základě svých dlouholetých zkušeností s nemocnými popsala Elizabeth Kübler-Rossová, a které pro potřeby naší práce blíže specifikujeme. Její dělení je v našich podmínkách nejpoužívanější, existují však i jiné přístupy.

Fáze dle Kübler-Rossové (1993, 1995):

1. *Šok, popření a izolace.* Tato fáze začíná ihned po oznámení diagnózy nemocnému, jež pro něj představuje šok a otřes. Typickou reakcí nemocných je věta: „Ne, to není možné, to se mě určitě netýká.“ Nemoc v této fázi vyvolává silnou úzkost, a proto si nemocný vytváří obranné mechanismy. K popření situace se uchylují téměř všichni pacienti, neboť jim poskytuje čas zorientovat se v situaci. Může také dojít k tomu, že se pacient od negování a popírání skutečnosti uchýlí ke zvláštnímu způsobu izolace zdánlivě neoddělitelných věcí, které bezprostředně souvisí s jeho životem. Tato fáze bývá často doprovázena odmítáním léčby.
2. *Agrese, hněv, vzpoura.* Pacient postupně přijímá fakt, že jeho diagnóza byla správná a že je nemocný. Somatické projevy nemoci totiž nemůže donekonečna popírat. Aby ovšem zmírnil frustraci a napětí, které u něj vědomí nemoci vyvolává, přechází k viditelnému vyjadřování zlosti a hněvu, ale také závisti. Vybíjí si zlost na všem, co jej obklopuje, svádí vinu na ošetřující personál a rodinu, jež mu nedokáže pomoci. Pacient se zlobí na všechny možné příčiny své nemoci, ať již reálné či smyšlené. Vágnerová (2008) uvádí, že v této fázi se projevuje tendence ke generalizované negaci, kdy pacient vnímá všechno jako špatné a beze smyslu.
3. *Smlouvání, vyjednávání.* Pacient se postupně vyrovnává s nemocí a hledá nejrůznější způsoby, jak s nemocí bojovat. V této fázi si je pacient vědom, že nelze očekávat zázraky, ale snaží se dosáhnout alespoň částečného oddálení vidiny smrti. Nemocný proto slevuje ze svých přání a smlouvá s osudem. Je to doba velkých slibů, které často ale neuskuteční. V této fázi je pacient velmi zranitelný, přijímá aktivně léčbu a často hledá nejrůznější alternativní způsoby léčby. Vágnerová (2008) toto období označuje jako fázi reorientace, kdy nemocný mění svůj postoj k nemoci a interpretuje si ji jiným způsobem.
4. *Deprese, smutek, zoufalství.* Období, které většinou nastává po plném dolehnutí nemoci, kdy si již pacient uvědomuje nezvratnost svého stavu. Vědomí nevyhnutelnosti smrti však doprovází emoční reakce strachu z neznáma, ze zajištění budoucnosti rodiny aj., které se u pacienta projevují depresí. Pacient může vzdávat boj s nemocí, propadat apatii či lítostivosti.
5. *Akceptace.* Tato fáze smíření nastává, pokud pacient měl dostatek času vyrovnat se se zátěží smrtelné nemoci a podařilo se mu překonat předešlé fáze. Pacient dosahuje stavu, kdy již svou nemoc plně přijal se všemi jejími důsledky. Není již deprimován ani necítí zlost na svůj osud. Přijímá omezení, které choroba přináší. V ideálních případech se snaží udržet si dostupná uspokojení a hledá nová.

2 RESPITNÍ PÉČE

2.1 Definice a vymezení pojmu respitní péče

Respitní péče představuje poměrně novou formu péče zařazenou do systému sociálních služeb. Tento pojem vznikl v 60. letech v USA a označuje úlevovou, odlehčovací či zástupnou péči (Novosad, 2000). V našem prostředí se ovšem jedná o nový typ služby, který není příliš rozšířený a jemuž se nevěnuje ani mnoho autorů. Také samotných zařízení, která nesou ve svém názvu přímo pojmenování respitní péče je v České republice velmi málo.

Matoušek (2003, s.184) definuje respitní péči jako: „péči poskytovanou lidem, kteří dlouhodobě pečují o postižené. Nejčastěji má formu dočasného umístění postiženého do náhradní rodiny, stacionáře či pobytového zařízení, nebo jde o poskytnutí přímé praktické pomoci pečujícím v jejich domácnosti. Dlouhodobá péče o zdravotně postiženého představuje totiž pro pečující osobu těžký stres.“

Jesenský a Janiš (2004, s.98) ve svém slovníku vykládají respitní péči takto. „Jde o dočasné zabezpečení klienta v domácnosti nebo ve specializovaném zařízení nebo asistentem. Umožňuje rodině nebo jiné osobě (která se jinak o klienta pravidelně stará) oddech nebo dočasné uvolnění z tohoto závazku vůči klientovi.“

Jak už bylo uvedeno, respitní péče představuje sociální službu. Její poskytování je legislativně ukotveno v Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Zákon označuje respitní péči pojmem odlehčovací služby a vymezuje je jako: „terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení¹, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí²; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek (§44).“

Z následujících definic vyplývá jak charakter služby, tak především cílová skupina, které je služba určena. Odlehčovací služby přináší odpočinek a úlevu od zátěže pečující osobě, tím, že na čas převezmou úlohu pečovatele. Pečující osobu Matoušek (2003, s.143) specifikuje jako: „osobu, která pečuje o příbuzného, přítele nebo souseda, a to bez nároku

¹ *Zdravotním postižením* se dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, rozumí tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby. (§3)

² *Přirozeným sociálním prostředím* se dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, rozumí rodina a sociální vazby k osobám blízkým (§116 občanského zákoníku), domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity. (§3)

na odměnu a bez jakékoliv formální smlouvy. Motivem této péče jsou rodinná pouta nebo přátelské vazby. Péče sahá od komplexních forem až po péči občasnou a parciální.“

Matoušek svou definici orientuje pouze na osoby se zdravotním postižením. Podíváme-li se však na vymezení vyplývající ze Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, cílová skupina uživatelů je podle tohoto vymezení širší. Zahrnuje nejen jednotlivé skupiny osob se zdravotním postižením dle typu zdravotního postižení, a to od raného věku až po stáří, ale také seniory a osoby dlouhodobě nemocné. Je tedy důležité uvědomit si, že tato služba může být prospěšná pro širokou oblast skupin osob všeho věku.

Dalším důležitým faktem, který je nutno vyzdvihnout, je, že služba směřuje ke dvěma cílovým skupinám klientů. Těmi jsou jednak osoby se sníženou soběstačností výše zmíněné a pak také osoby, které o tyto jedince pečují. Tím služba získává důležité odlišení od jiných druhů sociálních služeb. Může se totiž zdát, že respitní péče je prakticky totožná s osobní asistencí či pečovatelskou službou. Důvodem je téměř stejná náplň poskytovaných služeb. Základní rozdíl však spočívá právě v klientele. Osobní asistence a pečovatelská služba je založena na vztahu uživatel- asistent, kdy je služba poskytována přímo na přání a podle potřeb samotného uživatele služby. U respitní péče jsou však klienti dva- tedy osoba se sníženou soběstačností a o ni pečující osoba. Cíle péče se zaměřují na uspokojení potřeb pečující osoby i osoby, o niž je pečováno.

2.2 Cíle a význam poskytování respitní péče

Cíle respitní péče vyplývají z výše uvedených definic. Cílem respitní péče je podle Kozlové (2005, s.29): „zajistit péči osobě, která z důvodu svého věku nebo ze zdravotních důvodů tuto péči potřebuje, a poskytnout tak osobě o postiženého obvykle pečující čas k odpočinku, případně k zajištění jiných záležitostí.“

Cíle respitní péče je dále nutné rozlišit vzhledem k uvedeným cílovým skupinám klientů. S přijetím Zákona o sociálních službách je zdůrazňováno na poli označení skupin osob využívajících sociální služby označení uživatel sociálních služeb namísto označení klient. Pro potřeby naší práce však budeme využívat v další části práce označení klient, neboť dle našeho názoru více odpovídá uvedeným charakteristikám cílových skupin osob. Cíle pro pečující osobu a pro osobu, o kterou je pečováno, jsou značně odlišné. Obecným cílem společným pro obě skupiny klientů je poskytnutí kvalitní péče. Rozdíly v cílech však vznikají při definování konkrétních cílů pro obě skupiny klientů. Je tedy užitečné je blíže specifikovat. Tyto cíle vyplývají z rozlišných potřeb klientů a můžeme říci, že právě z důvodů těchto specifických potřeb myšlenka respitní péče vznikla.

Péče o osobu se sníženou soběstačností je pro pečující poměrně náročná, fyzicky i psychicky. Novosad (2000) zdůrazňuje, že z toho důvodu je důležité, aby i pečující osobě byl umožněn potřebný odpočinek a volný čas, aby mohla realizovat své potřeby a zájmy. Z této myšlenky respitní péče při svém vzniku vyšla. Úlohu pečující osoby tak na určitou dobu může převzít asistent nebo zařízení typu denního stacionáře. Respitní péče tím pečujícím osobám poskytuje čas, ve kterém se mohou soustředit na svůj vlastní život a zajímat se na chvíli o jiné věci než o péči o blízkou osobu.

Matoušek (2003, s.142) uvádí, že osoba, která se dlouhodobě stará o blízkého člověka, je více ohrožena stresem a mohou se tak u ní objevit „silné emoční reakce, jež mají nepříznivý vliv na příjemce péče“. Pečující osoby jsou totiž stejně jako osoby vykonávající pomáhající profesi ohroženy syndromem vyhoření. Díky úplnému psychickému či fyzickému vyčerpání sil často například dochází k umístění jedinců s postižením do domovů pro osoby se zdravotním postižením. Tomu se respitní péče snaží předcházet, neboť péče v přirozeném sociálním prostředí je v současné době upřednostňována a podporována.

Cílem ve vztahu k osobě se sníženou soběstačností je udržet jej v jeho přirozeném sociálním prostředí tak, aby mohl v co největší možné míře žít běžným a důstojným způsobem života. A to i v případě, když jeho rodina nemůže z jakéhokoliv důvodu svou péči vykonávat. Novosad (2000) k tomuto cíli dodává, že cílem moderní péče o tyto osoby je zpřístupnění rovných příležitostí. Dále poukazuje, že tato myšlenka se rozvíjela v souvislosti s procesem desinstitucionalizace zdravotní a sociální péče. Dalším, neméně významným cílem, je aktivizace osoby a její integrace do společnosti.

Význam služby respitní péče

Na základě uvedených cílů je možné význam respitní péče shrnout do těchto bodů:

- význam pro pečující osobu
 - umožnění odpočinku, načerpání nových sil,
 - možnost věnovat se vlastním zájmům a zálibám,
 - možnost udržovat vztah se společností, respitní péče brání vzniku sociální izolace pečující osoby,
 - možnost vést plnohodnotný a aktivní život ve společnosti,
 - prevence syndromu vyhoření a z nich vyplývajících následků jako umístění osoby, o níž je pečováno do ústavní péče,
 - jedná se o celkové zlepšení kvality života,

- získání času na zařízení si a zajištění potřebných věcí mimo domácnost (úřední záležitosti, lékař, ...),
 - zajištění psychické vyrovnanosti pečující osoby vědomím, že je o blízkou osobu dobře postaráno v případě, že pečující osoba z důvodu hospitalizace či nemoci není schopna krátkodobě péči poskytovat,
- význam pro osobu se sníženou soběstačností
 - poskytnutí respitní v přirozeném sociálním prostředí, zamezení potřeby adaptace na cizí prostředí spojené se stresovou situací,
 - snížení nutnosti využití trvalé ústavní (rezidenční) péče,
 - podpora sebeobslužných činností, soběstačnosti a snižování závislosti na péči jiné fyzické osoby,
 - podpora při navazování nových sociálních kontaktů, předcházení sociální izolace,
 - možnost vést aktivní společenský život, podpora při výběru a výkonu aktivit,
 - obměna každodenních činností a stereotypů změnou činností či prostředím.

2.3 Obsah a principy poskytování služeb respitní péče

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, § 44 vymezuje základní činnosti, jež jsou v rámci odlehčovacích služeb poskytovatelé povinni poskytovat. Tyto činnosti jsou děleny do dílčích skupin a jsou pouze obecně definovány. Znamená to tedy, že konkrétní podoba naplněné činnosti již závisí zcela na samotném poskytovateli. Tyto základní činnosti jsou dále upřesněny v § 10 Vyhlášky č.505/2006 Sb. následujícím způsobem:

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

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

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

pomoc při úkonech osobní hygieny, pomoc při základní péči o vlasy a nehty, pomoc při použití WC;

c) *poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:*

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

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

ubytování, úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení;

e) *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*

doprovázení do školy, školského zařízení, k lékaři, do zaměstnání, na zájmové a volnočasové aktivity, na orgány veřejné moci, instituce poskytující veřejné služby a jiné navazující sociální služby a doprovázení zpět, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob;

f) *sociálně terapeutické činnosti:*

socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob;

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

pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů, pomoc při vyřizování běžných záležitostí;

h) *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:*

nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností, podpora při zajištění chodu domácnosti.

Zákon dále stanovuje poskytování odlehčovacích služeb za úhradu. Tato povinnost je dána § 75, jež uvádí, že: „za poskytování odlehčovacích služeb hradí osoby úhradu za základní činnosti v rozsahu stanoveném smlouvou.“ Vyhláška č.505/2006 Sb., § 10, odst. 2. pak stanovuje maximální výši úhrady. Matoušek (2007) poukazuje, že maximální výše úhradu je stanovena z toho důvodu, že odlehčovací služba představuje službu veřejnosti a nelze zní vytvářet komerční činnost jednostranně zaměřenou na zisk.

Důležitým principem je poskytování odlehčovacích služeb na smluvním principu. Jak uvádí Matoušek (2007), osoba, jež potřebuje sociální službu, a poskytovatel služby jsou na základě Zákona o sociálních službách povinni uzavřít smlouvy o poskytování služby. V případě kategorie služeb sociální péče, do které spadají i odlehčovací služby, musí být dle zákona smlouva uzavřena písemně. Zákon dále v § 91 stanovuje náležitosti, které musí smlouva obsahovat. Smlouva obsahuje následující náležitosti: označení smluvních stran, druh sociální služby, rozsah poskytování sociální služby, místo a čas poskytování služby, výši úhrady za sociální služby sjednanou v rámci výše úhrady stanovené zákonem a způsob jejího placení, ujednání o dodržování vnitřních pravidel

stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb, výpovědní důvody a výpovědní lhůty, dobu platnosti smlouvy.

Obsah smlouvy je sjednáván před uzavřením. Obsah by měl zohledňovat individuální potřeby uživatele služeb, který by měl uvedení těchto potřeb ve smlouvě vyžadovat. Podle Michalíka (2007, s.28) je smlouva významným prostředkem: „ jak uplatnit svobodnou vůli osob, kterým jsou služby poskytovány.“ Dále dodává, že by uživatel měl vždy trvat na tom, aby smlouva nebyla příliš obecná. Dobré je obsah služeb individualizovat směrem k potřebám uživatele. Stejně tak je důležité jednotlivé provádění služeb a podmínky poskytování služeb blíže specifikovat.

Zavedení smluvního principu je významné především z toho důvodu, že posiluje postavení uživatele a přispívá k větší přehlednosti vztahu mezi uživatelem služby a poskytovatelem služby. Zároveň smlouva poskytuje ochranu oběma stranám, např. v případě vzniku problému či sporu (Matoušek, 2007).

2.4 Druhy respitní péče

Respitní péče je součástí komplexní péče o jedince se sníženou soběstačností a v rámci sociálních služeb je charakterizována jako služba sociální péče. Služby sociální péče definuje Zákon o sociálních službách, § 38 jako: „ služby, které napomáhají zajistit osobám jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.“ Jak již bylo uvedeno, zařízení, která by poskytovala samostatně pouze respitní péči v České republice, nejsou příliš rozšířena. Z toho důvodu se stává, že jsou tyto služby péče často poskytovány jako jedna ze služeb jiných zařízení, jejichž náplň činností se částečně shoduje s náplní odlehčovacích služeb. Může se jednat například o službu denních či týdenních stacionářů, osobní asistence či pečovatelské služby.

Respitní péče je podle Zákona o sociálních službách poskytována ve třech formách. Tyto formy jsou rozlišovány na základě místa, kde je služba poskytována. Péče je tedy poskytována jako služba pobytová, ambulantní a terénní a jako jediná ze všech služeb sociální péče je poskytována právě všemi třemi formami. Podle §33 Zákona o sociálních službách jsou tyto formy vymezeny takto:

- a) **pobytová služba** – služba spojená s ubytováním v zařízení sociálních služeb,

- b) ambulantní služba** – služba, za kterou osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování,
- c) terénní služba** – služba, která je osobě poskytována v jejím přirozeném prostředí.

Novosad (2000) popisuje čtyři základní modely respitní péče, které lze vysledovat v zemích (evropských i v USA), kde je respitní péče součástí zákona o sociální péči. Shodně uvádí dané čtyři modely péče také Kozlová (2005).

- Prvním modelem je **respitní péče poskytovaná doma**. Ta poskytuje rodinám odbornou i laickou pomoc, rodina si sama vyhledá zařízení či osobu (asistenta). Výhodou je, že tento druh péče nijak nenaruší chod rodiny a dítě nebo i dospělý, o nějž je pečováno, zůstává ve svém přirozeném prostředí. Nevýhodou ovšem je, že v rámci tohoto modelu péče nedochází k podnětnému obohacování prostřednictvím kontaktu se společenským prostředím a proto bývá tato péče často doplňována jinými typy respitní péče.
- Dalším typem může být **respitní péče poskytovaná formou náhradní rodiny** mimo domov. Tento typ můžeme zjednodušeně připodobnit k období krátkodobé pěstounské péče. Pěstounská rodina však musí projít odpovídajícím výcvikovým programem, který ji opravňuje péči poskytovat. Pro vlastní rodinu tento typ poskytuje nabídku třídního až měsíčního odpočinku.
- Třetí možností je **respitní péče poskytovaná formou péče v kolektivu** mimo domov. Péče je poskytována v zařízeních jako školky, pro dospělé a seniory pak např. centra denních služeb, dále denní stacionáře aj., a to v určitých dnech po určitou dobu. Tato služba může v sobě zahrnovat i dovoz a rozvoz klientů do zařízení. Výhodou tohoto typu péče je zprostředkování kontaktu se společenským prostředím prostřednictvím kolektivu vrstevníků a to pod odborným dohledem.
- Čtvrtý model představuje **respitní péče dlouhodobě poskytovaná mimo domov**. Ta je především určena pro osoby těžce zdravotně postižené a vážně či nevléčitelně nemocné, kteří potřebují v daném období trvalou lékařskou péči. Je poskytována ve zdravotnických nebo ošetrovatelských zařízeních pod odborným dohledem. V této formě

můžeme spatřovat určitou paralelu s paliativní péčí, kdy pečující osoby o nevléčitelně nemocné využívající mimo jiné např. služeb domácího hospice, mohou využít také respitní péče po nezbytně nutnou dobu, kdy již péči není možné poskytovat z nejrůznějších důvodů v domácím prostředí.

Z uvedených forem vyplývá, že pojetí nabídky respitní péče je poměrně široké a variabilní. Záleží vždy na konkrétních potřebách daných klientů, jaké formy a v jakém rozsahu služby využijí tak, aby jejich aktuální potřeby byly uspokojeny. Je však nutné podotknout, že popsané modely představují určitý ideál péče, tak, jak by ji bylo dobré v České republice za příhodných podmínek rozvinout.

2.5 Skupiny klientů respitní péče a jejich specifika

Jak jsme již uvedli v předchozí podkapitole, respitní péče směřuje ke dvěma specifickým skupinám klientů. Je-li primárním cílem respitní péče umožnit pečujícím osobám (rodinám), která pečuje o osobu se zdravotním postižením či o dlouhodobě nemocnou osobu, odlehčení od celodenní péče o tuto osobu, pak musíme za primárního klienta respitní péče považovat právě pečující osobu. Pro potřeby naší práce budeme tuto osobu nazývat jako pečující osobu, popřípadě jako pečovatele. Osoba, které jsou při respitní péči poskytovány konkrétní úkony a služby, tedy osoba, o kterou je v praxi pečováno, je v tomto kontextu sekundárním klientem. Obě dvě skupiny klientů, lépe řečeno uživatelů služby respitní péče, však od sebe nejde oddělit. Repsitní péče představuje komplexní péči, která je zaměřena právě na uspokojení potřeb obou dvou zmíněných skupin klientů.

V rámci této podkapitoly se budeme věnovat především specifickým a postavení pečujících osob. A to ze především ze dvou důvodů. V první řadě je služba vyhledávána a její poskytování iniciováno ve většině případů právě pečujícími osobami. Dále, jak bude uvedeno, sekundární skupina klientů zahrnuje poměrně široký okruh jednotlivých skupin osob a bližší popis jejich specifík není pro potřeby naší práce směrodatný ve srovnatelném rozsahu se specifiky jejich pečovatelů.

Před bližší charakteristikou obou skupin klientů je dobré ujasnit, na jakém základě je respitní péče poskytována právě pečujícím osobám. Myšlenka respitní péče vznikla z potřeby ulehčit pečujícím osobám při poskytování péče. Péči, kterou poskytují pečovatelé, nazýváme jako domácí péči. Její označení vychází z prostředí, ve kterém je

péče poskytována, tedy v prostředí domova. Domácí péče v sobě zahrnuje dva aspekty. Michalík (2010) popisuje, že domácí péče v sobě zahrnuje péči sociální jako pomoc, podporu, asistenci či pečovatelské služby s prvky péče zdravotní např. ošetřování a doléčování nemocí aj. Vždy se však jedná o péči poskytovanou laiky. To ji také odlišuje od domácí péče- „home care“, jež představuje péči zdravotní poskytovanou v domácím prostředí odborníky.

Péče poskytovaná člověku potřebujícímu pomoc druhého v domácím prostředí má několik pozitivních aspektů. Podle Michalíka (2010, s.12) je domácí péče obecně pro člověka, kterému je péče poskytována: „výhodnější, přínosnější a příjemnější.“ Osoba se sníženou soběstačností lépe přijímá svoji bezmocnost a lépe snáší omezení vyplývající z jejího zdravotního stavu. Dalším výrazným kladem je především to, že tato osoba nemusí měnit své návyky a způsob života a zvykat si na nové prostředí či lidi. Na výhody domácí péče můžeme také nahlédnout z ekonomického hlediska, neboť poskytování péče v domově laickými pečovateli je pro stát daleko levnější než poskytování péče u registrovaných poskytovatelů sociálních služeb (Michalík, 2010). Na závěr je důležité zmínit, že domácí péče je v České republice velmi rozšířeným jevem, i když to na první pohled není zcela zřejmé. Michalík (2010) uvádí na základě výzkumu provedeného v roce 2009, že v České republice můžeme najít více jak 220 tisíc osob, které pečují o osobu ze svého okolí. Toto číslo je pak dle autorových odhadů dokonce i vyšší. V celkovém měřítku počtu obyvatel je to opravdu vysoké číslo. Michalík (2010) dále zdůrazňuje, že i přes nesporné výhody domácí péče jsou osoby na ní participující stále nedostatečně podporovány státem, a také nedostatečně uznávány celou společností.

Osoby se sníženou soběstačností

Respitní péče je Zákonem o sociálních službách označena jako služba sociální péče, a proto uživatele této služby můžeme obecně dle zákona nazvat osobami se sníženou soběstačností. Snížená soběstačnost vzniká z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a proto je logické, že klienty respitní péče můžeme rozdělit do několika skupin na základě těchto důvodů.

Obecně se klienty respitní péče stávají:

Osoby se zdravotním postižením

Do této skupiny řadíme osoby s mentálním postižením, osoby s tělesným postižením, osoby s poruchami autistického spektra, osoby s kombinovaným postižením, osoby se

zrakovým postižením a osoby se sluchovým postižením. Nejčastější skupinou využívající respitní péči z okruhu osob se zdravotním postižením jsou pak osoby s těžší formou postižení, jež vyžadují rozsáhlejší péči. Jsou to především osoby s mentálním, tělesným či kombinovaným postižením a osoby s poruchami autistického spektra. Tyto osoby využívají respitní péči od raného věku po stáří.

Senioři

Další významnou skupinou využívající služeb respitní péče jsou senioři, jejichž zdravotní stav se v důsledku věku zhoršuje, a kteří z toho důvodu vyžadují celodenní péči či dohled. Zdravotní stav seniorů může být ovlivněn mnoha typy nemocí, proto je těžké tyto důvody blíže specifikovat. Velmi významnou skupinou seniorů často využívajících respitní péči a často zmiňovanou autory se stávají osoby s demencí a Alzheimerovou nemocí, kteří vyžadují specifickou péči.

Osoby s duševním onemocněním

Také do této skupiny můžeme zahrnout širokou škálu nemocí, z důvodu kterých tyto osoby potřebují podporu jiné osoby. Diagnostický a statický manuál Americké psychiatrické společnosti, 3. revize definuje duševní poruchu jako: „klinicky signifikantní psychický nebo behaviorální syndrom či projev, který se u jedince vyskytuje a je typicky spojen buď se subjektivně nepříjemnými příznaky, nebo se zhoršením v jedné nebo více důležitých oblastech fungování (in Smolík, 2002, s.31).“ U těchto osob je narušen do různé míry jejich psychický stav a toto narušení ovlivňuje jejich soběstačnost.

Osoby s chronickým onemocněním

Do této skupiny osob můžeme zařadit osoby, jejichž kvalita života je trvale ovlivněna přítomnou nemocí. Ta snižuje soběstačnost osoby a vyžaduje permanentní kontrolovanou péči, především v postupující fázi nemoci. Jako příklad je vhodné uvést osoby s roztroušenou sklerózou či těžší formou epilepsie.

Pečující osoby

Pro potřeby naší práce budeme označovat osoby, které z nejrůznějších důvodů poskytují trvalou, často celodenní péči jiným osobám pojmem pečovatel. Jak uvádí Šafránková (2004), toto označení bývá spíše užíváno ve vztahu k pomáhajícím profesím. V našem případě se však jedná o laického pečovatele poskytujícího péči nejčastěji na

základě příbuzenských vazeb osobě blízké. Dle Šafránkové (2004, s.34) je pečovatel osobou, která: „pomáhá v uspokojení tělesných, psychických a sociálních potřeb nemocného nebo zdravotně postiženého člověka.“

Pečovatelem se zpravidla stává jedna osoba, která se výhradně pro péči rozhodla. Tímto primárním pečovatelem se ve většině případů stává příbuzný. Z toho důvodu je některými autory využíván pojem rodinný pečovatel, který zdůrazňuje příbuzenskou vazbu mezi pečovatelem a příjemcem péče. Příbuzenský vztah se stává výrazným faktorem při poskytování péče. V naší společnosti můžeme vysledovat daný všeobecný názor, který vznikl v průběhu vývoje společnosti. Tento názor říká, že morální povinnost postarat se nese především rodina (Jeřábek a kol., 2005). Pokud bychom blíže pečovatele specifikovali, častěji se stává odpovědnou pečující osobou žena. Je to zřejmě dáno rolí ženy jako pečovatelky, která je zakořeněna ve vývoji naší civilizace a také danými vrozenými dispozicemi k péči o druhé, jež jsou u žen dány (Šafránková, 2004). Můžeme konstatovat, že domácí péči nejčastěji zajišťuje partner (manžel/manželka) či potomek (popřípadě i s partnerem) především v případě seniorů, v případě osob se zdravotním postižením pak rodič. V některých případech také sourozenec či jiní příbuzní. Zřídka se pak pečovatelem stává blízký přítel rodiny.

Osoba, která se rozhodne převzít roli pečovatele o svého blízkého, podstupuje zásadní životní změnu. V mnoha případech vznikne potřeba péče zcela nečekaně a pečující osoba nemá dostatek prostoru pro zvážení všech důsledků, jež převzetí péče o osobu blízkou přináší. Často dochází k tomu, že pečující osoba o jiné možnosti péče neuvažuje a považuje převzetí role pečovatele za nutnost či povinnost. V důsledku toho, že mnoho pečovatelů nemá ihned jasnou představu o tom, co vše poskytování péče obnáší, nemusí si jasně svoji roli se všemi důsledky uvědomovat. To je ovšem naprosto přirozené, pečovatel se ocitá v nové roli. Nedokáže tak zhodnotit, jaká bude očekávaná délka péče, náročnost péče a podmínky poskytování péče. Postupně se s novou situací seznamuje a odhaluje také vzniklé těžkosti. Každá pečující osoba ovšem dříve či později zjistí, že tato podstatná životní změna pro něj představuje zátěžovou a v mnoha případech také velmi stresovou situaci. Zdravotní stav blízké osoby v mnoha případech vyžaduje, aby byla péče poskytována celodenně, a této skutečnosti je pečovatel nucen přizpůsobit svůj dosavadní životní styl. Právě časová náročnost je stěžejním bodem, který přináší zátěž. Ovlivňuje totiž prakticky všechny složky života pečovatele. Dochází například k omezení možnosti pracovní příležitosti, omezení zájmů a volného času a také snížení možnosti sociálního

kontaktem s přáteli. Pečující osoba tak může snadno podlehnout emočnímu napětí a tomu odpovídajícímu následnému psychickému a fyzickému vyčerpání (Šafránková, 2004).

Východiskem ze zátěžové situace může být mimo jiné právě respitní péče, o níž tato kapitola pojednává. Šafránková (2004) dále podotýká, že nejúčinnější je respitní péče v době, kdy pečovatel ještě příliš nepodlehne zátěži vyplývající z poskytování péče a s ní spojené izolaci a vyčerpání.

Zátěž působící na pečovatele může být různé povahy. Jednotlivé druhy zátěže se samozřejmě kombinují a mohou být přítomny v různé míře. Intenzita a přítomnost zátěže záleží také na době, po kterou je již péče poskytována. Tošnerová (2005) charakterizuje druhy pocíťované zátěže následujícím výkladem.

- *Tělesná zátěž.* V rámci poskytování péče často provádí pečovatel úkony, které představují fyzickou zátěž pro jeho tělo. Pečovatel se stará o osobní hygienu osoby, o niž se stará. V případě omezené pohyblivosti příjemce péče je nutná manipulace při přemísťování. Pokud jsou tyto úkony prováděny dlouhodobě, musí nutně dojít k nadměrné zátěži těla pečující osoby. Celková péče spojená s péčí o domácnost a zajišťování osobních potřeb příjemce péče, jako příprava stravy a jiné vyžadují dostatečnou energii pečujícího a mohou být pro něj vyčerpávající.
- *Finanční zátěž.* Péče o blízkou osobu má i finanční rozměr. Ekonomická situace rodiny se může dramaticky změnit. To především z toho důvodu, že časová náročnost péče vede k nutnosti omezení pracovního úvazku či dokonce k jeho úplnému zániku a následnému snížení financí. Péče o osobu se sníženou soběstačností také často vyžaduje služby, které pečující osoba sama schopna není poskytovat a musí využít jiných možností k jejich zajištění. Jedná se například o lékařské, farmaceutické či rehabilitační služby. Stát se však na hrazení všech těchto služeb nepodílí a proto nezbyvá pečujícímu jiná možnost, než přispívat k úhradě výloh. Platba služeb tak může výrazně zatížit rodinný rozpočet.
- *Zátěž plynoucí z okolního prostředí.* Hned v začátcích převzetí péče je nutné zvolit prostředí, kde bude péče probíhat, zvolit vhodný domov. Často je nutné zvolit alternativní přemístění pobytu. Může dojít ke dvěma situacím. Buď se pečující osoba přestěhuje k osobě, o kterou pečuje nebo bude péče poskytována v domácnosti pečovatele. Vždy je však nutné především zhodnotit vhodnost podmínek k poskytování péče, popřípadě je upravit, aby péči co nejvíce usnadňovaly a podporovaly. Příkladem může být instalace a zajištění vhodných pomůcek jako polohovací postel aj.

- *Sociální zátěž.* Časová náročnost a často nutnost poskytování osobní péče prakticky 24 hodin denně se projevuje sociální zátěží. Pečovatel může být postupně izolován od účasti na společenském životě. Dochází k proměně sociálního kontaktu především s dalšími členy rodiny a přáteli. Často je také pečovatel nucen vzdát se svých volnočasových aktivit. Dále i únava z poskytování péče nepřispívá ke snaze pečovat o společenské vztahy či pěstování zájmů. Výsledkem se pak stává vztek a postupem času určitý odpor k blízké osobě, která je hlavní příčinou vzniku izolace.
- *Citová zátěž.* Všechny typy zátěže se projeví velkou citovou zátěží. Ta je způsobena především zodpovědností, kterou závazek poskytování péče vyvolává. Pečovatel je nucen se do značné míry přizpůsobovat osobě, o kterou pečuje. Může proto nabýt dojmu, že je na něm tato osoba v přehnané míře závislá a právě tento dojem pak ovlivní citový vztah k příjemci péče. Může dojít k narušení duševní rovnováhy pečovatele, znechucení z převzaté zodpovědnosti či vytvoření ambivalentního vztahu k příjemci péče. Pečovatel může získat pocit trvalé frustrace a bezvýchodnosti ze situace. V některých situacích může dojít k nepotlačitelným negativním pocitům. Pečovatel tajně touží po ukončení péče a umístění příjemce péče do rezidenční péče. V některých případech pak dokonce uvažuje nad jeho smrtí. Tato přání však nejsou veřejně demonstrována a bývají doprovázena pocity viny.

Také je možno vymezit zátěž z pohledu hlavních rizik, kterým jsou pečovatelé vystaveni. Jedná se o možný vznik těchto problémů: „deprese; pocity viny, zloby, výčitek, či popření problému; zhoršení svého zdraví; omezení sociálních a příbuzenských vztahů; poruchy spánku; obavy ze stáří; zanedbávání sebe i příbuzných; manželské problémy; absence v práci; snížení příjmů; zhoršení vztahu k člověku, o kterého je pečováno; významná redukce volného času; vyčerpání (Gerontologické aktuality, 2001, č.1, s.23).“ Tyto problémy korespondují s výše uvedenou charakteristikou Tošnerové.

Uvedené typy zátěže dle Tošnerové se jasně promítají na kvalitě poskytované péče. Aby byla péče poskytována na potřebné úrovni, je nutné, aby pečující dbal i na své vlastní potřeby a věnoval péči své osobě. Věnovat péči o své zdraví, snažit se být aktivní jak v udržování sociálních vztahů, tak svých vlastních zálib a zachování si určitého osobního prostoru k životu, by mělo být základem k poskytování kvalitní a pocitově uspokojující péče. Šafránková (2004) na základě vlastní zkušenosti s pečujícími osobami zdůrazňuje, že

mnoho pečovatelů pečuje o svého blízkého s velkou laskavostí a obětavostí. Ty jim však často zabraňují, aby si uvědomovali, že i oni sami jsou v situaci, kdy potřebují pomoc. Pomoc jim umožní načerpat nové síly a odpočinout si od pečovatelské role. Myšlenka, že i pečovatelé si mohou odpočinout od celodenní péče, je však pro ně často nereálná. Respitní péče proto představuje na poli sociálních služeb službu s velikou důležitostí a měla by z toho důvodu být rozvíjena a podporována. K tomu je však potřeba i určitá změna postojů ve společnosti vzhledem k podpoře pečujících osob.

3 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Výzkumné šetření zkoumá současnou nabídku a stav paliativní a respitní péče v Olomouckém kraji. Jedná se o druhy péče, které nejsou v českém prostředí rozšířeny. Také povědomí mezi lidmi o existenci těchto druhů péče je velmi nízké. Přesto, že paliativní a respitní péče vychází z rozdílných myšlenek a zásad, neukotvená pozice těchto druhů péče v našem prostředí je jim společná. Paliativní péče je řazena mezi nestátní zdravotnickou službu, zatímco respitní péče je zákonem vymezena jako služba sociální. Obecným cílem práce je prozkoumat vztah mezi současnou nabídkou paliativní a respitní péče pro dospělé osoby a překážkami jejich rozvoje v Olomouckém kraji. Jako základní výzkumný problém byl stanoven předpoklad, že v Olomouckém kraji je nedostatečné množství poskytovatelů paliativní a respitní péče, které poskytují službu jako koncept a s tím související nedostatečná variabilita forem služeb. Šetření se snaží nahlížet na problémy současných poskytovatelů se zřizováním paliativní a respitní péče a na odhalení největších překážek rozvoje péče. Vychází z předpokladu, že překážky rozvoje vznikají kombinací více faktorů.

4 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

Cíl 1: Objasnit, jaký je současný stav a obsah nabídky paliativní a respitní péče v Olomouckém kraji na základě pohledu stávajících poskytovatelů a uživatelů těchto druhů péče.

Hypotéza č. 1: Dostatečná nabídka paliativní péče v kraji je závislá na šíři nabídky péče v domácím prostředí v rámci jednotlivých regionů kraje.

Hypotéza č. 2: Nabídka respitní péče v kraji odpovídající poptávce úzce souvisí s její dostupností pro více skupin osob.

Cíl 2: Zjistit spokojenost uživatelů s využívanou formou péče a s dostupností informací o poskytování péče.

Hypotéza č. 3: Převážná většina uživatelů paliativní a respitní péče je spíše spokojena s dostupností informací a obsahem jim poskytované péče.

Cíl 3: Zjistit, jaké jsou nedostatky a překážky rozvoje paliativní a respitní péče v kraji a možnosti zlepšení situace.

Hypotéza č. 4: Pro rozvoj a rozšíření nabídky paliativní a respitní péče je zásadním předpokladem zvýšení podpory těchto služeb obcemi v rámci komunitního plánování sociálních a jiných služeb.

5 METODOLOGIE ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMU

Jako metodický prostředek pro zpracování šetření byl zvolen dotazník. Předností dotazníkové metody je možnost získat údaje od většího množství respondentů v relativně krátkém čase. Nevýhodou je ovšem riziko nepochopení či mylného výkladu otázek a také nízká motivace respondentů k jeho vyplnění, jež se může promítnout i do odpovědí. Pro potřeby našeho šetření byl ovšem zvolen anonymní dotazník, a to především z důvodu možnosti získat větší množství informací od různých skupin osob. Metoda dotazníku nám tak umožnila volbu širšího záběru respondentů.

Byly vytvořeny čtyři varianty dotazníku, a to dotazník pro poskytovatele paliativní péče, pro poskytovatele respitní péče, pro blízké klientů paliativní péče a pro klienty respitní péče- pečující osoby. Dotazníky pro poskytovatele paliativní péče se skládá z 11 otázek, z toho je 5 otevřených, 3 uzavřené s možností výběru odpovědí a 3 škálové. Dotazník pro blízké klientů paliativní péče je složen z 10 otázek, kdy 4 otázky jsou otevřené, 3 uzavřené s možností výběru odpovědí a 3 škálové. Dotazník pro poskytovatele respitní péče se skládá z 9 otázek, z toho 6 otázek je otevřených a 3 škálové. Dotazník pro klienty respitní péče- pečující osoby je složen ze 12 otázek, a to z 5 otevřených, 4 uzavřených a 3 škálových otázek. Otázky v prvním okruhu dotazníků se ve všech typech dotazníků vztahují k podobě a rozsahu poskytované péče, druhý okruh otázek je pak zaměřen na spokojenost s poskytovanou péčí a na vztah mezi poskytovatelem a klientem. Otázky v závěrečném okruhu zjišťují postoj respondentů ke kvalitě poskytovaných služeb a limitům rozvoje těchto druhů péče v kraji na základě vlastní zkušenosti.

Pro analýzu a interpretaci zjištěných dat byl zvolen systém vyhodnocení dle jednotlivých otázek dotazníků. Pro zpracování uzavřených i otevřených otázek byla zvolena prezentace výsledků pomocí tabulek s relativní a absolutní četností. Mezi odpověďmi otevřených otázek byly dále hledány souvislosti a závislosti, na základě kterých se dělí do několika oblastí. U škálových otázek jsou zjištěná data analyzována pomocí grafů. Všechny otázky jsou pak doplněny vlastním komentářem s odkazy na informace v teoretické části práce a vzájemný vztah mezi odpověďmi poskytovatelů a blízkých klientů či uživatelů služeb.

6 VÝZKUMNÝ VZOREK

Při tvorbě dotazníků jsme vycházeli ze základních stanovených kritérií, která se utvářela při zpracování teoretické části práce. Z této části práce vyplynulo, že jak u paliativní, tak respitní péče je možné najít mnoho forem a způsobů, jak může být tato forma poskytována. Při následném hledání poskytovatelů paliativní i respitní péče se ovšem ukázalo, že v našich podmínkách je variabilita nabízených služeb ve zkoumané oblasti nedostatečná a popsané formy pouhým ideálem. Vyplynulo, že oba druhy péče často bývají nahrazovány a zaměňovány službami jim podobnými, ale s jiným posláním. Z toho důvodu bylo jako kritérium pro zařazení poskytovatele do výzkumu zvoleno, zda je paliativní a respitní péče poskytována jako *koncept* a ne jen jako pouhý *úkon* v rámci jiných služeb. V případě péče jako konceptu poskytovatel zřizuje a poskytuje tuto službu na základě vypracované metodiky a v souladu se zásadami a cíli dané péče, jež byly popsány v teoretické části. S konceptem péče souvisí i kapacita poskytování péče, jež je zpravidla podstatně vyšší. V případě poskytování péče paliativní i respitní jako úkonu je poskytování péče zpravidla omezeno pouze na jednu nebo dvě osoby a navíc je tato poskytovaná služba prakticky nezjistitelná, neboť většina těchto poskytovatelů tuto informaci v rámci své propagace neuvádí. Tato skutečnost je konstatována na základě provedeného zjištění pro účely této práce pomocí Registru poskytovatelů služeb MPSV, Katalogů poskytovatelů služeb jednotlivých regionů Olomouckého kraje a vlastního vyhledávání poskytovatelů paliativní a respitní péče pomocí internetu. Pro poskytovatele paliativní péče bylo určeno další významné kritérium. Do šetření byla zahrnuta jen zařízení poskytující specializovanou paliativní péči, jež je vymezena v teoretické části práce.

Za respondenty byly zvoleny dvě cílové skupiny. První cílovou skupinou se stali poskytovatelé paliativní péče. Dotazování těchto osob nám umožnilo vytvořit si představu o obsahu poskytované péče a problémech, se kterými se při poskytování potýkají. Za druhou cílovou skupinu respondentů byl zvolen okruh blízkých osob klientů. V případě paliativní péče nejbližší členové rodiny klienta, v případě respitní péče pak pečující osoby, jež jsou sami klienty respitní péče. Blízké a pečující osoby klientů byly zvoleny především z toho důvodu, že většinou jsou to právě oni, kdo zařizují zajištění péče a podílejí se na jejím vyhledávání. Porovnání získaných informací od obou cílových skupin nám umožnilo v rámci výzkumu reflektovat nabídku paliativní péče a respitní péče v kraji v hlubším kontextu.

6.1 Poskytovatelé zařazení do výzkumu

6.1.1 Paliativní péče

Hospic na Svatém Kopečku

Sadové nám. 24, 779 00 Olomouc

Hospic funguje jako nestátní zdravotnické zařízení od roku 2002. Jeho zřizovatelem je Arcidiecézní Charita Olomouc, nestátní organizace, jež je zřizovatelem účelových zařízení římskokatolické církve. Poskytuje pobytovou hospicovou péči pro 30 klientů. Hospic na Svatém Kopečku je jediným zařízením tohoto typu v Olomouckém kraji.

V rámci poskytování Charitní ošetrovatelské péče se některé pobočky Charity specializují na poskytování domácí hospicové péče. Při domácí hospicové péči zajišťují zdravotní péči zdravotní sestry se specializací na hospicovou péči. Dále je uživatelům služby zajišťována psychologická a duchovní podpora v souladu s principem hospicové péče. Služba je poskytována jako terénní v domácím prostředí klienta. Přesto, že se nejedná o domácí (mobilní) hospic, byla tato zařízení zařazena do výzkumu, neboť splňují požadavek poskytování péče jako konceptu.

Domácí hospicová péče je poskytována v těchto zařízeních Charity:

Charita Šternberk

Opavská 13, 785 00 Šternberk

Charita Šumperk

Žerotínovo nám. 12, 789 01 Šumperk

Charita Zábřeh

Žižkova 15, 789 00 Zábřeh

Charita Přerov

Šířava 27, 750 02 Přerov

6.1.2 Respitní péče

Respitní péče Diakonie ČCE Sobotín

Petrov nad Desnou 203, 788 16 Sobotín

Poskytovatelem služby je Diakonie České církve bratrské, která je křesťanskou charitativní organizací. Středisko nabízí poskytování služby na území okresu Šumperk. Cílovou skupinou jsou rodiny pečující o seniory s demencí a senioři s demencí. Středisko nabízí

dva typy respitní péče: respitní péči v domácím prostředí a pobytovou respitní péči v délce několika dnů nebo i týdnů. Služby vznikla v roce 2002 díky finanční podpoře Evropské unie Phare z programu Podpora aktivního života seniorů.

Respitní péče Pamatováček ČALS Olomouc

Karafiátova 5, 779 00 Olomouc

Pamatováček je občanské sdružení zaměřené na podporu lidem postiženým demencí a především přímým pečovatelům - rodinným příslušníkům. Pamatováček Olomouc je kontaktním místem České alzheimerovské společnosti pro Olomoucký kraj. V rámci svých služeb od roku 2010 nabízí ambulantní respitní péči.

Středisko odlehčovacích služeb Charita Zábřeh

Masarykovo nám.7, 789 01 Zábřeh

Poskytovatelem služby je Charita Zábřeh, jež je nestátní a neziskovou organizací-účelovým zařízením římskokatolické církve. Služba je poskytována od roku 2008 terénně sedm dní v týdnu v přirozeném sociálním prostředí uživatele na okresu Zábřeh. Okruh osob cílové skupiny: osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby s jiným zdravotním postižením, osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením, osoby s tělesným postižením, osoby se zdravotním postižením, senioři.

7 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

7.1. Výzkum v oblasti paliativní péče

Do uvedených pěti zařízení bylo na základě domluvy s jednotlivými poskytovateli rozesláno celkem 10 dotazníků pro poskytovatele paliativní péče, vráceno bylo 8. Návratnost těchto dotazníků činí 80%. Dotazníků pro blízké klientů paliativní péče bylo rozesláno celkem 18. Tento počet byl odvozen na základě počtu klientů a odhadu poskytovatelů o možnostech spolupráce s blízkými klientů při vyplnění. Z těchto dotazníků jich bylo vráceno 8, návratnost tak činí 45%.

7.1.1 Poskytovatelé paliativní péče

Otázka č. 1. Kolika klientům ročně poskytne péči Vaše zařízení?

Tab. 1: Počet klientů

Zařízení	Počet klientů
Charita Šternberk	21
Charita Šumperk	15
Charita Přerov	10
Charita Zábřeh	23
Hospic na Svatém Kopečku	330

Paliativní péče formou pobytu byla poskytnuta 330 osobám. O 399 osob pak bylo pečováno v souladu se zásadami paliativní péče v domácím prostředí. Uvedené údaje jsou za rok 2010. Na základě posledních dostupných údajů ČSÚ z roku 2009 v tomto roce zemřelo v Olomouckém kraji celkem 6663 osob starších 15 let. Z tohoto počtu byly nejčastější příčinou úmrtí nemoci oběhové soustavy, a to u 3435 osob. Druhou nejčastější příčinou úmrtí, a to u 1613 osob, byl zhoubný novotvar. To je také nejčastější skupina pacientů využívajících paliativní péči. Sláma a Špinka (2004) uvádějí, že specializovaná péče v České republice je dle jejich odhadů poskytovaná cca 1% nemocných. Paliativní péče mimo nemocniční zařízení byla tedy za rok 2010 za předpokladu podobné četnosti úmrtí jako v roce 2009 poskytnuta pouze cca 6% osob, které v kraji zemřely. Toto číslo tedy dle našeho odhadu přesahuje výše zmíněný předpoklad. Zahraniční studie však ukazují, že soustavnou paliativní péči potřebuje nejméně 10% z celkového počtu nemocných. Tato čísla tedy naznačují nedostatek poskytovatelů v Olomouckém kraji. Nutné je také upozornit na rozložení počtu osob v rámci regionů kraje, neboť v některých regionech (např. Jesenicko) není koncepce domácí hospicové péče poskytovaná. I toto zjištění ukazuje na nedostatečné pokrytí péče. Hospic na Svatém Kopečku pak zajišťuje

hospicovou péči pro osoby z celého kraje. Dle Ministerstva zdravotnictví ČR je doporučený počet 5 paliativních lůžek na 100 tisíc obyvatel (Bystřický, 2000). S kapacitou 30 lůžek na 551103 obyvatel kraje starších 15 let na konci roku 2009 Hospic na Svatém Kopečku doporučený počet lůžek splňuje.

Otázka č. 2. Se kterými indikačními skupinami klientů se setkáváte?

Tab. 2: Indikační skupiny klientů

Odpověď	Počet odpovědí	%
klienti s nádorovým, onkologickým onemocněním	8	25%
klienti v konečném stádiu chronického srdečního selhání, onemocnění ledvin, trávicího a dýchacího ústrojí	8	25%
klienti s neurologickým onemocněním typu demence, roztroušené sklerózy, syndromy po cévní mozkové příhodě	8	25%
polymorbidní geriatřičtí klienti	8	25%
klienti v konečném stadiu AIDS	0	0%
klienti v permanentním vegetativním stavu	0	0%
jiné	0	0%
Celkem odpovědí	32	100%

Všechna zařízení řadí mezi skupiny pacientů osoby s nádorovým onemocněním, pacienty s neurologickým onemocněním typu demence, roztroušené sklerózy, syndromy po cévní mozkové příhodě a polymorbidní geriatrické pacienty. Pacientům v konečném stadiu AIDS a v permanentním vegetativním stavu péči žádné ze zařízení neposkytovalo. Četnost rozložení žádné ze zařízení nevedlo. Uvedené skupiny klientů se shodují s nejčastěji uváděnými skupinami klientů dle použité literatury (viz podkapitola 1.4)

Otázka č. 3. Z jakého prostředí (zařízení) do Vašeho zařízení klienti přicházejí?

Tab. 3: Prostředí

Odpověď	Počet odpovědí	%
nemocnice	8	42%
domov	7	37%
domov důchodců	4	21%
stacionář	0	0%
domov pro osoby se zdravotním postižením	0	0%
jiné	0	0%
Celkem odpovědí	19	100%

Nejčastějším zařízením, ze kterého přicházejí klienti do péče poskytovatelů, byla všemi poskytovateli označena nemocnice. Velmi častým prostředím je také domov, kde je dle části dotazovaných poskytovatelů péče poskytována. Důvod vyhledat paliativní péči bychom měli hledat ve většině případů v nutnosti odborné lékařské péče, která může být poskytována i v jiném prostředí než v nemocnici, ale ke které rodina nemocného často není zcela kompetentní (Sláma, Špínka, 2004). Tomu odpovídá i naše zjištění. Domov důchodců je pak dalším zařízením, ze kterého klienti- senioři přicházejí, a to opět z důvodu zhoršení zdravotního stavu.

Otázka č. 4. Jaká je průměrná doba poskytování péče ve Vašem zařízení?

Tab. 4: Doba poskytování péče

Zařízení	Doba péče
Charita Šternberk	1 měsíc
Charita Šumperk	25 dní
Charita Přerov	20 dní
Charita Zábřeh	neuvedeno
Hospic na Svatém Kopečku	28 dní

Ve všech dotazovaných zařízeních délka poskytování péče nepřesahuje dobu 1 měsíce. Z této informace je možné vyvodit, že péče je v převážné většině poskytována pacientům ve fázi zlomu, popř. terminální fázi nemoci představující poslední dny a týdny života pacienta, kdy se celkový stav pacienta nevratně zhoršuje (viz podkapitola 1.4). Z tohoto zjištění vyplývá, že by poskytovaná péče měla být flexibilní a místně dostupná, neboť poskytnutí zdravotní péče by mělo reagovat co nejrychleji na potřeby pacienta.

Otázka č. 5. S jakými zařízeními či osobami v kraji při poskytování péče spolupracujete?

Odpovědi respondentů lze rozdělit do oblastí v tabulce.

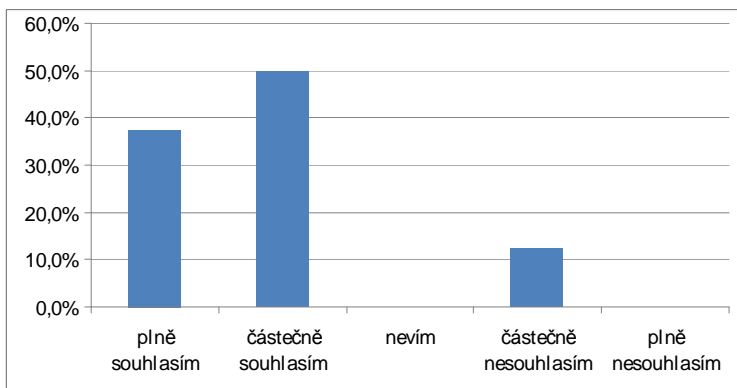
Tab. 5: Spolupráce

Oblast	
zdravotní péče	sociální péče
praktičtí lékaři	sociální pracovník měst a obcí
nemocniční zařízení v kraji	pečovatelská služba
léčebny dlouhodobě nemocných	ošetřovatelská služba
ordinace onkologa	agentury domácí péče
ambulance léčby bolesti	

Uvedené spolupracovníky dále můžeme rozdělit mezi zdravotnický a sociální sektor. Oba dva typy spolupráce jsou nesmírně důležité, neboť právě tyto subjekty v obou sektorech jsou hlavními zdroji předávání informací o možnosti využití specializované paliativní péče. Žádný z poskytovatelů neuvedl mimo nemocniční zařízení v kraji konkrétní spolupracovníky. Nejčastěji byla uváděna spolupráce s FN Olomouc a Vojenskou nemocnicí. Dále pak spolupráce s okresními nemocnicemi V Šumperku, Přerově, Zábřehu a Šternberku dle místa působení poskytovatelů. Zjištění o uvedené šíři poskytovatelů je pozitivní. Překvapující je pak zjištění, že žádné ze zařízení neuvedlo spolupráci s domovy důchodců či centry denních služeb, neboť i v této oblasti by byla spolupráce jistě potřebná. Spolupráce mezi jednotlivými zařízeními je významným faktorem v této oblasti. Kvalita poskytované péče se odvíjí právě od spolupráce poskytovatelů specializované péče s jinými subjekty (O organizaci paliativní péče, 2004). Navázané vztahy se mohou stát důležitým nástrojem, jak zajistit koordinovanost poskytování péče v regionu.

Otázka č. 6. Potýká se Vaše zařízení při poskytování paliativní péče s následujícími problémy?

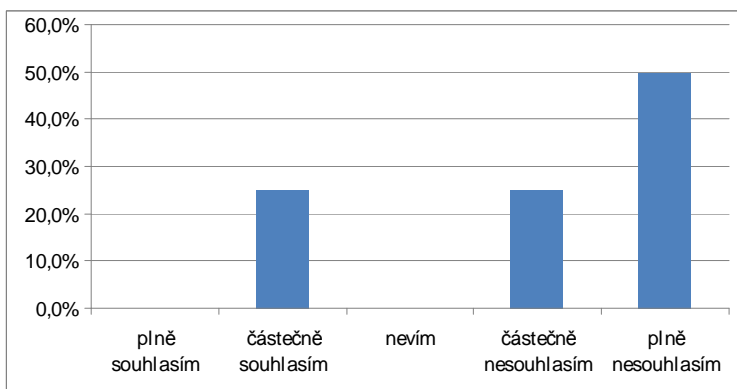
a) nedostatek financí



Graf 1: Finance

Převážná většina poskytovatelů (7 z 8) se shodla na problémech s finančním zajištěním při poskytování péče. Nedostatek financí je považován poskytovateli za problém nejtěžšího charakteru. Toto zjištění je očekávané, neboť nedostatek financí je v současné době charakteristikou českého zdravotnictví. Nestátní zařízení navíc mají k financím těžší přístup než zařízení státní. Ze získané informace je tak logicky zřejmé, že poplatky získané za péči od klientů nemohou pokrýt všechny náklady na poskytování péče a je nutné získat většinu potřebných financí z jiných zdrojů.

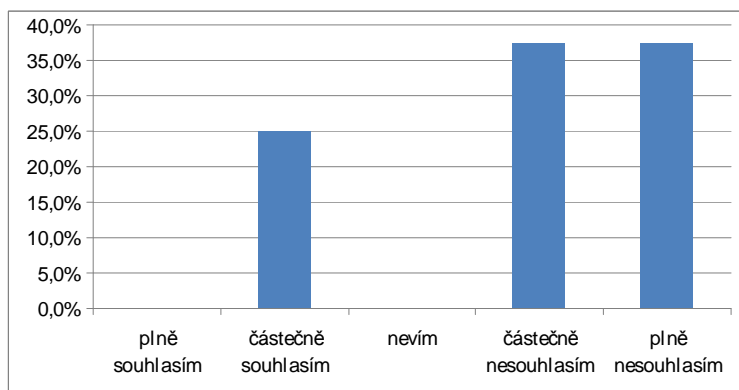
b) nevyhovující prostory



Graf 2: Prostory

Nevyhovující prostory dle většiny (6 z 8) vyjádření poskytovatelů nejsou problémem, se kterým by se při poskytování péče výrazně potýkali. Toto zjištění je pozitivní, neboť dobré zázemí pro poskytování péče představuje základ ke kvalitně poskytované péči a k jejímu rozvoji, především v případě formy pobytové.

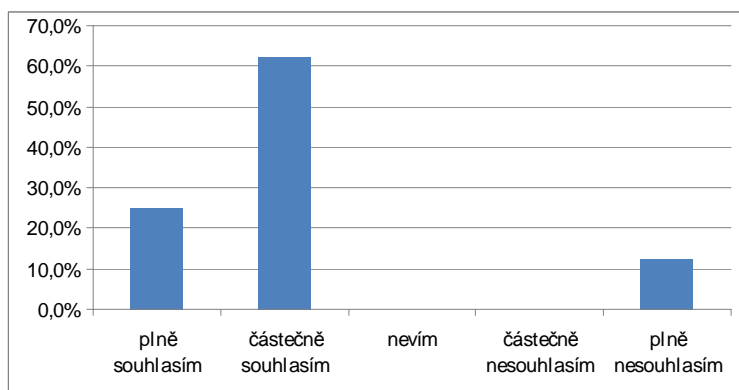
c) *nedostatek kvalifikovaného personálu*



Graf 3: Personál

6 z 8 poskytovatelů hodnotí kvalifikovaný personál jako dostatečný. Toto pozitivní hodnocení je důležité, neboť kvalifikovaní odborníci jsou předpokladem ke kvalitně poskytované péči, která je zřejmě v zařízeních poskytovaná. Je možné vyvodit, že zajištění kvalifikovaného personálu není do značné míry závislý na finanční situaci poskytovatelů.

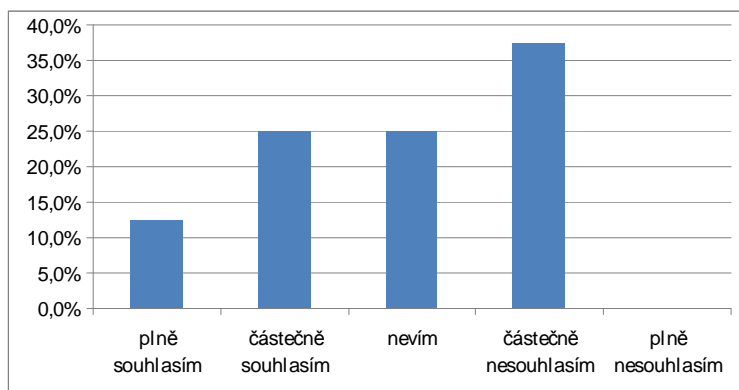
d) *nízké povědomí veřejnosti o existenci služby, zařízení*



Graf 4: Povědomí veřejnosti

Nízké povědomí veřejnosti o existenci služby je větší částí poskytovatelů (6 z 8) považováno za problém, který se jich při poskytování péče dotýká. Toto zjištění není překvapující a mohlo by být odrazem stavu naší společnosti. Dle našeho názoru bychom tento problém mohli dát do souvislosti se spolupracovníky zařízení. Právě ti by mohli být důležitým faktorem a pomocníkem při navázání bližší vzájemné spolupráce k jeho odstranění.

e) *nedostatek podpory města*



Graf 5: Podpora města

V tomto bodě je viditelná nejasná vyhraněnost k problému mezi poskytovateli. Můžeme spíše konstatovat, že nedostatek podpory města není považován poskytovateli za tak velký problém, jak by se mohlo předpokládat. Hodnocení je odrazem současné podpory od města, která se regionálním působením poskytovatelů liší, jak naznačují odpovědi.

Otázka č. 7. Co by bylo nutné podniknout pro jejich odstranění?

Odpovědi respondentů jsou rozděleny do oblastí dle shodných odpovědí.

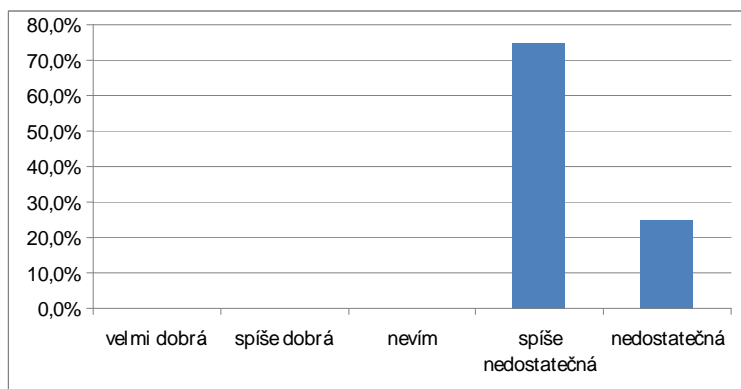
Tab. 6: Odstranění problémů

Odpověď	Počet odpovědí	%
změna legislativního upevnění a nastavení péče	1	8%
vyšší podpora od města	2	15%
zvýšit informovanost veřejnosti	3	23%
podpořit edukaci lékařů v oblasti paliativní péče	3	23%
větší ochota a zájem jednotlivců o rozvoj péče	4	31%
Celkem odpovědí	13	100%

Poskytovatelé označili za největší problémy, se kterými se při poskytování setkávají, nedostatek financí a nedostatečné povědomí veřejnosti o existenci péče (viz otázka č. 6). K jejich odstranění pak uvedli kroky, které mají jednu společnou vlastnost. Tou je potřeba změny ve společnosti. Změna postoje společnosti k paliativní péči by se mohla projevit na řešení obou problémů. Ke zvýšení informovanosti o paliativní péči by přispělo jednak pevné legislativní ukotvení, dále edukace lékařů v oblasti poskytování paliativní péče, ale i vyšší podpora města. Toto zvýšení informovanosti by mohlo dále vést k větší ochotě a zájmu jednotlivců o rozvoj péče, čemuž by opět pomohla i větší podpora od města. Finanční stránku by pak také podpořilo již zmíněné legislativní upevnění paliativní péče a také vyšší finanční podpora města. V současné době je legislativně

ošetřena pouze lůžková hospicová péče, domácí hospicová péče stále není vyřešena. Poskytovatelé paliativní péče tak nezávisle na sobě složili určité reálné řešení, které by mohlo vést k odstranění problémů.

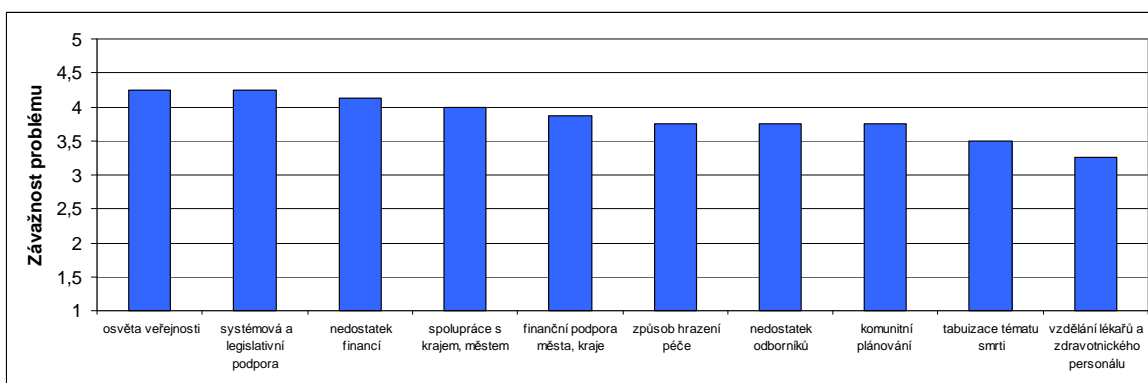
Otázka č. 8. Jaká je dle Vašich zkušeností úroveň a dostupnost paliativní péče v kraji?



Graf 6: Úroveň péče

Všichni dotazovaní (8 z 8) označili úroveň a dostupnost péče v kraji jako spíše nedostatečnou až nedostatečnou. Při analýze této odpovědi je užitečné dát tuto otázku do souvislosti s grafy 2 a 3. Vyplývá z nich předpoklad, že poskytovatelé chápou současně poskytovanou péči v rámci jednotlivých poskytovatelů jako kvalitní a na dobré úrovni. V širším kontextu kraje si však uvědomují, že dostupnost paliativní péče je velmi omezená a nevyhovující potřebám potencionálních klientů.

Otázka č. 9. V čem vidíte největší překážky rozvoje paliativní péče v kraji (1 = žádný problém, 5 = nepřekonatelný problém)?



Graf 7: Překážky rozvoje paliativní péče v kraji

Pro vyhodnocení byla zvolena průměrná hodnota problému zadaná poskytovateli. Přesto, že je relativně malý počet respondentů (8), vzhledem k nízkému rozptylu odpovědí

je odpovídající vyhodnocovat průměrnou hodnotu. Na základě výsledků je největší překážkou pro rozvoj péče dle poskytovatelů nedostatečná osvěta veřejnosti a chybějící systémová a legislativní podpora paliativní péče. Hned za nimi následuje nedostatek financí. Uvedené možnosti překážek rozvoje je nejprospěšnější rozlišit do několika kategorií dle společných znaků a vztahů. Na základě těchto kategorií jsou data analyzována.

Tab. 7: **Finance**

nedostatek financí	4,25
způsob hrazení péče	3,75
nedostatečná finanční podpora ze strany obce, kraje	3,8

Společným znakem těchto bodů jsou finance. Finance byly označeny jako poměrně závažná překážka rozvoje. V současné době probíhá způsob hrazení péče následujícím způsobem. Legislativně je ošetřena možnost nestátních zdravotnických zařízení uzavírat smlouvy s pojišťovnami, na základě kterých jsou hrazeny náklady na zdravotní péči ze zdravotního pojištění. Samotní klienti platí za fakultativní služby nezdravotnického charakteru a v případě lůžkového hospice výdaje spojené s pobytem. Záleží však vždy na samotných zdravotních pojišťovnách, zda jsou ochotny smlouvu se zařízením uzavřít a také v jakém rozsahu. Poskytovatelé paliativní péče jsou tak do značné míry závislé na vůli pojišťoven. V tomto směru by tedy byla nutná legislativní změna, neboť podmínky zvláště pro poskytovatele péče v domácím prostředí, se kterými nejsou pojišťovny povinny smlouvy uzavírat, naprosto nevyhovující. V případě Olomouckého kraje můžeme problém financí demonstrovat a rozvíjet na příkladu Hospice na Svatém Kopečku, kde je ze zdravotního pojištění klientům placena zdravotní péče i pobyt. I přesto příspěvky od pojišťoven pokryjí jen cca 55% nákladů (www.hospickopecek.caritas.cz). Zbytek nákladů je proto hrazen dotacemi od MPSV, Magistrátu města Olomouce, příspěvků dárců a jiných grantů. Finanční podporu od kraje tedy specializovaná paliativní péče systematicky nezískává, což je poměrně zarážející, vezmeme-li v úvahu, že je jediným zařízením tohoto typu v kraji. Je možné se přihlásit jen o grant v rámci určitého projektu. Město Olomouc se na provozu hospice finančně podílí, zdá se však, že menší měrou. Pro odstranění finanční překážky k rozvoji péče by bylo nutné podnítit například kraj k podpoře specializované péče a měst k podpoře péče v domácím prostředí.

Tab. 8: Postoj společnosti

nedostatečná osvěta veřejnosti	4,25
tabuizace tématu smrti ve společnosti	3,5

Nedostatečná osvěta veřejnosti byla označena jako jedna z největších překážek rozvoje. Tabuizace tématu smrti se na této překážce také podílí, ale menší měrou. Bylo by však jistě užitečné především prostřednictvím médií bořit určité mýty o umírání. Pro změnu oblasti postoje společnosti je dle našeho názoru zásadní rozšířit síť spolupracovníků, kteří se pohybují v této oblasti (viz otázka č. 5). Je přirozené, že člověk se začne o možnosti využití této formy péče zajímat až při vzniku problému a informace či potřebný kontakt by mu měl předat právě odborník znalý situace v této oblasti.

Tab. 9: Odbornost v rámci paliativní péče

nedostatek odborníků, kvalita personálu	3,75
nedostatečné vzdělání lékařů a zdravotnického personálu	3,25

Nedostatek odborníků a nedostatečné vzdělání lékařů dle výsledků není nejtěžší překážkou rozvoje. V současné době lékaři i zdravotní sestry v rámci svého studia získávají vzdělání i v oblasti paliativní péče a je snaha toto vzdělání dále posílit. Dle našeho názoru je zde spíše potřeba podpory dalšího vzdělávání v rámci rozšiřování odbornosti. Užitečné by například bylo podpořit iniciativu občanského sdružení Cesta domů, které je nejvýznamnějším orgánem angažujícím se v oblasti rozvoje paliativní péče v ČR. Občanské sdružení pořádá v Praze vzdělávací kurzy v oblasti paliativní péče pro odbornou veřejnost. Jedním z řešení podpory odbornosti by mohlo být právě rozšíření její působnosti v rámci organizace vzdělávacích kurzů v Olomouckém kraji.

Tab. 10: Status péče a postoj státních subjektů

chybějící systémová a legislativní podpora paliativní péče	4,25
nedostatečná spolupráce s krajem, městem	4
nedostatečné komunitní plánování poskytování paliativní péče	3,75

Status péče a podpora státních subjektů je poskytovateli chápána jako závažný problém, který znemožňuje rozvoj péče v kraji. Legislativní ukotvení je základem kvalitního poskytování každé péče. Dojde tak k jeho přesnému vymezení v rámci společnosti a také k ustálení pozice vzhledem k financování. V případě paliativní péče je však legislativa ČR nedostatečná. Pojem paliativní péče a hospic naše legislativa zná

teprve od roku 2006, kdy byl do zákona č. 48/1997 Sb., novely č. 340/2006 doplněn §22a s názvem „Zvláštní ústavní péče – péče paliativní lůžková“ (www.umirani.cz). Domácí hospice ovšem nejsou stále zakotveny v legislativě. Z toho jednoznačně vyplývá potřebnost změny legislativy. S legislativou je úzce propojena také stávající nedostatečná spolupráce s městem, kterou by bylo možno podpořit především prostřednictvím zařazení paliativní péče do komunitního plánování paliativní péče. Paliativní péče je řazena mezi zdravotní službu, i když více odpovídající zařazení by bylo mezi zdravotně- sociální službu, neboť se v ní pojí oba koncepty. Tento pojmem však naše legislativa nezná. Ideálním řešením této překážky by tak byla legislativní zavedení tohoto pojmu, jež by umožnila zařadit paliativní péče do komunitního plánování sociálních služeb obcí a kraje. Současný stav v této oblasti můžeme demonstrovat 2. Komunitním plánem sociálních služeb města Olomouc 2010-2012, kde je uveden Hospic na Svatém Kopečku jako služba s prioritou rozvoje. Bližší kroky podpory však uvedeny nejsou.

Otázka č. 10. Které z forem paliativní péče by v kraji podle Vašich zkušeností byly využity?

Tab. 11: Formy k využití

Odpověď	Počet odpovědí	%
mobilní hospic	8	44%
oddělení paliativní péče	3	17%
konziliární tým paliativní péče	1	6%
ambulance paliativní péče	5	28%
denní hospicový stacionář	1	6%
Celkem odpovědí	18	100%

Všichni poskytovatelé paliativní péče (8 z 8) se shodli na potřebě zřídit mobilní hospic, který by byl v kraji určitě využit. Dále by podle některých poskytovatelů (5 z 8) byla využita v kraji ambulance paliativní medicíny. Menší část dotazovaných (3 z 8) označila jako využitelné i oddělení paliativní péče. Zřízení konziliárního týmu paliativní péče a denního hospicového stacionáře označil pouze jeden poskytovatel. Z těchto preferencí lze vyvodit, že v kraji jednoznačně chybí poskytovatel mobilního hospice, který by jistě posílil nabídku paliativní péče a posílil její postavení. V porovnání s ostatními kraji, kde vždy alespoň jeden zřizovatel mobilního hospice existuje, Olomoucký kraj v nabídce výrazně zaostává (www.umirani.cz).

Otázka č. 11. Jak by podle Vás vypadala ideální situace z hlediska poskytování paliativní péče v kraji?

Odpovědi respondentů jsou rozděleny do oblastí dle shodných odpovědí.

Tab. 12: Ideální situace

Odpověď	Počet odpovědí	%
možnost výběru formy péče	4	19%
dostatečná informovanost pacientů od lékařů	5	24%
spolupráce poskytovatelů péče s lékaři	5	24%
možnost včasné hospitalizace klienta v lůžkovém hospici	3	14%
vyšší podpora od města	2	10%
finanční zajištění péče	2	10%
Celkem odpovědí	21	100%

Poskytovatelům paliativní péče se podařilo vytvořit nezávisle na sobě strukturu ideálního stavu poskytování paliativní péče v kraji, která je poměrně komplexní. Odpovědi zasahují do více oblastí a do značné míry reflektují hlavní předpoklady pro rozšíření nabídky paliativní péče (viz otázka č. 9). Z odpovědí můžeme vyvodit především tři oblasti, které by podle většiny poskytovatelů bylo potřeba podpořit. První rovina zasahuje do nabídky forem péče. Dle názoru poskytovatelů (4 z 8) by péče byla ideální v případě, že by si pacient mohl vybrat mezi domácí paliativní péčí či lůžkovým hospicem. Tento názor poukazuje na potřebu rozšířit nabídku terénní a pobytové péče. Další významná oblast zdůrazňuje důležitost zapojení praktických lékařů i lékařů v nemocničních zařízeních. Tento názor je uveden i v č. 7. Větší část poskytovatelů (5 z 8) se shodla na potřebě dostatečné informovanosti pacientů o možnostech od lékařů a také na rozvoji aktivní spolupráce poskytovatelů péče s praktickými lékaři a s lékaři nemocnic. Za hlavní důvod potřeby informovanosti pacientů lékaři a aktivní spolupráce s lékaři pokládáme fakt, že lékař je nejbližší osobou, se kterou pacient o svém stavu komunikuje. Lékař by měl na základě znalosti pacientova stavu být schopen pacientovi poskytnout adekvátní možnosti v dalším poskytování péče vzhledem k prognóze nemoci. Poslední důležitá oblast, kterou menší část poskytovatelů (3 z 8) uvedla, má souvislost s oběma předešlými oblastmi. Možnost včasné hospitalizace klienta v lůžkovém hospici pokládají za důležité 3 z 8 dotazovaných. Aby mohl být pacient včas umístěn do lůžkového hospice, bylo by potřeba rozšířit kapacitu. V současné době je totiž na umístění do hospice čekací lhůta z důvodu naplnění kapacity, proto nemá často pacient možnost výběru. Tento bod se ovšem vztahuje

i k lékařům, kteří by měli předat pacientovi úplné informace o jeho prognóze a včas rozhodnout o ukončení kurativní léčby, aby pacient mohl prožít důstojně své poslední dny. Na tento bod tak můžeme nahlížet dvěma způsoby.

7.1.2 Blízcí klientů paliativní péče

Otázka č. 1. Jakým způsobem jste se dozvěděl o zařízení, jehož služby Váš blízký využívá?

Tab. 13: Informace

Odpověď	Počet odpovědí	%
od lékaře	3	30%
od známých	3	30%
z internetu	2	20%
z letáčku	1	10%
vím o hospici od jeho vzniku	1	10%
Celkem odpovědí	10	100%

Nejčastější odpovědí respondentů je získání informací o existenci služby od lékaře a od známých. Tato odpověď koresponduje s názorem poskytovatelů, že lékaři by měli být častými zprostředkovateli informací o péči a dokazuje, že tomu tak v některých případech skutečně je. Menší část respondentů se dozvědělo o existenci služby prostřednictvím internetu či informačního letáčku. Informace o všech zařízeních jsou jednoduše dostupné na internetových stránkách. Jeden z respondentů věděl o hospici od jeho vzniku. Z toho vyplývá, že o poskytování péče je možné a snadné se dozvědět z více zdrojů- na základě doporučení známého, od lékaře či prostřednictvím internetu a inzerce.

Otázka č. 2. Jak jste spokojen s dostupností informací o zařízení?

Všichni dotazovaní uvedli, že jsou s dostupností informací o využívaném zařízení spokojeni. Jeden z respondentů navíc uvedl, že je spokojen, neboť: „všechny potřebné informace jsou dostupné na internetu.“ Z odpovědi můžeme usuzovat, že současní poskytovatelé vytváří kvalitní informační zdroje o existenci své služby, ať už na internetových stránkách či pomocí letáčků a jiné inzerce.

Otázka č. 3. Z jakého důvodu jste se rozhodli paliativní péče využít?

Tab. 14: Důvod využití péče

Odpověď	Počet odpovědí	%
obtížnost poskytování péče v domácím prostředí	6	21%
bydlím v jiném městě než blízký	0	0%
finanční náročnost poskytování péče	1	4%
nevyhovující prostředí domova	3	11%
nedostatek času na poskytování péče	1	4%
nemožnost zkombinovat péči se zaměstnáním	5	18%
fyzická náročnost péče	3	11%
psychická náročnost péče	2	7%
nutnost odborné zdravotní péče o blízkého	7	25%
jiné	0	0%
Celkem odpovědí	28	100%

Respondenty byly označeny vždy všechny odpovídající položky, neboť předpokládáme, že k využití péče mohlo vést více faktorů. Nejčteněji zastoupeným důvodem zvoleným respondenty se stala nutnost odborné zdravotní péče o blízkého (7 respondentů z 8). V terminální fázi, kdy nemocní trpí především velkými bolestmi a jinými problémy, často nejsou blízké osoby schopné bez odborné pomoci problémy eliminovat, proto výrazné zastoupení tohoto důvodu bylo očekávané. Významným faktorem pro využití péče byla část respondentů (6 z 8) obtížnost poskytování péče v domácím prostředí. Polovina (3 ze 6) těchto respondentů spolu s tímto důvodem také označila jako důvod i nevyhovující prostředí domova. Tyto položky zvolili jen blízcí klientů lůžkového hospice. Větší část respondentů (5 z 8) uvedla také jako důvod nemožnost zkombinovat péči o blízkého se zaměstnáním. Z toho vyplývá, že naše společnost péči v domácím prostředí o blízkého příliš neusnadňuje a zkombinovat zaměstnání s péčí o nemocného je velmi náročné. Také fyzická a psychická náročnost poskytování péče se stala určujícím faktorem pro menší část respondentů pro využití odborné pomoci. Častá manipulace s nemocným a nedostatek odpočinku v případě nutnosti celodenní péče je přirozeným důsledkem fyzického vyčerpání, které se blízcí využitím péče mohou vyvarovat.

Otázka č. 4. Jaké služby v rámci péče využíváte Vy jako rodina?

Tab. 15: Služby pro rodinu

Odpověď	Počet odpovědí	%
žádné	5	56%
psychická podpora	2	22%
zapůjčení zdravotních pomůcek	1	11%
možnost návštěvy 24 hodin denně	1	11%
Celkem odpovědí	9	100%

Větší část respondentů uvedla, že nevyužívá žádné služby jako rodina. Mezi uvedenými službami pak byla zahrnuta psychická podpora, zapůjčení zdravotních pomůcek a možnost navštívit blízkého kdykoliv. Ze zjištěných údajů vyplývá, že rodiny klientů upřednostňují poskytování péče pro blízkého a využívají minimum služeb pro zajištění vlastních potřeb. Zjištění péče však pro blízké představuje určitou úlevu od péče, kterou by v mnoha případech museli zastat zcela sami. V aspektu můžeme spatřovat největší přínos pro blízké klientů paliativní péče. Dva klienti tento aspekt potvrzují v odpovědi, že využívají psychické podpory.

Otázka č. 5. Která z forem paliativní péče by Vašemu blízkému a Vám jako rodině nejlépe vyhovovala (v případě, že by ve Vašem okolí existovala)?

Tab. 16: Vyhovující forma péče

Odpověď	Počet odpovědí	%
mobilní hospic	6	67%
oddělení paliativní péče	1	11%
ambulance paliativní péče	0	0%
denní hospicový stacionář	2	22%
Celkem odpovědí	9	100%

Většina z dotazovaných (6 z 8) uvedla jako potenciální nejvíce vyhovující formu paliativní péče mobilní hospic. Jeden z respondentů by pak preferoval využití oddělení paliativní péče a dva z nich denní hospicový stacionář. Přesto, že je tato preference individuální, neboť každá rodina a každá klient může mít jiné potřeby, vyplývá z preference využití mobilního hospice důležitá informace. Blízcí klientů si uvědomují důležitost poskytování paliativní péče v domácím prostředí. Strávit poslední dny života v domácím prostředí si dle průzkumů přeje až 80% umírajících (Kalvach a kol., 2004). Blízcí klientů paliativní péče se také shodli společně s poskytovateli na využití mobilního

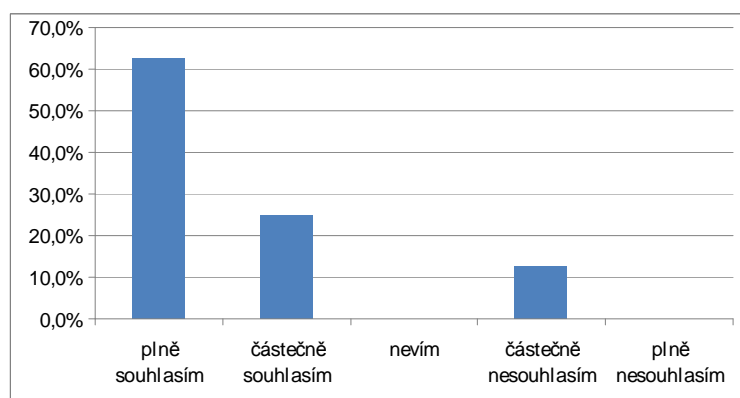
hospice v kraji (viz tabulka 11). Případný vznik mobilního hospice by tak zřejmě našel podporu jak mezi poskytovateli, tak mezi klienty. Z jejich odpovědí však na rozdíl od poskytovatelů nevyplývá potřeba zřízení ambulance paliativní péče ani oddělení paliativní péče v kraji (viz tabulka 11).

Otázka č. 6. Ohodnoťte na stupnici od 1 do 5 (1 = úplně bez problémů, 5 = nebylo možné se dohodnout), jak proběhla dohoda, komunikace s poskytovatelem?

Všichni respondenti označili dohodu a komunikaci s poskytovatelem jako úplně bez problémů. Toto zjištění ukazuje na kvalitně poskytovanou péči současných poskytovatelů služeb a ochotu přizpůsobit poskytování péče dle přání a potřeb klienta.

Otázka č. 7. Ohodnoťte, v čem podle Vás spočívají nedostatky a limity poskytované péče ve Vašem okolí.

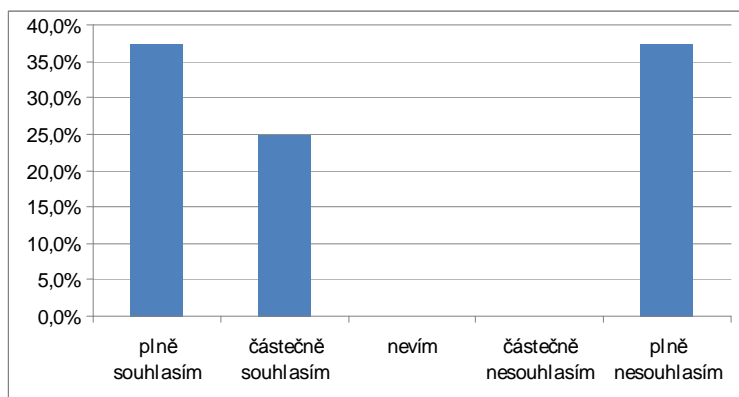
a) nedostatek poskytovatelů



Graf 8: Nedostatek poskytovatelů

Většina z dotazovaných (7 z 8) souhlasí s tím, že v jejich okolí je nedostatek poskytovatelů služeb paliativní péče. Jeden z dotazovaných s tímto výrokem částečně nesouhlasil. Nedostatek poskytovatelů se odvíjí od zjištění v otázce č. 6, kdy blízcí klientů označili jako využitelnou formu mobilního hospice. Ten však v kraji provozován není.

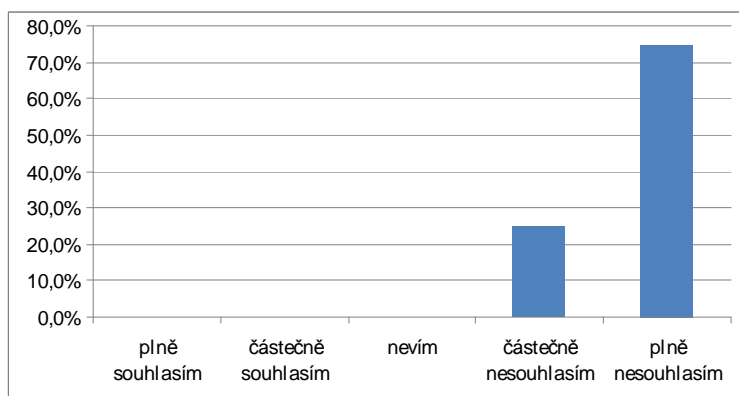
b) nedostatečná možnost výběru formy péče



Graf 9: Možnost výběru formy péče

Větší část respondentů (5 z 8) uvedla, že dle jejich názoru je zcela či částečně nedostatečná možnost výběru formy péče. Toto zjištění opět odkazuje na chybějící mobilní hospic (viz tabulka 16). Menší část respondentů s tímto tvrzením plně nesouhlasila. Toto tvrzení je dle našeho názoru spíše ovlivněno spokojeností s konkrétní využívanou službou.

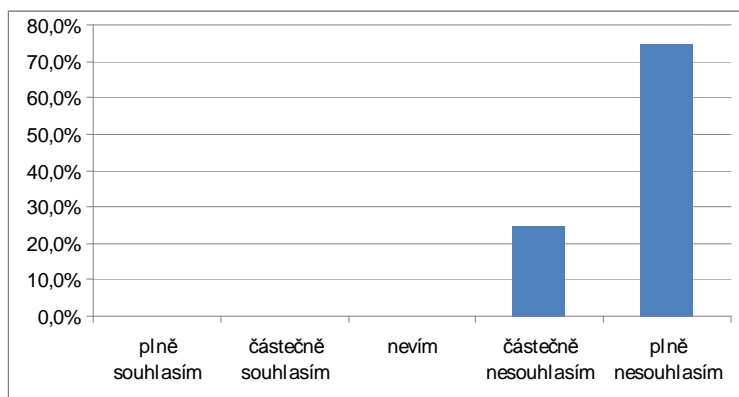
c) nevyhovující prostředí poskytování péče



Graf 10: Prostředí poskytování péče

Respondenti se v tomto případě všichni shodli na vyhovujícím prostředí poskytované péče. Shoda je v tomto bodu také s poskytovateli péče (viz graf 2). Pozitivní je zjištění, že současná péče je poskytována v dobrých podmínkách a tvoří tak dobrý základ pro další rozvoj péče.

d) vysoká cena za poskytnutí péče



Graf 11: Cena za poskytnutí péče

Překvapujícím zjištěním je, že všichni respondenti nepovažují cenu za poskytnutí péče za vysokou. Vypovídá to o tom, že klienti a jejich blízcí jsou ochotni vynaložit finance na kvalitně poskytovanou péči, která jim zajistí důstojné a klidné prožití posledních dnů života. Cena za poskytování péče zřejmě je úměrná kvalitě poskytované péče dle postoje blízkých k této otázce.

Otázka č. 8. Jak byste ohodnotili Váš vztah a úroveň komunikace s poskytovatelem péče?

Vztah a úroveň komunikace byly ohodnoceny shodně všemi dotazovanými (8 z 8) jako velmi dobré. Toto vysoce pozitivní hodnocení odkazuje na spokojenost blízkých klientů s využívanou službou jako takovou a také na dobrý přístup poskytovatelů při navazování vztahu s klienty a jejich blízkými.

Otázka č. 9. Uvažovali jste o využití jiného druhu péče o Vašeho blízkého jako alternativy?

Tab. 17: Alternativní druh péče

Odpověď	Počet odpovědí	%
ano, péče v domácím prostředí	0	0%
ano, hospitalizace v nemocnici	0	0%
ne	8	100%
Celkem odpovědí	8	100%

Žádný z respondentů neuvažoval o využití poskytování péče v nemocničním zařízení. Respondenti z lůžkového hospice uvedli, že neuvažovali o péči blízkého v domácím prostředí. Můžeme se domnívat, že na základě nedostatečné schopnosti zajistit

odbornou zdravotní péčí, jako vyplývá z tabulky 3. Vzhledem k nízkému počtu poskytovatelů se ukazuje, že blízcí klientů pravděpodobně volili první přijatelnou možnost, tak, aby jejich blízkému byla schopná poskytnout péči v maximálním rozsahu jeho potřeb. Na základě odpovědí respondentů lze usuzovat, že péče v nemocnici již nebyla pro blízkého vyhovující. Z toho vznikla potřeba zajištění péče v příjemnějším prostředí, kde by mohl jejich blízký strávit poslední dny- v tomto případě lůžkový hospic či domácí prostředí s odbornou pomocí zdravotníků.

Otázka č. 10. Jak by podle Vašich potřeb měla vypadat ideálně poskytnutá paliativní péče?

odpovědi respondentů:

Tab. 18: Ideální situace dle blízkých klientů péče

Odpověď	Počet odpovědí	%
nevím	4	40%
dostupná širší vrstvě lidí	1	10%
navýšení kapacity lůžkového hospice	1	10%
vznik mobilního hospice	4	50%
Celkem odpovědí	10	100%

Polovina dotazovaných (4 z 8) nemá představu o podobě ideální péče. Zřejmě tento názor uvedli z toho důvodu, že spokojeni s konkrétním zařízením, jehož služby jejich blízký využívá. Polovina respondentů (4 z 8) se shodla s poskytovateli na potřebě vzniku mobilního hospice v kraji. V tomto názoru se opět potvrzuje shoda s poskytovateli (viz tabulka 12). Objevil se i názor o potřebě navýšení kapacity lůžkového hospice. Toto navýšení by však dle našeho názoru v případě vzniku mobilního hospice nebylo nutné, neboť by část potenciálních klientů z hospice mohla využít právě jeho služeb. Jedním respondentem byla také zdůrazněna potřeba dostupnosti péče širší vrstvě lidí. Tento názor společně s potřebou vzniku mobilního hospice opět odkazuje na nedostatek poskytovatelů paliativní péče.

7.2 Výzkum v oblasti respitní péče

Do zařízení tří poskytovatelů respitní péče bylo na základě domluvy s jednotlivými poskytovateli rozesláno celkem 3 dotazníky pro poskytovatele respitní péče. Návratnost těchto dotazníků činí 100%. Dotazníků pro klienty respitní péče bylo rozesláno celkem 10. Z těchto dotazníků jich bylo vráceno 5, návratnost tak činí 50%. Počet rozeslaných dotazníků byl odvozen na základě počtu klientů a odhadu poskytovatelů o možnostech spolupráce s klienty při vyplnění. Jednotlivá zařízení v současné době nemají mnoho klientů, od toho se odvíjí i počet odeslaných dotazníků. Navíc jedno ze zařízení z neobjasněného důvodu tyto dotazníky odmítlo svým klientům předat. I přes nízký počet dotazníků má zjištění vypovídající hodnotu, neboť odpovědi klientů doplňují odpovědi poskytovatelů.

7.2.1 Poskytovatelé respitní péče

Otázka č. 1. Jaké skupiny osob Vašich služeb respitní péče využívají?

Tab. 19: Skupiny osob klientů

Zařízení	Skupina osob
Diakonie Sobotín	osoby s demencí (alzheimerovou chorobou a jinou formou demence)
Charita Zábřeh	všechny skupiny osob se zdravotním postižením a senioři
Pamatováček Olomouc	osoby s alzheimerovou chorobou

Z odpovědí poskytovatelů vyplývá, že péče v kraji je poskytována pouze dvěma skupinám osob se sníženou soběstačností (viz podkapitola 2.5). Využít ji tak mohou pouze osoby se zdravotním postižením a z větší části pak senioři. Důležité je také vztáhnout uvedené informace vzhledem k regionálnímu působení poskytovatelů. Respitní péče pro obě uvedené skupiny je poskytována jen v rámci regionu Zábřežsko. V regionu Jesenicko a Olomoucko je možné využít jen služeb v oblasti seniorů s demencí a alzheimerovou chorobou. V ostatních regionech respitní péči jako takovou využít nelze.

Otázka č. 2. Kolika klientům ročně Vaše zařízení poskytne péči?

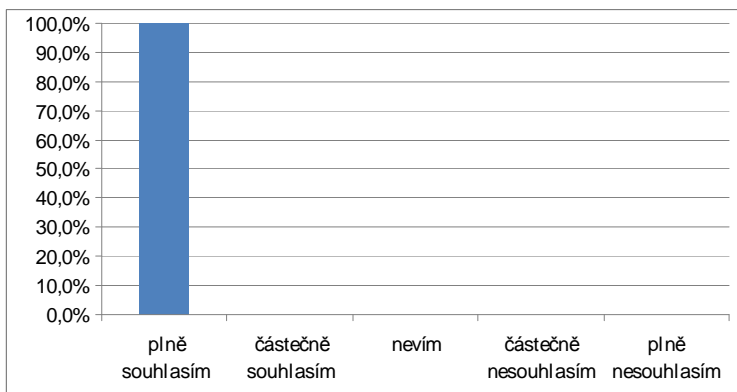
Tab. 20: Počet klientů respitní péče

Zařízení	Počet osob
Diakonie Sobotín	35
Charita Zábřeh	14
Pamatováček Olomouc	15

Celkově respitní péče v kraji využívá 64 osob starších 18 let. Podíváme li se však na okruh osob se sníženou soběstačností, zahrnuje poměrně širokou, a tím pádem i početnou část populace. Proto je počet osob, který respitní péči využívá extrémně nízký. Je to dáno také tím, že kapacita všech poskytovatelů je v současné době velmi nízká. Bylo by však dobré zjistit, kolik přibližný počet osob, které by se mohli stát klienty respitní péče v Olomouckém kraji. Na základě dostupných dat je však určit přibližnou hodnotu prakticky nemožné. Je tak možná na základě dostupných dat jen velmi nepřesná úvaha. Zjistit počet obyvatel kraje se zdravotním postižením nelze, neboť ČSÚ tento výzkum neprovádí. Na základě posledního celorepublikového průzkumu ČSÚ v roce 2008 žije v České republice cca 10% obyvatel se zdravotním postižením. „Za osobu se zdravotním postižením byla v průzkumu považována osoba, jejíž tělesné, smyslové anebo duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od typického stavu pro odpovídající věk a lze oprávněně předpokládat, že tento stav potrvá déle než 1 rok (www.nrzp.cz, citováno 22.3.2011). Budeme proto předpokládat, že do výzkumu tak byly zahrnuty všechny skupiny osob, které mohou respitní péče využít (viz podkapitola 2.5). V naší úvaze proto budeme předpokládat, že každý 10 občan Olomouckého kraje je osobou se zdravotním postižením v souladu s uvedenou citací. V Olomouckém kraji by za tohoto předpokladu, který je zřejmě vyšší než realita, bylo 45 tisíc osob starších 15 let se zdravotním postižením. Toto číslo je poměrně vysoké, ale není ještě zcela odpovídající. Je však nutné zdůraznit, že ne všechny osoby by respitní péče využili, neboť v této hodnotě jsou zahrnuty i osoby s nižším stupněm postižení, které jsou soběstačné. U osob se sníženou soběstačností je pak nutné zmínit, že ne o všechny je pečováno v domácím prostředí. S přihlédnutím k těmto faktorům je možné konstatovat, že uvedená hodnota by klesla nejméně na polovinu, tj. na cca 20 tisíc osob. I přesto je toto číslo stále poměrně vysoké.

Otázka č. 3. Potýká se Vaše zařízení při poskytování respitní péče s následujícími problémy?

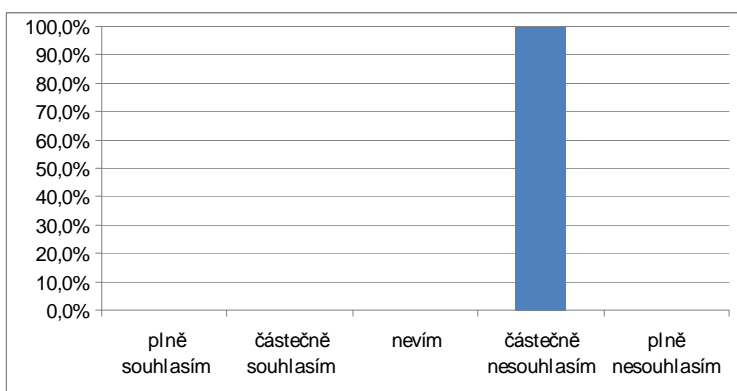
a) *nedostatek financí*



Graf 12: Finance

Všichni poskytovatelé (3 ze 3) uvedli, že finance jsou velkým problémem, které je při poskytování péče provází. Je to z toho důvodu, že tuto péči poskytují zařízení zřizována nestátními neziskovými organizace, které jsou závislé na zisku finančních zdrojů formou dotací od státu či vlastní pomocí- tj. využití fondů EU, dary od sponzorů či vlastní činností. Finance získané za platby za služby od klientů ovšem představují jen minimum prostředků a nemohou nikdy pokrýt potřebné náklady. Proto jsou tyto organizace především odkázány na výše uvedené zdroje a záleží jen na jejich aktivitě, kterou k získání financí podniknou.

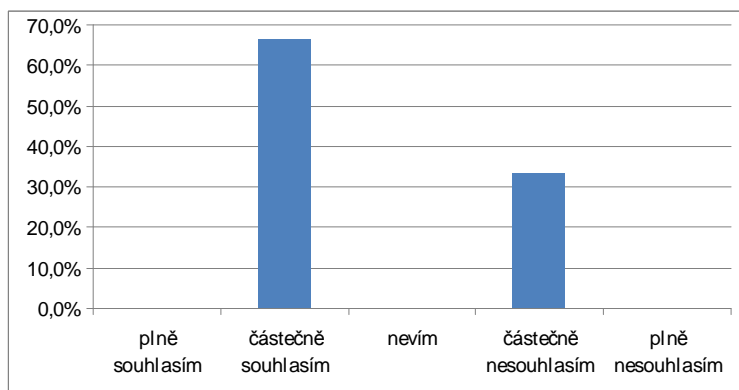
b) *nevyhovující prostory*



Graf 13: Prostory

Nevyhovující prostory nepředstavují pro žádného z poskytovatelů závažnější problém. Zdá se ale, že prostorové podmínky by mohli u všech poskytovatelů být i příznivější. V současné době se však zařízení potýkají zřejmě s výraznějšími problémy, navíc možnost vylepšit stávající prostory závisí na finančních možnostech zařízení, které byly označeny jako problémové.

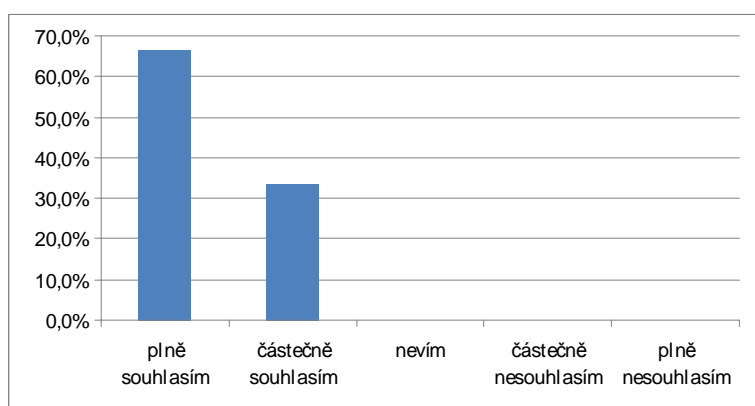
c) nedostatek kvalifikovaného personálu



Graf 14: Kvalifikovaný personál

Dva ze tří poskytovatelů nemají pro poskytování péče dostatek kvalifikovaného personálu. Možnost zaměstnat více personálu je však stejně jako optimalizace prostor závislá na dostatku financí. Od personálního zabezpečení se pak dále odvíjí i možnost navýšení kapacity poskytované péče či její rozšíření pro více skupin osob.

d) nedostatek podpory obce



Graf 15: Podpora obce

Všichni tři poskytovatelé chápou jako problém svého zařízení nedostatek podpory od obce. Důvodem bude jednoznačně upřednostnění jiných druhů sociálních služeb v rámci podpory města. Je zřejmé, že respitní péče jako nový a postupně se zavádějící koncept sociální služby v současné době stojí na okraji priorit rozvoje sítě sociálních služeb.

Otázka č. 4. Co by bylo nutné podniknout pro jejich odstranění?

Odpovědi respondentů jsou rozděleny do bodů dle shodných odpovědí.

Tab. 21: Kroky k odstranění problémů poskytovatelů

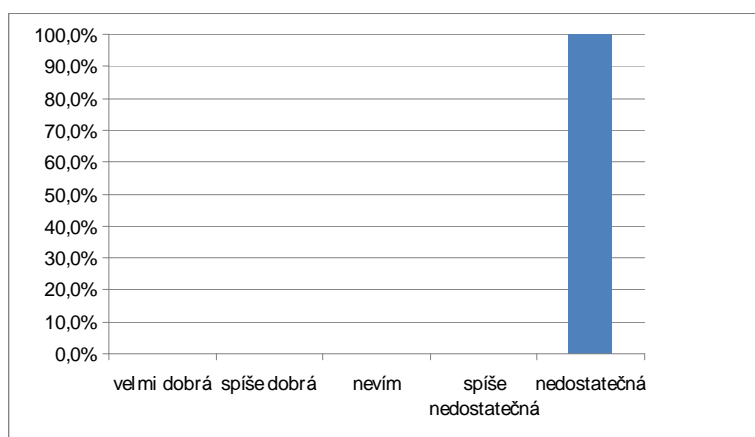
Odpověď	Počet odpovědí	%
více dotací	1	25%
více možností obdržet finance	2	50%
podpora odlehčovacích služeb při komunitním plánování	1	25%
Celkem odpovědí	4	100%

Společným znakem pro všechny uvedené podmínky pro odstranění problémů poskytovatelů respitní péče jsou finance. Nedostatek financí, který se projevuje i v důsledku nedostatečné podpory města, je označen jako zásadní problém poskytovatelů (viz grafy 12 a 15). Více možností získat finanční prostředky, ať už prostřednictvím: „dotací od Ministerstva práce a sociálních věcí či od kraje“ je dle poskytovatelů klíčovým prvkem v odstranění problémů a následného zkvalitnění služeb. Dalším důležitým krokem je pak podpora odlehčovacích služeb při komunitním plánování.

Otázka č. 5. Za jakých podmínek by Vaše zařízení mohlo poskytovat více forem respitní péče- tj. ambulantní, terénní, pobytová (v případě, že je Vaše zařízení neposkytuje)?

Diakonie Sobotín, které chybí poskytování formy terénní, by službu mohla poskytovat: „v případě navýšení personálu a financí“. Navýšení počtu zaměstnanců je ovšem závislé na financích. Prozatím tuto službu nahrazuje pečovatelská služba, kterou zařízení zajišťuje. Charita Zábřeh nabízí terénní formu péče. Ke zřízení ambulantní a pobytové péče by bylo nutné navýšit kapacitu denního stacionáře, kde by mohla být péče poskytována. Navýšení kapacity je však závislé především na: „zajištění financí na provoz, zvýšení počtu personálu a obstarání nové budovy a vybavení.“ Vedení Pamatováčku Olomouc uvedlo, že by mohlo zajistit terénní formu péče: „v případě zisku financí na provoz a zajištění personálu, popřípadě při spolupráci s dobrovolníky.“ K zajištění pobytové péče se nevyjádřilo. Z odpovědí poskytovatelů vyplývá, že rozšíření forem služeb je zcela závislé na finančních prostředcích. Dostatek finančních zdrojů by zařízením umožnil zajistit poskytování péče v odpovídajícím prostředí a dostatečným počtem personálu. Klíčovým faktorem k rozvoji služeb respitní péče, jak vyplývá i z tabulky 21, jsou dle poskytovatelů opět finanční prostředky.

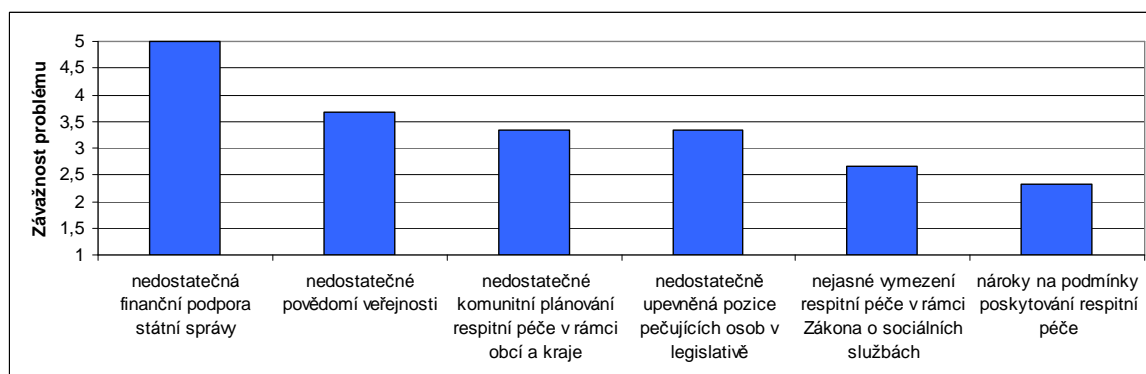
Otázka č. 6. Jaká je dle Vašich zkušeností úroveň a dostupnost respitní péče v kraji?



Graf 16: Úroveň a dostupnost respitní péče

Všichni poskytovatelé považují úroveň a dostupnost péče za nedostatečnou. Lze to přikládat především nedostatečnému množství poskytovatelů, neboť služba existuje jen v některých regionech kraje. Současní poskytovatelé tak nemají možnost spolupráce s ostatními poskytovateli v rámci regionu a nemohou na základě nedostatku financí pokrýt potřebnou péči v regionu sami.

Otázka č. 7. V čem vidíte překážky rozvoje respitní péče v kraji? (ohodnoťte každou položku od 1 do 5, 1 = žádný problém, 5 = nepřekonatelný problém)



Graf 17: Překážky rozvoje respitní péče v kraji

Data byla zpracována na průměrnou hodnotu. Za největší a nepřekonatelnou překážku rozvoje byla označena nedostatečná podpora státní správy. Jako další závažný, ale podstatně menší problém je pak chápáno nedostatečné povědomí veřejnosti.

Tab. 22: **Finance a průběh péče**

nedostatečná finanční podpora státní správy	5
nároky na podmínky poskytování respitní péče	2,33

Finance jsou chápány jako nepřekonatelná překážka rozvoje. Zřizovatelem sociální služby se v ČR může stát více subjektů. Větší část zřizovatelů spadá do nestátního sektoru, tj. občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti či církevní právnické osoby. Jako neziskové organizace mají v zásadě jen tři možnosti zdroje příjmů. Dotace ze státního rozpočtu prostřednictvím rozpočtu kraje, zisk účelových dotací (např. z MPSV či fondů EU) a úhrady od klientů (Matoušek, 2007). Je proto pochopitelné, že tato závislost na uvedených zdrojích znemožňuje strategické plánování rozvoje služeb, neboť jsou finance získávány na určitou omezenou dobu. Pro rozvoj služeb by proto byla nutné snížit tuto finanční závislost. Nároky na poskytování respitní péče nejsou pokládány za výrazný problém. Z toho vyplývá na možnost přizpůsobení myšlenky péče v našich podmínkách.

Tab. 23: **Společnost**

nedostatečné komunitní plánování respitní péče v rámci obcí a kraje	3,33
nedostatečné povědomí veřejnosti	3,36

Přístup společnosti ke službě by dle poskytovatelů bylo nutné výrazně posílit. Zákon o sociálních službách ukládá krajským úřadům povinnost plánovat rozvoj sociálních služeb, obcím je doporučeno toto zpracování. Určení respitní péče jako priority v rámci plánování je dle našeho názoru klíčovým prvkem v rozvoji péče. Konkrétní kroky pro rozvoj by navíc jistě odstranili i nedostatečné povědomí veřejnosti o existenci služby. Současná situace na poli komunitního plánování je následující. Ve 2. Komunitním plánu města Olomouce 2010-2012 je označeno ve SWOT analýze za slabé stránky města nedostatek odlehčovacích služeb a respitní péči označil jako akutně chybějící službu s prioritou. V konečné fázi však byl upřednostněn rozvoj jiných sociálních služeb. Z toho vyplývá potřeba změny postoje při vytváření plánu na následující období.

Tab. 24: **Legislativa**

nedostatečně upevněná pozice pečujících osob v legislativě	3,33
nejasné vymezení respitní péče v rámci Zákona o sociálních službách	2,66

Obecné vymezení respitní péče a obsahu jeho služeb v rámci Zákona o sociálních službách (viz podkapitola 2.3) není dle poskytovatelů výraznou překážkou rozvoje péče. Dle našeho názoru by však bylo pro rozvoj příznivější respitní péči legislativně více

vymežit. Pozice pečujících osob v rámci legislativy je chápán jako výraznější problém. Zákon o sociálních službách nahradil příspěvek při péči o osobu blízkou příspěvkem na péči. Proto od roku 2006 je pečující osoba odkázána v případě, že nemá zaměstnání, pouze na prostředky státní podpory, které jsou v mnoha případech více než nedostačující. Z toho důvodu si mnoho pečujících nemůže využití respitní péči dovolit. I tento fakt může být překážkou rozvoje péče. Proto by bylo dobré upravit finanční podporu osob, které pečují především o osoby s těžším stupněm snížené soběstačnosti.

Otázka č. 8. Co by bylo nutné podle Vašeho názoru udělat pro rozšíření nabídky respitní péče v kraji?

Tab. 25: Kroky k rozšíření péče

Odpověď	Počet odpovědí	%
větší propagace péče	2	50%
zlepšit prezentaci respitní péče	1	25%
podpořit poskytovatele sociálních služeb ke zřízení respitní péče	1	25%
Celkem odpovědí	4	100%

Z tabulky 21 vyplynulo, že pro odstranění problémů současných poskytovatelů by bylo nutné zvýšit možnost zisku financí. Překvapující proto je, že pro rozvoj péče v kraji tuto položku žádný z poskytovatelů neuvedl. Zřejmě je to již na základě výše uvedených odpovědí považováno za výchozí předpoklad. Dva poskytovatelé se shodli na nutnosti větší propagace péče, s čímž úzce souvisí i zlepšení prezentace respitní péče. Jeden těchto poskytovatelů uvedl konkrétní potřebu „zlepšit prezentaci péče sociální služby na webových stránkách.“ Internet je dnes důležitým zdrojem informací, který působí na široký okruh osob. Proto tento názor považujeme jako jeden z nejdůležitějších nástrojů k propagaci péče. Obecně by tedy bylo nutné zvýšit povědomí společnosti o existenci služby. S financemi úzce souvisí ovšem další bod, kdy by bylo dle názoru jednoho poskytovatele nutné: „podpořit poskytovatele sociálních služeb ke zřízení respitní péče.“ Tuto podporu chápeme jako podporu od obce v rámci komunitního plánování. Dle jeho konceptu by totiž podpora sociálních služeb v obcích měla právě takto probíhat.

Otázka č. 9. Jak by podle vás vypadala ideální situace z hlediska poskytování respitní péče v kraji?

Dva ze tří poskytovatelů se shodli, že ideální situace by nastala, když by respitní péče byla poskytována ve více zařízeních, která poskytují ostatní sociální služby. Jeden z poskytovatelů dodává, že: „ideálem by bylo, když by při denních či týdenních stacionářích vzniklo vždy několik respitních lůžek.“ Toto řešení se nám jeví jako velmi reálné, předpokládalo by však potřebu navýšení finančních zdrojů, aby péče byla personálně zajištěna a také motivace zřizovatelů stacionářů k rozšíření nabídky služeb. Jeden z poskytovatelů pak uvedl širší pojetí ideální péče. To by ovšem dle jeho názoru zahrnovalo nutnou změnu ve třech oblastech. První oblastí je změna postoje společnosti. K tomu poskytovatel uvedl, že: „ideální by bylo, když by padlo tabu, že zdravotně postižení by měli být jen v ústavech a senioři jsou zátěží obyvatelstva.“ Druhou oblast, do značné míry související s první oblastí, představuje potřeba větší informovanosti o službě. Konkrétně potřeba „větší informovanosti o respitní péči v médiích, kde by se běžně komunikovalo o problémech seniorů a zdravotně postižených.“ Poslední oblast představuje rozšíření dostupnosti služby. Ideální situací by podle poskytovatele bylo, když by: „v každém větším městě (tj. nad 8 tisíc obyvatel) byla pobočka či poskytovatel respitní péče poskytující všechny tři formy péče.“ Je zřejmé, že dle tohoto poskytovatele je pro zajištění ideální respitní péče nutná především změna postoje společnosti k osobám se sníženou soběstačností. Teprve pak by bylo možné odlehčovací služby rozšířit. S tímto názorem do značné míry souhlasíme. Podíváme-li se ovšem na současný postoj vlády České republiky, která má tendenci podporu osob se sníženou soběstačností a také pečujících osob neustále snižovat, podmínky pro změnu postoje společnosti nejsou vůbec příznivé. Zajímavá je koncepce zřídit v každém větším městě jednoho poskytovatele respitní péče. K tomuto kroku by ovšem byla nutná spolupráce a podpora samotných měst. Znamenalo by to nutnost stanovení respitní péče jako jedné z priorit při plánování komunitních služeb (viz otázka č. 8.).

7.2.2 Klienti respitní péče- pečující osoby

Otázka č. 1. Jak dlouho již službu respitní péče využíváte?

Tab. 26: Doba využívání respitní péče

Odpověď	Počet odpovědí	%
méně než měsíc	0	0%
měsíc - 3 měsíce	3	60%
3 měsíce - půl roku	0	0%
půl roku - rok	0	0%
více než rok	2	40%
Celkem odpovědí	5	100%

Z uvedených informací můžeme vyvodit, že část současných klientů službu respitní péče využívá již více než rok. Diakonie Sobotín tuto službu poskytuje od roku 2002. Charita Zábřeh Středisko odlehčovacích služeb zřídila v roce 2008, Pamatováček Olomouc v roce 2010. Můžeme tedy konstatovat, že základy respitní péče byly položeny v roce 2002 v regionu Jesenicka a od té doby došlo jen k malému rozšíření na poli poskytovatelů tohoto druhu péče.

Otázka č. 2. Jak často a v jakých intervalech službu využíváte?

Tab. 27: Interval využití služby

Odpověď	Počet odpovědí	%
2-3 x v měsíci	3	60%
po dobu 14 dní v měsíci	1	20%
3-4x do roka	1	20%
Celkem odpovědí	5	100%

Respondenty můžeme rozdělit do více skupin na základě četnosti využití služby. Část klientů (3 z 5) využívá služby pravidelně 2x až 3x do měsíce dle aktuální potřeby. Využívá tak služby jen na základě své aktuální potřeby. Jeden klient využívá služby ve větším rozsahu po dobu 14 dní v měsíci v domácím prostředí. Důvodem je snaha spojit zaměstnání s péčí o blízkou osobu v domácím prostředí. Jeden z klientů využívá služby nárazově 3-4x do roka podle svých aktuálních potřeb. Z uvedených odpovědí vyplývá důležitá charakteristika respitní péče, a to je nutnost jejího využívání na základě aktuálních potřeb, na které je nutné poskytování péče založit.

Otázka č. 3. Jakým způsobem jste se dozvěděl o zařízení, jehož služby využíváte?

Tab. 28: Informační zdroj

	Počet odpovědí	%
od známých	1	20%
od člena rodiny	1	20%
od sociálního pracovníka	1	20%
z letáku z inzerce	1	20%
z internetu	1	20%
Celkem odpovědí	5	100%

Jedním ze zdrojů informací pro klienty bylo lidé z jejich okolí- známý či rodinný příslušník (2 z 5 respondentů). Dále klienti využili k vyhledání zařízení informační zdroje na internetu a skrze inzerci. Důležitou roli v informování o nabízených službách by měl mít sociální pracovník ze sociálních odborů obcí. Od něj se o službě dozvěděl jeden z klientů. Žádný z respondentů nevedl doporučení služby od jiného zařízení, které může být také dobrým informačním zdrojem.

Otázka č. 4. Jak jste spokojeni s dostupností informací o tomto zařízení?

Všichni respondenti uvedli, že jsou s dostupností velmi spokojeni. Je tedy zřejmé, že současní poskytovatelé mají vytvořenou síť spolupracovníků, kteří potenciálním klientům službu mohou doporučit. Na základě vlastního zjištění můžeme ohodnotit dostupnost informací na internetových stránkách o současných poskytovatelích respitní péče na velmi dobré úrovni. Toto zjištění je velmi pozitivní, neboť právě internet by se mohl do budoucna stát jedním z hlavních zdrojů informací a rozšíření nabídky služeb.

Otázka č. 5. Co Vám využití péče umožňuje?

Tab. 29: Důvod pečujících osob k využití péče

Odpověď	Počet odpovědí	%
práce	1	11%
péče o domácnost	1	11%
vyřizování úředních a jiných záležitostí	0	0%
návštěva lékaře	0	0%
vyléčení vlastní nemoci / hospitalizace	0	0%
odpočinek, načerpání nových sil	4	44%
věnování se zájmům, zálibám	2	22%
jiné: dovolená	1	11%
Celkem odpovědí	9	100%

Pečující osoby (4 z 5) se shodli, že respitní péče jim umožňuje především odpočinek a možnost načerpání nových sil. To je také hlavním cílem poskytování paliativní péče, neboť péče o blízkou osobu je náročná fyzicky i psychicky (viz podkapitola 2.2). Zjištění, že využití péče právě z důvodu odpočinku je velice pozitivní, neboť mnoho pečujících osob si tuto skutečnost často ani neuvědomuje. Dva z pěti klientů také využívají volný čas při poskytování péče provozování svých zájmů. Jeden z klientů využívá respitní péči pro možnost odpočinku na dovolené. Jednomu z klientů péče poskytuje čas pro péči o domácnost. Všechny tyto formy jsou určitým potřebným zdrojem odpočinku. Možnost odpočinku je tak pro respondenty klíčovým motivem k využití péče. Žádný z respondentů totiž neoznačil využití péče pro vyřizování záležitostí či návštěvy lékaře, které zdrojem odpočinku jistě nejsou. Překvapivým zjištěním je využití respitní péče pro plnění pracovních závazků. V naší společnosti není zkombinování zaměstnání, v tomto případě jak respondent uvedl, zaměstnání na poloviční úvazek, s poskytováním péče blízkému v domácím prostředí příliš rozšířena. Na tomto příkladu tak můžeme vidět, že využití respitní péče je právě v této oblasti velmi vhodné.

Otázka č. 6. V jakém prostředí probíhá respitní péče?

Tab. 30: Prostředí, v němž péče probíhá

Odpověď	Počet odpovědí	%
domov	2	40%
ambulantně v zařízení poskytovatele	2	40%
pobyt v zařízení poskytovatele	1	20%
Celkem odpovědí	5	100%

Respondenti využívají respitní péče ve všech třech formách. Z toho lze vyvodit, že všechny tři formy péče- terénní, ambulantní i pobytová jsou klienty vyhledávány. Z toho dále vyplývá potřeba možnosti výběru mezi formou péče, tak, aby odpovídala individuálním potřebám klientů, které mohou být v průběhu roku odlišné. Jeden klient by tak mohl v průběhu roku například pravidelně využívat služby ambulantní či terénní, jednou do roka pak nárazově využít k dovolené formu pobytovou v případě ideálního stavu. Problémem je, že jen Diakonie Sobotín nabízí dvě formy péče- ambulantní a pobytovou. Tato možnost výběru je tak dostupná jen klientům v jednom z regionů kraje (viz tabulka č. 19).

Otázka č. 7. Jak často lze využít respitní péči ve Vámi využívaném zařízení?

Tab. 31: Možnost časového využití

Zařízení	Možnost využití
Diakonie Sobotín	pobyt dle dohody a volné kapacity
	stále u ambulantní péče
	podle potřeby kterýkoliv den v týdnu
Charita Zábřeh	7 dní v týdnu, 24 hodin denně
Pamatováček Olomouc	pracovní dny v týdnu 8.00-16.00

Z odpovědí respondentů vyplývá, že poskytovaná respitní péče v kraji je maximálně flexibilní a zcela se přizpůsobuje potřebám klienta, neboť ve dvou ze tří zařízení je možné využít služby kdykoliv podle potřeby. Tento přístup by měl být dle našeho názoru návodem pro potenciální poskytovatele respitní péče v kraji, neboť jasně ukazuje, že je možné v našich podmínkách tímto způsobem službu poskytovat. Nutnost při poskytování péče pružně reagovat a přizpůsobit péči individuálním potřebám klientů je základním charakteristikou, na základě které by se respitní péče v kraji měla dále rozvíjet. Přiblížili bychom se tak zvyklostem v poskytování respitní péče v jiných zemích (viz podkapitola 2.4).

Otázka č. 8. Která z forem by Vám nejlépe vyhovovala?

Tab. 32: Vyhovující forma péče

Odpověď	Počet odpovědí	%
terénní	2	33%
ambulantní	2	33%
pobytová	2	33%
Celkem odpovědí	6	100%

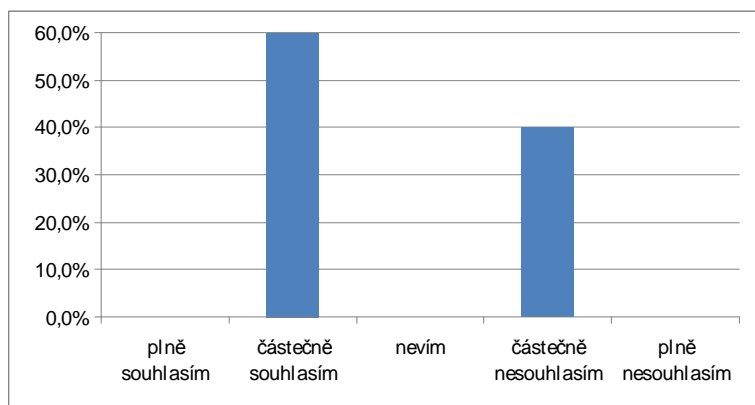
Všichni klienti uvedli stejnou možnost jako v otázce č. 6, tedy stejné prostředí, ve kterém je jim péče poskytována v současné době. Jeden z klientů v současné době využívá formu ambulantní i pobytovou, proto označil obě možnosti. Z tohoto faktu můžeme vyvodit, že současní klienti využívají péči ve formě, která jim nejvíce vyhovuje a necítí potřebu změny. Využití služby tak má zřejmě pro všechny dotazované klienty odpovídající účel, a z toho vyplývá i užitečnost poskytované péče. Bylo by tedy užitečné, když by tuto službu mohlo využívat více osob.

Otázka č. 9. Ohodnoťte na stupnici od 1 do 5 (1= úplně bez problémů, 5 = nebylo možné se dohodnout), jak proběhla dohoda s poskytovatelem?

Všech pět respondentů označilo dohodu a komunikaci s poskytovatelem jako úplně bez problémů. Toto zjištění ukazuje na spokojenost klientů s poskytovanou péčí a také schopnost současných poskytovatelů přizpůsobit poskytování péče potřebám klientů.

Otázka č. 10. Ohodnoťte, v čem podle Vás spočívají nedostatky a limity poskytované péče ve vašem okolí.

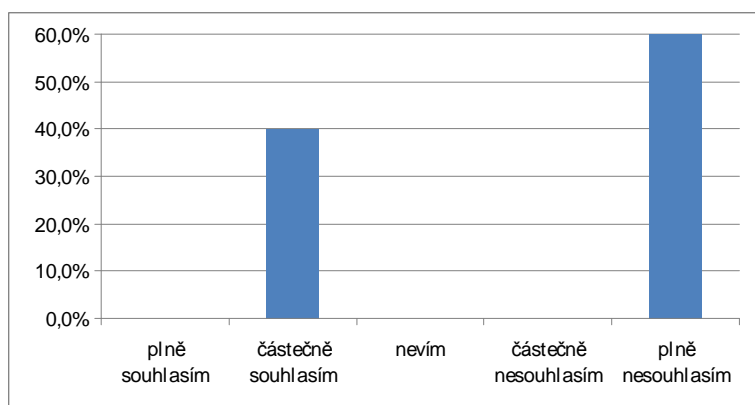
a) nedostatek poskytovatelů



Graf 18: Poskytovatelé

Větší část respondentů (3 z 5) uvedla, že v jejich okolí je spíše nedostatek poskytovatelů. V tomto došlo ke shodě s poskytovateli (viz graf 16). Další dva respondenti uvedli, že dle jejich názoru je spíše dostatek poskytovatelů. Tento názor uvedli klienti Diakonie Sobotín, kde je možnost výběru formy péče. To je zřejmě důvod jejich odpovědi.

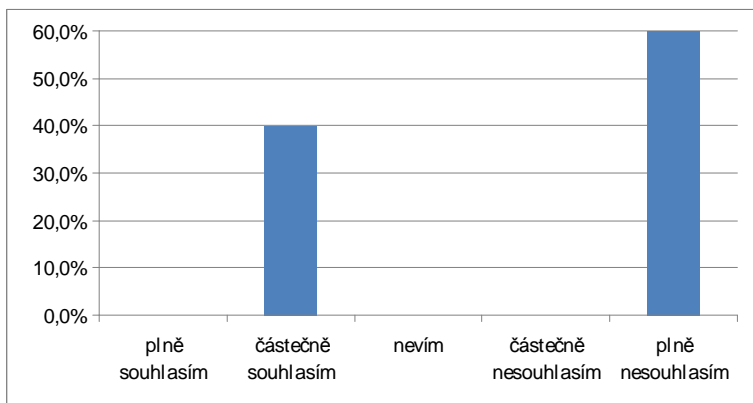
b) obtížná dostupnost informací



Graf 19: Dostupnost informací

Všichni respondenti hodnotí dostupnost informací o respitní péči jako dobrou a nepovažují ji za nedostatečnou. Tento názor potvrzuje otázka č. 4.

c) vysoká cena za poskytnutí péče



Graf 20: Cena za poskytnutí péče

Pro tři klienty z pěti není cena za poskytování péče vysoká. Další dva klienti uvedli, že je pro ně cena spíše vysoká. Názor klientů je dle našeho názoru ovlivněn finanční situací samotných klientů a jejich možností vynaložit prostředky na využití péče.

11. Jak byste ohodnotili Váš vztah a úroveň komunikace s poskytovatelem péče?

Vztah a úroveň komunikace byly ohodnoceny všemi dotazovanými (5 z 5) jako velmi dobré. Toto pozitivní hodnocení opět potvrzuje (viz otázka č. 9) spokojenost klientů s využívanou službou a na ochotu poskytovatelů přizpůsobit své služby přáním klientů.

12. Jak by na základě Vašich potřeb měla vypadat ideálně poskytnutá respitní péče?

K této otázce se žádný z respondentů nevyjádřil. Je tedy zřejmé, že názor na poskytování respitní péče je u respondentů nevyjasněný. Dle našeho názoru je to zřejmě dáno tím, že většina respondentů si uvědomuje nutnost individuálnosti poskytování respitní péče tak, aby každému klientovi uspokojovala jeho potřeby. Z toho důvodu mohlo být pro respondenty těžké vyjádřit, jak by respitní péče v ideálním případě vypadat. Do značné míry tento důvod reflektuje otázka č. 8, ze které vyplývá osobní spokojenost s využitím péče a nízkou potřebou obsah péče měnit.

8 ZÁVĚRY VÝZKUMU A DOPORUČENÍ

8.1 Zhodnocení hypotéz

Hypotéza č. 1: Dostatečná nabídka paliativní péče v kraji je závislá na šíři nabídky péče v domácím prostředí v rámci jednotlivých regionů kraje.

Tato hypotéza byla výzkumem potvrzena. Poskytovatelé i blízcí klientů paliativní péče se shodli na nedostatečné dostupnosti specializované péče v kraji a z jejich odpovědí vynikla potřeba rozšířit nabídku péče o mobilní hospic. Obě skupiny respondentů také potvrdili nutnost možnosti výběru formy péče, což by vznik poskytovatele péče v domácím prostředí umožnil. Z odpovědí poskytovatelů také vyplynula nedostatečná místní dostupnost konceptu domácí péče, čímž se tak potvrdila nutnost rozšíření nabídky péče v domácím prostředí v rámci regionů kraje.

Hypotéza č. 2: Nabídka respitní péče v kraji odpovídající poptávce úzce souvisí s její dostupností pro více skupin osob.

Na základě uvedených dat poskytovatelů respitní péče o počtu a skupinách klientů bylo potvrzeno, že nabídka respitní péče v kraji je dostupná velmi omezenému okruhu a počtu osob. S tím je úzce spojena i místní dostupnost, neboť bylo zjištěno, že péče je poskytována jen ve třech regionech kraje. Na základě těchto údajů byla hypotéza potvrzena, neboť dále i poskytovatelé uvedli nutnost podpory současných poskytovatelů ke zřízení odlehčovacích služeb, což by umožnilo užití služby širšímu okruhu osob.

Hypotéza č. 3: Převážná většina uživatelů paliativní a respitní péče je spíše spokojena s dostupností informací a obsahem jim poskytované péče.

Hypotéza byla výzkumným šetřením potvrzena. Z odpovědí všech dotazovaných blízkých osob klientů paliativní péče a klientů respitní péče vyplynula veliká spokojenost se současnými poskytovateli a kvalitou poskytované péče. Oceněna byla především ochota a schopnost poskytovatelů přizpůsobit péči potřebám klientů. Obě skupiny dále hodnotí dostupnost informací o současných zařízeních jako velmi dobrou. Vynikla především možnost získání informací z více typů zdrojů.

Hypotéza č. 4: Pro rozvoj a rozšíření nabídky paliativní a respitní péče je zásadním předpokladem zvýšení podpory těchto služeb obcemi v rámci komunitního plánování sociálních a jiných služeb.

Tato hypotéza z odpovědí poskytovatelů potvrzena přímo nebyla. Nedostatečné

komunitní plánování bylo oběma skupinami poskytovatelů ohodnoceno pouze jako překážka střední závažnosti. Lze konstatovat, že poskytovatelé si nutnost komunitního plánování uvědomují, ale nepovažují ji za zásadní předpoklad rozvoje obou typů péče. Pro rozvoj paliativní péče byly označeny jako zásadní předpoklady rozšíření osvěty veřejnosti spolu s úpravou legislativního vymezení péče. U respitní péče byla za zásadní prostředek změny označena nutnost zvýšení finanční podpory ze strany státní správy a rozšíření povědomí veřejnosti o existenci služby.

8.2 Doporučení pro paliativní péči

Specializovaná paliativní péče je většinou naší společnosti pokládána za nadbytečnou službu a nepřikládá se jí důležitost. Postoj naší společnosti k ochraně důstojnosti nevyлéčitelně nemocných, o niž paliativní péče usiluje, je tak velmi chladný. Rozvoj paliativní péče nejen v Olomouckém kraji proto předpokládá nutnost změny společenských, ekonomických i politických postojů a rámců. Naprosto zásadní prioritou ke změně, která by umožnila rozvoj péče, je dle našeho názoru její legislativní ukotvení. V současné době je legislativně ošetřena pouze péče v lůžkových hospicích, mobilní hospic na své legitimní uznání stále čeká. Paliativní péče je tak vymezena jako péče zdravotnická. Princip poskytování paliativní péče je ovšem založen na kombinaci poskytování péče sociální a zdravotní. Právě to jí pomáhá uskutečňovat cíl péče, kterým je dosažení co nejvyšší možné kvality života osob až do jeho přirozeného konce. Právě toto multidisciplinární pojetí vyžaduje legislativní změnu péče na zdravotně- sociální, neboť tak je paliativní péče pojímána v jiných vyspělých zemích světa. Uzákonění statusu zdravotně- sociální péče jako moderního typu péče by se mělo stát základem pro změnu v dalších oblastech. Dle našeho názoru je přijetí nového statusu nejdůležitějším předpokladem rozvoje. K uzákonění tohoto statusu by vedla dle našeho předpokladu veřejná diskuse politiků s odborníky podpořená laickou veřejností. Zavedení tohoto statusu by mělo velký pozitivní dopad. Umožnilo by to totiž zařazení paliativní péče do komunitního plánování sociálních služeb v krajích a obcích, které je klíčovým předpokladem rozvoje péče na regionální úrovni. Jelikož je však v současné době ke změně statusu ještě dlouhá cesta, pro Olomoucký kraj bychom doporučovali tato opatření. Jednoznačně vyplývá potřeba vypracování koncepčního rozvoje péče v kraji, popřípadě i jednotlivých obcích. Nabízí se dvě možnosti. První z nich je zařadit specializovanou paliativní péči do komunitního plánování sociálních služeb, přesto, že v současné době status sociální služby nemá. Sociální aspekt péče by však tento krok mohl obhájit. Druhou možností je vytvořit plán koncepčního rozvoje v kraji pouze pro paliativní péči. První varianta se nám ovšem jeví za

současných podmínek jako reálnější. Koncepční plánování by v obou případech podpořilo koordinaci nabízených služeb v kraji a také by umožnilo vznik tolik potřebného mobilního hospice. Zajištění koncepčního plánování nejvíce závisí na odpovědných správních orgánech kraje. Koncepční plánování by ovšem bylo potřeba doplnit dalšími dvěma kroky, aby změna byla efektivní. První krok představuje zajištění financí. Koncepti priority rozvoje péče v kraji by proto bylo nutné podpořit formou vzniku možnosti využít účelových dotací či grantů od kraje či města. Tato cílená dotace pro paliativní péči by umožnila jednak rozvoj stávajících služeb a především vznik nových služeb. Se základním finančním kapitálem by se v kraji jistě našel obětavý jednatel či skupina osob, jež by se rozhodli zřídit mobilní hospic či síť domácích paliativní péče. Rozvoj specializované péče totiž bude vždycky závislý na iniciativě a obětavosti odborně vzdělaných jednotlivců. Tato podmínka je v neziskovém sektoru nevyhnutelná. Druhým důležitým krokem je dle našeho názoru nutnost zajistit vzdělávání lékařů v oblasti paliativní péče. Bylo by užitečné změnit přístup lékařů k ochotě a spolupráci při předávání informací klientům o jejich možnostech na základě diagnózy. V Olomouckém kraji by se mohla stát konkrétním krokem k navození spolupráce organizace seminářů o paliativní péči pro lékaře a dále také vytvoření jednotných informačních brožur o možnosti využití péče s kontakty na poskytovatele v kraji. Na základě uvedených doporučení ke změně ve více oblastech se domníváme, že by došlo ke zlepšení stavu současné nabídky paliativní péče v Olomouckém kraji.

8.3 Doporučení pro respitní péči

Respitní péče jako sociální služba je v České republice formou poměrně novou a v českém prostředí si svou pozici teprve vytváří. Z Analýzy sociálních služeb na území Olomouckého kraje v návaznosti na potřeby uživatelů, poskytovatelů a zadavatelů sociálních služeb provedené pro Olomoucký kraj v srpnu 2010 vyplývá nedostatečná nabídka odlehčovacích služeb vzhledem k poptávce a je zde doporučeno tyto služby rozšířit ve všech regionech kraje. Je pozitivní, že krajský úřad na základě analýzy o tomto nedostatku může podniknout určité kroky k řešení. Jakými prostředky by tedy došlo k rozšíření péče v kraji? Na regionální úrovni je dle našeho názoru klíčovým faktorem k rozvoji stanovení respitní péče jako priority v rámci komunitního plánování služeb. Zákon o sociálních službách neřeší otázku dostupnosti a potřebné kapacity služeb. Ukládá pouze krajům povinnost zpracovat plány rozvoje sociálních služeb, obcím pak pouze jejich vypracování doporučuje. Matoušek (2007) uvádí, že význam komunitního plánování spočívá v tom, že má zmapovat místní potřeby sociálních služeb a porovnat je s místními zdroji. Těmi jsou především organizace, které již sociální služby poskytují a také veřejné

finance, které se na službu vynakládají. Aby bylo komunitní plánování efektivní, bylo by v Olomouckém kraji potřeba, aby do něho byli zapojeni přímo jednak poskytovatelé i uživatelé sociálních služeb, ale i zadavatelé, tj. představitelé veřejné správy. Výsledky analýzy tomuto kroku ovšem výrazně nepomohli. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb V Olomouckém kraji pro období 2011-2014 bohužel s podporou respitní péče systematicky nepočítá. Proto je vypracování kvalitního plánu rozvoje sociálních služeb pro rok 2012 v Olomouckém kraji, jež se zpracovává, v současné době jedinou možností jak označit respitní péči jako služba s prioritou rozvoje a rozšíření nabídky. Další možností je pak podpora v rámci komunitních plánů měst, budou-li vytvářeny. Konkrétním krokem v rámci plánu, na který by se měli jeho tvůrci zaměřit, by měla být podpora a motivace současných poskytovatelů sociálních služeb k rozšíření nabídky služeb o odlehčovací služby. Naším doporučeným řešením by byl vznik odlehčovacích služeb při denních a týdenních stacionářích. To z toho důvodu, že tyto dva druhy služeb mají k sobě velmi blízko, především podobným legislativně vymezeným obsahem služeb. Podmínkou tohoto poskytování služeb by však bylo nutné důsledné rozlišení a informování o obou službách. Nutné by bylo vypracování vlastní metodiky respektující poslání pro obě služby v rámci jednoho zařízení. Tímto by položen dobrý základ ambulantní a pobytové respitní péče. Usuzujeme, že výhodou poskytování respitní péče při stacionářích by se zvýšila jak regionální dostupnost, tak možnost využití služby pro více okruhů osob. S ustálením těchto forem služeb při stacionářích by pak následně bylo jednodušší podpořit rozvoj terénních odlehčovacích služeb. U této formy by bylo jistě vhodné využít spolupráce jednotlivých zařízení s proškolenými dobrovolníky. Aby byla podpora a motivace zřizovatelů stacionářů v rámci komunitního plánování úspěšná, musela by být dále spojena s efektivním využíváním finančních zdrojů. Ideální by bylo, když by kraj, popřípadě jednotlivé obce kraje podpořili prioritu rozvoje respitní péče možností využít jednorázové dotace na zřízení několika respitních míst při každém zařízení. Tuto finanční podporu by poskytovatelé dále měli zkombinovat s maximálním využitím financí z vnějších zdrojů (EU, MPSV,...). Důvodem je zajištění nižší závislosti na nepředvídatelném množství financí, aby byli schopni službu strategicky naplánovat v rámci samotného zařízení. Na základě našeho doporučení proto vyplývá, že bez vnější podpory státních orgánů k rozvoji respitní péče v kraji zřejmě nedojde.

ZÁVĚR

Bakalářská práce přináší analýzu nabídky paliativní a respitní péče pro dospělé v Olomouckém kraji. Výchozím bodem k přístupu k této problematice byl určen předpoklad, že v Olomouckém kraji jsou tyto druhy nedostatečně rozvinuté, a že je v tomto kraji nedostatečné množství poskytovatelů paliativní a respitní péče. Teoretická část práce potvrdila důležitý význam těchto druhů péče. Vyplývá z ní, že oba druhy péče mohou být poskytovány několika odlišnými formami, které mohou uspokojit rozličné potřeby klientů. Právě tato variabilita činí z jednotlivých typů péče důležité prostředky při péči o terminálně nemocné pacienty a péči o osoby se sníženou soběstačností. Z toho důvodu by jejich existence měla být společností dostatečně podporována.

Hlavním cílem práce bylo prozkoumat vztah mezi současnou nabídkou paliativní a respitní péče pro dospělé a překážkami jejich rozvoje v Olomouckém kraji. Tento cíl byl prostřednictvím analýzy výsledků šetření a pomocí dílčích cílů dosažen. Současný stav nabídky paliativní i respitní péče je samotnými poskytovateli a uživateli hodnocen jako nedostatečný. Nedostatečnost spočívá především v omezené dostupnosti v rámci jednotlivých regionů kraje a s tím souvisejícím nízkém počtu poskytovatelů. U obsahu aktuálně poskytovaných služeb byla zjištěna nízká variabilita forem u obou druhů péče. Tímto byl splněn první cíl práce, a to objasnit současný stav a obsah nabídky paliativní a respitní péče v kraji. Dosaženo bylo také cíle zjistit spokojenost uživatelů s využívanou službou a s dostupností informací o současných poskytovatelích. Výzkumné šetření ukázalo velkou spokojenost uživatelů s využívanými službami i s kvalitou poskytované péče současných poskytovatelů. Uživatelé ohodnotili také jako velmi dobrou dostupnost informací o existujících zařízeních. Tímto se ukázalo, že kvalitní základ k rozvoji v kraji je položen.

Výzkumné šetření umožnilo objasnění cíle zjištění nedostatků a překážek rozvoje paliativní a respitní péče v kraji a možnosti zlepšení situace. Bylo zjištěno, že největšími problémy, se kterými se v současné době poskytovatelé paliativní a respitní péče potýkají, jsou nedostatek financí, nedostatečná podpora obce a nízké povědomí veřejnosti o službě. Toto jsou faktory, které ovlivňují současný stav nabídky. Za překážky rozvoje nabídky v kraji však bylo respondenti označeno několik faktorů. V případě paliativní péče se jedná o nedostatek možností zisku finančních zdrojů spolu s chybějícím legislativním ukotvením péče. U respitní péče byly jako největší překážky označeny nedostatečná finanční podpora státní správy a nedostatečné komunitní plánování sociálních služeb v rámci obcí. Poskytovatelům a uživatelům se ovšem nezávisle na sobě podařilo sestavit možnosti

k odstranění těchto překážek. Vyplývá z nich především potřeba zvýšení podpory představitelů kraje a obcí, a to v oblasti financí a strategického plánování zdravotních a sociálních služeb.

Můžeme tedy konstatovat, že všech cílů práce bylo dosaženo. Bylo potvrzeno, že poskytování paliativní a respitní péče je v moderní společnosti velmi důležité a měl by jim pro to ve společnosti být přikládán odpovídající význam. Předpoklady pro rozvoj obou druhů péče v Olomouckém kraji existují. V případě snahy více stran o změnu současného stavu je proto rozšíření nabídky paliativní i respitní péče velmi reálné a snad by i tato práce tomu mohla napomoci.

Seznam použitých zdrojů

Použitá a doporučená literatura

- ČERMÁK, M. *Hospicová paliativní péče*. Zdravotnické noviny, č. 1, 2007. ISSN 0044-1996.
- JESENSKÝ, J., JANIŠ, K. *Malý slovník pomáhajících profesí*. Hradec Králové: Gaudemus, 2004. ISBN 80-7041-126-0.
- JEŘÁBEK, H. a kol. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: UK FSV CESES, 2005. ISSN 1801-1640.
- KALVACH, Z. a kol. *Umírání a paliativní péče v ČR: (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-2832-5.
- KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-662-7.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1993. ISBN 80-900-1346.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha: Tvorba, 1995. ISBN 0-02-089150-4.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
- MICHALÍK, J. *Malý právní průvodce pečujících*. Brno: Moravskoslezský kruh, 2010. ISBN 978-80-254-7333-7.
- MICHALÍK, J. *Poradenství pro uživatele sociálních služeb*. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2007. ISBN 978-80-903640-9-7.
- NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.
- O'CONNOR M, ARANDA, S. *Paliativní péče*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
- O organizaci paliativní péče*. Doporučení REC (2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členskými státy. Praha: Cesta domů, 2004.
- PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J. a INGLETONOVÁ, Ch. (eds.). *Principy a praxe paliativní péče*. Brno 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.
- PROKOP, J. a kol. *Hospicová péče v praxi*. Rajhrad: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, 2010. ISBN 978-80-254-6594-3.

- RADBRUCH, L., PAYNE, S. a kol. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů: Česká společnost paliativní medicíny, 2010. ISBN 978-80-904516-1-2.
- PILÁT, M., PRACHNIAROVÁ D. 2. *Komunitní plán sociálních služeb města Olomouce na období let 2010-2012*. Olomouc: Statutární město Olomouc, 2010. ISBN 978-80-254-6466-3.
- SLÁMA, O., ŠPINKA, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4330-8.
- SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.
- SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-18-X.
- SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: APHPP, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.
- SVATOŠOVÁ, M. *Hospic slovem a obrazem*. Praha: Ecce homo, 1998. ISBN 80 - 902049-1-0.
- STUDENT, J.- Ch a kol. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha 2006. ISBN 80-7319-059-1.
- ŠAFRÁNKOVÁ, P. *Pojednání o respitní péči*. Speciální pedagogika, č. 4, 2002. ISSN 1211-2720.
- ŠAFRÁNKOVÁ, P. *Klíčové osoby v komplexu služeb respitní péče*. Speciální pedagogika, č. 1, 2004. ISSN 1211-2720.
- TOŠNEROVÁ, T. *Příručka pečovatele : Starší dlouhodobě nemocný člověk v rodině- a co dál?* Praha: Ambulance pro poruchy paměti, I. Interní klinika FNKV, 2002. ISBN 80-238-8541-3.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2004a. ISBN 80-7178-802-3.
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.*
- Respitní péče důležitá a nedílná součást pomoci pečujícím rodinám*. Gerontologické aktuality, č. 1, 2001. ISSN 1213-4074.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.*

Internetové zdroje

Aktuality. [online]. c2010 [cit. 2011-03-22]. Dostupné z WWW:

<<http://www.nrzp.cz/aktualne/tiskove-zpravy/175-kazdy-desaty-obcan-cr-se-radi-mezí-osoby-se-zdravotním-postížením.html>>.

Analýza sociálních služeb na území Olomouckého kraje v návaznosti na potřeby uživatelů, poskytovatelů a zadavatelů sociálních služeb. Olomouc: Sociotrendy, 2010. [cit. 2011-03-20].

Dostupné z WWW:

<http://www.kr-olomoucky.cz/OlomouckyKraj/Soci%C3%A1ln%C3%AD+v%C4%9Bci/Soci%C3%A1ln%C3%AD+slu%C5%BEby/St%C5%99edn%C4%9Bdob%C3%BD+pl%C3%A1n+rozvoje+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEb+Olomouck%C3%A9ho+kraje/plan_CZ.htm?lang=CZ>.

BYSTRICKÝ, Z. Hospic- léčba bolesti a paliativní medicína na začátku cesty. *Informační zpravodaj* [online]. 2000, 2, 1, c2004-2007 [cit. 2011-04-02]. Dostupné z WWW:

<<http://www.clkbrno.cz/index.php?&desktop=clanky&id=21>>.

Český statistický úřad. *Demografická ročenka krajů (2000-2009)*. [online]. c2011 [cit. 2011-03-15]. Dostupné z WWW:

<<http://czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/p/4027-10>>.

Hospic na Svatém Kopečku. [online]. c2005 [cit. 2011-03-10]. Dostupné z WWW:

<<http://www.hospickopecek.caritas.cz/index.php?str=titul>>.

Charitní ošetrovatelská služba. [online]. c2008 [cit. 2011-03-10]. Dostupné z WWW:

<<http://www.prerov.caritas.cz/charitni-osetrovatelska-sluzba>>.

CHOS- Charitní ošetrovatelská služba. [online]. c2003-2005 [cit. 2011-03-10]. Dostupné z WWW:

<http://www.zabreh.caritas.cz/cs/cinnost/chos.php?menu=nase_cinnost>.

Charitní ošetrovatelská služba, Domácí hospicová péče středisko Šternberk. [online]. c2011 [cit. 2011-03-10]. Dostupné z WWW:

<<http://www.sternberk.caritas.cz/index.php?nid=3159&lid=CZ&oid=1254206>>.

Odlehčovací služba. [online]. c2003-2005 [cit. 2011-03-01]. Dostupné z WWW:

<http://www.zabreh.caritas.cz/cs/cinnost/odlehsl.php?menu=nase_cinnost>.

Respitní (odlehčovací) péče o seniory s demencí. [online]. c2005 [cit. 2011-03-01].

Dostupné z WWW:

<<http://www.diakoniecce-sobotin.cz/poskytovane-sluzby-rpece.htm>>.

Registr poskytovatelů sociálních služeb. [databáze online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2011 [cit. 2011-01-24]. Dostupné z WWW:

< http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1301730216886_1>.

Pamatováček. [online]. c2005-2007 [cit. 2011-03-02]. Dostupné z WWW:

<<http://www.pamatovacek.cz/index.htm>>.

Slovník pojmů. [online]. c2010 [cit. 2011-02-02]. Dostupné z WWW:

<<http://www.hospice.cz/slovník-pojmu>>.

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji pro roky 2011-2014.

Olomouc: Odbor sociálních věcí Krajského úřadu Olomouckého kraje, 2011. [cit. 2011-03-20]. Dostupné z WWW:

<[http://www.kr-](http://www.kr-olomoucky.cz/OlomouckyKraj/Soci%C3%A1ln%C3%AD+v%C4%9Bci/Soci%C3%A1ln%C3%AD+slu%C5%BEby/St%C5%99edn%C4%9Bdob%C3%BD+pl%C3%A1n+rozvoje+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEeb+Olomouck%C3%A9ho+kraje/plan_CZ.htm?lang=CZ)

[olomoucky.cz/OlomouckyKraj/Soci%C3%A1ln%C3%AD+v%C4%9Bci/Soci%C3%A1ln%C3%AD+slu%C5%BEby/St%C5%99edn%C4%9Bdob%C3%BD+pl%C3%A1n+rozvoje+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEeb+Olomouck%C3%A9ho+kraje/plan_CZ.htm?lang=CZ](http://www.kr-olomoucky.cz/OlomouckyKraj/Soci%C3%A1ln%C3%AD+v%C4%9Bci/Soci%C3%A1ln%C3%AD+slu%C5%BEby/St%C5%99edn%C4%9Bdob%C3%BD+pl%C3%A1n+rozvoje+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEeb+Olomouck%C3%A9ho+kraje/plan_CZ.htm?lang=CZ)>.

Umírání. [online]. c2011 [cit. 2011-03-15]. Dostupné z WWW:

<<http://www.umirani.cz>>.

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník pro poskytovatele paliativní péče

Příloha č. 2 Dotazník pro blízké klientů paliativní péče

Příloha č. 3 Dotazník pro poskytovatele respitní péče

Příloha č. 4 Dotazník pro klienty respitní péče- pečující osoby

Příloha č. 1 Dotazník pro poskytovatele paliativní péče

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Barbora Jiříčková a jsem studentkou speciální pedagogiky na Univerzitě Palackého v Olomouci. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, jež poslouží jako podklad pro mou bakalářskou práci. Tématem mé práce je nabídka paliativní péče v Olomouckém kraji. Všechny otázky se tedy vztahují pouze na paliativní péči. Děkuji Vám za ochotu a čas, který vyplnění dotazníku věnujete. V případě dotazů nebo nejasností se na mě neváhejte obrátit. (email: jirickovabarbora@seznam.cz).

1. Kolika klientům ročně poskytne péči Vaše zařízení?

2. Se kterými indikačními skupinami klientů se setkáváte?

- d) klienti s nádorovým, onkologickým onemocněním
- e) klienti v konečném stádiu chronického srdečního selhání, onemocnění ledvin, trávicího a dýchacího ústrojí
- f) klienti s neurologickým onemocněním typu demence, roztroušené sklerózy, syndromy po cévní mozkové příhodě
- g) polymorbidní geriatřičtí klienti
- h) klienti v konečném stadiu AIDS
- i) klienti v permanentním vegetativním stavu
- j) jiné:.....

3. Z jakého prostředí (zařízení) do Vašeho zařízení klienti přicházejí?

- nemocnice
- domov
- domov důchodců
- stacionář
- domov pro osoby se zdravotním postižením
- jiné:.....

4. Jaká je průměrná doba poskytování péče ve Vašem zařízení?

5. S jakými zařízeními či osobami v kraji při poskytování péče spolupracujete?

6. Potýká se Vaše zařízení při poskytování paliativní péče s následujícími problémy?

- *nedostatek financí*

plně souhlasím částečně souhlasím nevím částečně nesouhlasím plně nesouhlasím

- *nevyhovující prostory*

plně souhlasím částečně souhlasím nevím částečně nesouhlasím plně nesouhlasím

- *nedostatek kvalifikovaného personálu*

plně souhlasím částečně souhlasím nevím částečně nesouhlasím plně nesouhlasím

- *nízké povědomí veřejnosti o existenci služby, zařízení*

plně souhlasím částečně souhlasím nevím částečně nesouhlasím plně nesouhlasím

- *nedostatek podpory města*

plně souhlasím částečně souhlasím nevím částečně nesouhlasím plně nesouhlasím

- *jiné:.....*

7. Co by bylo nutné podniknout pro jejich odstranění?

8. Jaká je dle Vašich zkušeností úroveň a dostupnost paliativní péče v kraji?

velmi dobrá spíše dobrá nevím spíše nedostatečná nedostatečná

9. V čem vidíte překážky rozvoje paliativní péče v kraji? (ohodnot'te každou položku od 1 do 5, 1 = žádný problém, 5 = nepřekonatelný problém)

- nedostatek financí.....1 2 3 4 5
- způsob hrazení péče.....1 2 3 4 5
- nedostatečná osvěta veřejnosti.....1 2 3 4 5
- tabuizace tématu smrti ve společnosti.....1 2 3 4 5
- nedostatek odborníků, kvalita personálu.....1 2 3 4 5
- nedostatečná spolupráce s krajem, městem.....1 2 3 4 5
- nedostatečná finanční podpora ze strany města, kraje.....1 2 3 4 5
- nedostatečné vzdělání lékařů a zdravotnického personálu.....1 2 3 4 5
- chybějící systémová a legislativní podpora paliativní péče.....1 2 3 4 5
- nedostatečné komunitní plánování poskytování paliativní péče.....1 2 3 4 5
- jiné:.....

10. Které z forem paliativní péče by v kraji podle Vašich zkušeností byly využity?

- mobilní hospic
- oddělení paliativní péče
- konziliární tým paliativní péče
- ambulance paliativní péče
- denní hospicový stacionář

11. Jak by podle Vás vypadala ideální situace z hlediska poskytování paliativní péče v kraji?

Příloha č. 2 Dotazník pro blízké klientů paliativní péče

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Barbora Jiříčková a jsem studentkou speciální pedagogiky na Univerzitě Palackého v Olomouci. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, jež poslouží jako podklad pro mou bakalářskou práci. Tématem mé práce je nabídka paliativní péče v Olomouckém kraji. Všechny otázky se tedy vztahují pouze na paliativní péči. Děkuji Vám za ochotu a čas, který vyplnění dotazníku věnujete. V případě dotazů nebo nejasností se na mě neváhejte obrátit. (email: jirickovabarbora@seznam.cz)

1. Jakým způsobem jste se dozvěděl o zařízení, jehož služby Váš blízký využívá?

2. Jak jste spokojen s dostupností informací o tomto zařízení?

3. Z jakého důvodu jste se rozhodli paliativní péče využít? (zakroužkujte všechny odpovídající položky)

- a) obtížnost poskytování péče v domácím prostředí
- b) bydlím v jiném městě než blízký
- c) finanční náročnost poskytování péče
- d) nevyhovující prostředí domova
- e) nedostatek času na poskytování péče
- f) nemožnost (obtížnost) zkombinovat péči se zaměstnáním
- g) fyzická náročnost péče
- h) psychická náročnost péče
- i) nutnost odborné zdravotní péče o blízkého
- j) jiné:

4. Jaké služby v rámci péče využíváte Vy jako rodina?

5. Která z forem paliativní péče by Vašemu blízkému a Vám jako rodině nejlépe vyhovovala (v případě, že by ve Vašem okolí existovala)?

- a) mobilní hospic
- b) oddělení paliativní péče (specializované oddělení v rámci nemocnice)
- c) ambulance paliativní péče při nemocnici (poskytující konzultace)
- d) denní hospicový stacionář (péče o nemocného v zařízení poskytovatele po určitou část dne)

6. Ohodnot'te na stupnici od 1 do 5 (1 = úplně bez problémů, 5 = nebylo možné se dohodnout), jak proběhla dohoda, komunikace s poskytovatelem?

1	2	3	4	5
úplně bez problémů			nebylo možné se dohodnout	

- Pokud byly nějaké problémy, jaké:

.....
.....

7. Ohodnot'te, v čem podle Vás spočívají nedostatky a limity poskytované péče ve Vašem okolí.

a) nedostatek poskytovatelů

plně souhlasím částečně souhlasím nevím částečně nesouhlasím plně nesouhlasím

b) nedostatečná možnost výběru formy péče

plně souhlasím částečně souhlasím nevím částečně nesouhlasím plně nesouhlasím

c) nevyhovující prostředí poskytování péče

plně souhlasím částečně souhlasím nevím částečně nesouhlasím plně nesouhlasím

d) vysoká cena za poskytnutí péče

plně souhlasím částečně souhlasím nevím částečně nesouhlasím plně nesouhlasím

8. Jak byste ohodnotili Váš vztah a úroveň komunikace s poskytovatelem péče?

velmi dobrý spíše dobrý neutrální spíše špatný špatný

9. Uvažovali jste o využití jiného druhu péče o Vašeho blízkého jako alternativy?

- ano, péče v domácím prostředí
- ano, hospitalizace v nemocnici
- ne

10. Jak by podle Vašich potřeb měla vypadat ideálně poskytnutá paliativní péče?

Příloha č. 3 Dotazník pro poskytovatele respitní péče

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Barbora Jiříčková a jsem studentkou speciální pedagogiky na Univerzitě Palackého v Olomouci. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, jež poslouží jako podklad pro mou bakalářskou práci. Tématem mé práce je nabídka respitní péče (odlehčovací služeb) pro dospělé osoby v Olomouckém kraji. Všechny otázky se tedy vztahují pouze na respitní péči. Děkuji Vám za ochotu a čas, který vyplnění dotazníku věnujete. V případě dotazů nebo nejasností se na mě neváhejte obrátit (email: jirickovabarbora@seznam.cz).

1. Jaké skupiny osob Vašich služeb respitní péče využívají?

2. Kolika klientům ročně Vaše zařízení poskytne péči?

3. Potýká se Vaše zařízení při poskytování respitní péče s následujícími problémy?

a) nedostatek financí

plně souhlasím částečně souhlasím nevím částečně nesouhlasím plně nesouhlasím

b) nevyhovující prostory

plně souhlasím částečně souhlasím nevím částečně nesouhlasím plně nesouhlasím

c) nedostatek kvalifikovaného personálu

plně souhlasím částečně souhlasím nevím částečně nesouhlasím plně nesouhlasím

d) nedostatek podpory obce

plně souhlasím částečně souhlasím nevím částečně nesouhlasím plně nesouhlasím

e) *jiné:*

4. Co by bylo nutné podniknout pro jejich odstranění?

5. Za jakých podmínek by Vaše zařízení mohlo poskytovat více forem respitní péče - tj. ambulantní, terénní, pobytová (v případě, že je Vaše zařízení neposkytuje)?

6. Jaká je dle Vašich zkušeností úroveň a dostupnost respitní péče v kraji?

velmi dobrá spíše dobrá nevím spíše nedostatečná nedostatečná

7. V čem vidíte překážky rozvoje respitní péče v kraji? (ohodnoťte každou položku od 1 do 5, 1 = žádný problém, 5 = nepřekonatelný problém)

- a) nedostatečná povědomí veřejnosti..... 1 2 3 4 5
- b) nedostatečná finanční podpora státní správy.....1 2 3 4 5
- c) nároky na podmínky poskytování respitní péče.....1 2 3 4 5
- d) nedostatečně upevněná pozice pečujících osob v legislativě..... 1 2 3 4 5
- e) nejasné vymezení respitní péče v rámci Zákona o sociálních službách 1 2 3 4 5
- f) nedostatečné komunitního plánování respitní péče v rámci obcí a kraje 1 2 3 4 5
- g) jiné:

8. Co by bylo nutné podle Vašeho názoru udělat pro rozšíření nabídky respitní péče v kraji?

9. Jak by podle vás vypadala ideální situace z hlediska poskytování respitní péče v kraji?

Příloha č. 4 Dotazník pro klienty respitní péče- pečující osoby

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Barbora Jiříčková a jsem studentkou speciální pedagogiky na Univerzitě Palackého v Olomouci. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, jež poslouží jako podklad pro mou bakalářskou práci. Tématem mé práce je nabídka respitní péče (odlehčovacích služeb) pro dospělé osoby v Olomouckém kraji. Všechny otázky se tedy vztahují pouze na respitní péči. Děkuji Vám za ochotu a čas, který vyplnění dotazníku věnujete. V případě dotazů nebo nejasností se na mě neváhejte obrátit. (email: jirickovabarbora@seznam.cz)

1. Jak dlouhou již službu respitní péče využíváte?

- a) méně než měsíc
- b) měsíc - 3 měsíce
- c) 3 měsíce - půl roku
- d) půl roku - rok
- e) více než rok

2. Jak často a v jakých intervalech služby využíváte?

3. Jakým způsobem jste se dozvěděl o zařízení, jehož služby využíváte?

4. Jak jste spokojeni s dostupností informací o tomto zařízení?

5. Co Vám využití péče umožňuje?

- práce (upřesněte)
- péče o domácnost
- vyřizování úředních a jiných záležitostí
- návštěva lékaře
- vyléčení vlastní nemoci / hospitalizace
- odpočinek, načerpání nových sil
- věnování se zájmům, zálibám
- jiné:

6. V jakém prostředí probíhá respitní péče?

- a) domov
- b) ambulantně v zařízení poskytovatele – po určitou část dne
- c) pobytově v zařízení poskytovatele- spojeno s ubytováním na více dnů

7. Jak často lze využít respitní péči ve Vámi využívaném zařízení?

8. Která z forem by Vám nejlépe vyhovovala?

- a) terénní - péče poskytovaná v domově
- b) ambulantní - péče poskytovaná v zařízení poskytovatele po určitou část dne
- c) pobytová - péče poskytovaná v zařízení poskytovatele spojená s ubytováním

9. Ohodnoťte na stupnici od 1 do 5 (1= úplně bez problémů, 5 = nebylo možné se dohodnout), jak proběhla dohoda s poskytovatelem?

1	2	3	4	5
úplně bez problémů			nebylo možné se dohodnout	

- Pokud byly nějaké problémy, jaké:

.....
.....

10. Ohodnoťte, v čem podle Vás spočívají nedostatky a limity poskytované péče ve vašem okolí.

a) nedostatek poskytovatelů

plně souhlasím částečně souhlasím nevím částečně nesouhlasím plně nesouhlasím

b) obtížná dostupnost informací

plně souhlasím částečně souhlasím nevím částečně nesouhlasím plně nesouhlasím

c) vysoká cena za poskytnutí péče

plně souhlasím částečně souhlasím nevím částečně nesouhlasím plně nesouhlasím

11. Jak byste ohodnotili Váš vztah a úroveň komunikace s poskytovatelem péče?

velmi dobrý spíše dobrý neutrální spíše špatný špatný

12. Jak by na základě Vašich potřeb měla vypadat ideálně poskytnutá respitní péče?

Anotace

Jméno a příjmení:	Barbora Jiříčková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Nabídka respitní a paliativní péče pro dospělé v Olomouckém kraji
Název v angličtině:	Respite and palliative care offer for adults in the Olomouc region
Anotace práce:	Bakalářská práce se zaměřuje na nabídku respitní a paliativní péče pro dospělé v Olomouckém kraji. V teoretické části práce jsou shrnuty poznatky o respitní a paliativní péči. Pozornost je věnována principům poskytování a představení jednotlivých forem obou druhů péče. V praktické části jsou zpracovány výsledky výzkumného šetření mezi poskytovateli respitní a paliativní péče a jejich klientů o stavu současné nabídky v Olomouckém kraji a překážkách rozvoje obou druhů péče.
Klíčová slova:	respitní péče, paliativní péče, terminálně nemocný pacient, osoba se sníženou soběstačností, klient, Olomoucký kraj
Anotace v angličtině:	The bachelor work examines the respite and palliative care for adults provided in Olomouc region. The theoretical part of the work contains information about respite and palliative care. Attention is paid to the principles of providing such a type of care. The findings of a conducted research into the state of current supply of these services in Olomouc region between the providers of respite and palliative care and their clients as well as the obstacles to the development are presented in the practical part of the work.
Klíčová slova v angličtině:	respite care, palliative care, terminally ill patient, person with low-self sufficiency, client, Olomouc region
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 Dotazník pro poskytovatele paliativní péče Příloha č. 2 Dotazník pro blízké klientů paliativní péče Příloha č. 3 Dotazník pro poskytovatele respitní péče Příloha č. 4 Dotazník pro klienty respitní péče- pečující osoby
Rozsah práce:	82 s., 9 s. příloh
Jazyk práce:	český jazyk