

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Důsledky stárnutí populace na vývoj potřeb v oblasti zdravotní
a sociální péče.**

Diplomová práce

Jméno autora: Bc. Pavla Prylová

Jméno vedoucího práce: doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.

25. 5. 2009

Důsledky stárnutí populace na vývoj potřeb v oblasti zdravotní a sociální péče.

Diplomová práce je zaměřená na vybavenost Libereckého kraje pobytovými a terénními službami zdravotní a sociální péče pro seniory. Mezi hlavní faktory, které ovlivňují vybavenost krajů zdravotními a sociálními službami, patří demografický vývoj (stárnutí populace), sociální struktura obyvatelstva, pokles neformální podpory a solidarity v rodině nesamostatnému členu rodiny a také geografický profil územního celku, urbanizace, hustota osídlení a velikost obcí v regionu. V rámci plánování vybavenosti zdravotně sociálními službami v regionu nesmí zůstat opomenuta také aplikace principů poskytování zdravotně sociálních služeb, které se uplatňují v západních evropských zemích. Mezi základní principy patří: decentralizace, pluralizace, deinstitucionalizace. Tyto principy usnadňují dosažení cílů zdravotně sociálních služeb, ke kterým patří respektování důstojnosti uživatelů, podpora jejich nezávislosti, zvyšování participace uživatelů ve společnosti a možnost žít plnohodnotný život v jejich domácím prostředí.

Cílem diplomové práce je zmapování pobytových a terénních služeb zdravotní a sociální péče v Libereckém kraji, zjištění jejich kapacity, kvality a jejich využívání seniorskou populací. Dalším cílem je zjistit, zda se moderní evropské trendy v poskytování služeb promítají ve zkoumaných službách v Libereckém kraji.

Výzkum byl proveden pomocí sekundární analýzy dokumentů a dotazníkovou metodou. Výzkum prokázal, že kapacita především pobytových služeb sociální a zdravotní péče je nedostačující. Podle výzkumu dochází k navýšení počtu žádostí o zkoumané služby za poslední čtyři roky. Poptávka po službách se výrazně navýší se stárnutím populace v letech 2020-2050. Dále podle výzkumu se moderní evropské trendy ve zdravotně sociálních službách neprojeví. Seniorská populace nevyužívá terénní zdravotně sociální péči v plném rozsahu a preferuje institucionální péči. V regionu je jen malé zastoupení nestátních organizací poskytující zkoumané služby. Výzkum také prokázal velký nedostatek v propojování zdravotně sociálních služeb.

Výsledky výzkumu poukázaly na důležitost spolupráce s komunitou, na zvýšení její informovanosti ohledně využívání a kvality zdravotně sociálních služeb, na rozšíření nabídky komplexní domácí péče a dát prostor neziskovým organizacím a stanovit přísná pravidla pro poskytování institucionální péče.

The Consequences of Population Ageing Regarding the Development of Its Social and Health Needs.

This diploma thesis is focused on the community's social and health facilities for senior citizens in the Region of Liberec. The main factors which influence these social and health facilities during the planning of social and health services are a demographic prognosis (the aging population), the social structure of its inhabitants, the informal support and solidarity within the family to dependent peers, and also the geographic profile of the region, urbanization, human settlement and the extent of municipality. The planning of social and health services has to follow modern principles in social services which are widely used in Western Europe. The basic principles are: decentralization, deinstitutionalization, pluralization and those principles that help to reach the main goals of social and health services which include having respect for the client, giving support to the client to be independent in his or her own home, to have a worthwhile life and to also allow the client to participate in the life of the community.

The goal of this thesis is to undertake research in the capacity and quality of health and social services and the use of these services by seniors in the region. The next goal is to see if modern European principles are applied in the social and health services in the region.

This research was carried out through the analysis of documents and methods of questioning. This research has shown that there is a lack of institutional social and health services in the region. There is an increasing number of applications for social and health services for institutional and home care during the last 4 years. The demand for the capacity of these services will greatly increase with the aging population during period 2020-2050. Also modern European principles have not been applied in the social and health services. Elders still prefer institutional care and do not benefit from the wide offer and quality of home care. There is only a small number of non-governmental social and health organizations in the region. This research has demonstrated that there is an enormous insufficiency in relation to medical and social institutions, as well.

The result of the thesis shows that it is important to inform community about preferences and qualities of social and health services and cooperate with clients. Important is also to expand home care, to give firm limitation for institutional care and support development of new nongovernmental organizations in the region.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Důsledky stárnutí populace na vývoj potřeb v oblasti zdravotní a sociální péče vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

Podpis studenta

Poděkování

Chtěla bych poděkovat panu doc. Ing. Ladislavovi Průšovi, CSc. za jeho odborné podněty, cenné rady a připomínky při zpracování diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD	8
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 POSTAVENÍ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PÉČE V SYSTÉMU SOCIÁLNÍ OCHRANY OBYVATELSTVA	11
1.1.1 <i>Tři pilíře systému sociální ochrany obyvatelstva</i>	11
1.1.2 <i>Právní úprava zdravotně sociální péče</i>	13
1.1.2.1 Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů	13
1.1.2.2 Vymezení pojmu ošetrovatelství	14
1.1.2.3 Spektrum zdravotnických služeb pro seniory	14
1.1.2.4 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	15
1.1.2.5 Spektrum sociálních služeb pro seniory	16
1.1.3 <i>Subjekty zdravotně sociálních služeb</i>	19
1.1.3.1 Role obcí, krajů a státu ve zdravotně sociálních službách	19
1.1.3.2 Nestátní organizace	20
1.2 PLÁNOVÁNÍ A POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	21
1.2.1 <i>Plánování sociálních a zdravotních služeb v ČR</i>	21
1.2.1.1 Cíle sociálních a zdravotních služeb	23
1.2.1.2 Principy poskytování sociálních a zdravotních služeb	24
1.2.1.3 Determinanty potřeby zdravotních a sociálních služeb	24
1.2.1.4 Komunitní plánování sociálních a zdravotních služeb	25
1.2.2 <i>Stárnutí populace</i>	28
1.2.2.1 Zdravotně sociální charakteristika období stáří	30
1.2.2.2 Důsledky stárnutí populace	32
1.2.3 <i>Vybavenost krajů a regionů sociálními a zdravotními službami</i>	34
1.3 PLÁNOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH A ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB V LIBERECKÉM KRAJI (LK)	35
1.3.1 <i>Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb LK 2009–2013</i>	35
1.3.2 <i>Zdravotní politika LK</i>	36
1.3.3 <i>Vybavenost Libereckého kraje sociálními a zdravotními službami</i>	37
1.3.3.1 Charakteristika Libereckého Kraje	37
1.3.3.2 Demografické údaje Libereckého kraje	38
1.3.3.3 Základní vybavenost libereckého kraje službami zdravotnické a sociální péče	41
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	42
2.1 CÍLE PRÁCE	42
2.2 HYPOTÉZY	42

3	METODIKA	43
3.1	METODICKÝ POSTUP	43
3.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	43
4	VÝSLEDKY	45
4.1	POSKYTOVATELÉ POBYTOVÝCH SLUŽEB SOCIÁLNÍ PÉČE PRO SENIORY V LIBERECKÉM KRAJI	45
4.1.1	<i>Kapacita lůžek v zařízení pobytových služeb sociální péče a naplnění kapacity</i>	47
4.1.2	<i>Statistické údaje o kapacitě a naplnění zařízení v letech 2005–2008</i>	49
4.2	POSKYTOVATELÉ POBYTOVÝCH SLUŽEB ZDRAVOTNÍ PÉČE PRO SENIORY V LIBERECKÉM KRAJI	57
4.2.1	<i>Kapacita lůžek v zařízení pobytových služeb zdravotní péče a jejich využití</i>	58
4.2.2	<i>Statistické údaje o kapacitě a naplnění pobytové služby zdravotní péče v letech</i>	61
4.3	POSKYTOVATELÉ TERÉNNÍCH SOCIÁLNÍCH A ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB PRO SENIORY V LIBERECKÉM KRAJI	63
4.3.1	<i>Kapacita terénních služeb sociální a zdravotní péče a jejich využití</i>	64
4.3.2	<i>Statistické údaje o kapacitě a naplnění terénních služeb v letech 2005–2008</i>	68
4.4	OČEKÁVANÝ VÝVOJ OBYVATEL STARŠÍCH 65 LET DO ROKU 2050	79
4.4.1	<i>Očekávaný vývoj obyvatel starších 65 let v ČR do roku 2050</i>	79
4.4.2	<i>Očekávaný vývoj obyvatel starších 65 let v Libereckém kraji do roku 2050</i>	81
5	DISKUSE	83
5.1	DEMOGRAFICKÉ PROGNÓZY	83
5.2	KAPACITA SLUŽEB SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ PÉČE PRO SENIORY V LIBERECKÉM KRAJI	84
5.2.1	<i>Zařízení pobytových služeb sociální péče v Libereckém kraji</i>	84
5.2.2	<i>Zařízení pobytových služeb zdravotnické péče v Libereckém kraji</i>	88
5.2.3	<i>Zařízení terénních služeb sociální a zdravotní péče v Libereckém kraji</i>	89
6	ZÁVĚR	94
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	97
8	KLÍČOVÁ SLOVA	102
9	PŘÍLOHY	103

Úvod

Téma diplomové práce a lokalitu výzkumu jsem si zvolila z důvodu své předchozí zdravotnické praxe v Liberecké kraji, kde jsem se často setkávala s problematikou umístování seniorů do pobytových zařízení sociálních služeb a na oddělení následné péče, a také s nedostatečnou informovaností pacienta a jeho rodiny o poskytování komplexní domácí péče v domácím prostředí seniora.

V diplomové práci jsem se proto zaměřila na vybavenost Libereckého kraje pobytovými a terénními službami zdravotní a sociální péče pro seniory. Výzkum měl za úkol prověřit kapacitu a kvalitu zmíněných služeb a jejich využívání seniorskou populací.

Mezi hlavní faktory, které ovlivňují vybavenost krajů a regionů zdravotními a sociálními službami, a které by neměly být opomenuty při plánování služeb, patří demografický vývoj, změna sociální struktury obyvatelstva, rozpad vícegenerační rodiny a pokles neformální podpory v rodině, který ovlivní pomoc nesamostatnému členu rodiny. Vybavenost ovlivňuje v neposlední řadě také geografický profil územního celku, urbanizace, hustota osídlení a velikost obcí v regionu.

Demografické prognózy poukazují na jev nezadržitelného stárnutí obyvatelstva, který je v západních zemích od konce 20. století. Došlo ke snížení porodnosti, ale také ke zkvalitnění zdravotní péče, rostoucí ekonomická vyspělost států měla příznivý vliv na životní styl obyvatel, to vše pomohlo ke prodloužení střední délky života. Na stárnutí populace má také výrazný vliv vstup silných ročníků do seniorského věku.

Očekává se, že silné ročníky, narozené v padesátých a sedmdesátých letech minulého století výrazně zvýší poptávku po sociálních a zdravotních službách. V období let 2020-2050 budou totiž postupně dosahovat věku, kdy se u nich zvýší výskyt chronických nemocí a také závislost na pomoci druhé osoby z důvodu snížené soběstačnosti.

Podíl obyvatel starších 65 let, který se v České republice dnes pohybuje ve středních hodnotách, tj. okolo 14 %, by měl být v roce 2050 okolo 31 % a skupina obyvatel starších 80 let tvořící přes 3 % obyvatel, by v roce 2050 měla dosáhnout 9 %.

V rámci plánování vývoje vybavenosti zdravotně sociálními službami v kraji je potřeba reagovat nejen na zmíněné demografické prognózy a další faktory ovlivňující potřebnost služeb, ale také nesmí zůstat opomenuta aplikace principů poskytování zdravotně sociálních služeb, které se běžně uplatňují v sociálních systémech vyspělých evropských zemí. Mezi základní principy patří: decentralizace, pluralizace (financování služeb, poskytovatelů), deinstitucionalizace a demokratizace státní sociální správy. Tyto principy usnadňují dosažení důležitých vymezených cílů zdravotně sociálních služeb, ke kterým patří respektování důstojnosti uživatelů, podpora jejich nezávislosti, zvyšování společenské a ekonomické participace uživatelů a možnost žít bezpečný, plnohodnotný život v jejich domácím prostředí.

Cílem diplomové práce je zmapovat pobytové a terénní služby zdravotní a sociální péče pro seniory v Libereckém kraji, zpracovat sociálně demografickou analýzu kraje a také zjistit kapacitu zkoumaných služeb a její využívání seniorskou populací.

V diplomové práci jsou použity dvě výzkumné metody, a to sekundární analýza dokumentů a metoda dotazování. Mezi analyzované dokumenty patří především statistické údaje Českého statistického úřadu, údaje Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, výroční zprávy zdravotnických a sociálních zařízení, registr sociálních služeb a registr zdravotnických zařízení. Dotazníky jsou určeny poskytovatelům zkoumaných služeb. Získané údaje z výzkumu jsou zpracovány v grafech a tabulkách.

Výzkum diplomové práce potvrdil stanovené hypotézy.

První hypotéza předpokládala, že stárnutí populace ovlivňuje potřeby sociální a zdravotní péče, čímž působí na uspořádání sociálních a zdravotních služeb. Výzkum prokázal, že kapacita pobytových služeb sociální i zdravotní péče je dnes nedostačující v Libereckém kraji. Dále prokázal zvyšující se počet žádostí o služby terénního i pobytového typu ve zkoumaném období 2005–2008 a narůstající počet neuspokojených žadatelů o služby. Poptávka po službách se výrazně navýší se stárnutím populace v letech 2020–2050, která je čitelná z demografických prognóz Českého statistického úřadu.

Druhá hypotéza předpokládala, že moderní evropské trendy, projevující se v propojování sociálních a zdravotních služeb, se v Libereckém kraji doposud v širším měřítku nepromítají. Výzkum prokázal, že seniorská populace v Libereckém kraji nevyužívá terénní zdravotně sociální péči v plném rozsahu a často vyhledává institucionální péči při snížení soběstačnosti, aniž ji opravdu potřebuje. V regionu je také nízké zastoupení nestátních organizací poskytující zkoumané služby.

1 Současný stav

1.1 *Postavení zdravotně sociální péče v systému sociální ochrany obyvatelstva*

1.1.1 Tři pilíře systému sociální ochrany obyvatelstva

Dnešní základní systémy sociální ochrany obyvatelstva jsou v souladu s nejnovějšími trendy užívanými ve vyspělých zemích a opírají se o soudobé teoretické poznatky.

Tvoří je tři základní pilíře. Prvním z nich je sociální pojištění, druhým státní sociální podpora a třetím sociální pomoc. První komplexní úpravy těchto nových sociálních systémů byly přijaty koncem první poloviny 90. let 20. století, kdy byl např. přijat zákon o penzijním pojištění, zákon o státní sociální podpoře a zákon o důchodovém pojištění. Další zákony, které dnešní sociální systémy upravují, byly přijaty v roce 2006, mezi jinými například zákon o sociálních službách, zákon o nemocenském pojištění a zákon o pomoci v hmotné nouzi **(30)**.

Systém sociálního pojištění umožňuje občanům na úkor odložené osobní spotřeby, aby se v budoucnosti postarali sami o sebe a své rodiny v případě sociální události. Mezi krátkodobá pojištění v nepříznivé sociální situaci se řadí pojištění v nemoci, mateřství a nezaměstnanosti. K dlouhodobým pojištěním patří pojištění ve stáří, invaliditě a při ztrátě živitele.

Sociální pojištění se podle mezinárodní kvalifikace dělí na devět systémů: úrazové pojištění, nemocenské pojištění, zdravotní pojištění, pojištění v mateřství, pojištění ve stáří, pojištění invalidity, pojištění pozůstalých, pojištění v nezaměstnanosti a rodinné přídatky.

Sociální pojištění je povinné, zákonem uložené. Zákon stanovuje okruh povinně pojištěných osob, okruh povinných plátců pojistného, sociální události, podmínky vzniku a trvání nároků a jejich výši **(36)**.

V současném systému sociálního pojištění v ČR jsou provozovány systémy:

- Důchodové pojištění: zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění a zákon č. 42/1994 Sb., o penzijním připojištění se státním příspěvkem.

- Nemocenské pojištění: zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění.
- Zdravotní pojištění: zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.
- Státní politika zaměstnanosti: zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.
- Úrazové pojištění zaměstnanců: zákon č. 266/2006 Sb., o úrazovém pojištění zaměstnanců **(30)**.

System státní sociální podpory upravuje zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře. V rámci zákona se stát podílí na krytí nákladů na výživu a ostatní základní potřeby dětí a rodin v závislosti na výši příjmu, a poskytuje podporu rodinám s dětmi v sociální situaci např. narození dítěte, která nepodléhá výši příjmu.

Dávky, které se poskytují v závislosti na výši příjmu:

- Příspěvek na dítě
- Sociální příplatek
- Příspěvek na bydlení

Ostatní dávky, které nepodléhají výši příjmu:

- Rodičovský příspěvek
- Dávky pěstounské péče
- Porodné
- Pohřebné **(46)**.

System sociální pomoci je určen k zajištění základních životních potřeb osob v situaci absolutního nedostatku hmotných prostředků a v sociálních situacích, kdy si osoby nejsou schopny samy ani v rámci vlastní rodiny zabezpečit své základní životní potřeby. K základním nástrojům sociální pomoci patří poradenství, prevence sociálně patologických jevů, sociálně právní ochrana, dávky pomoci ve hmotné nouzi a v neposlední řadě sociální služby.

V současné době upravují system sociální pomoci zákony č. 110/2006 Sb., o životním minimu, č. 111/2006 sb., o pomoci v hmotné nouzi, č. 112/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o pomoci v hmotné nouzi, č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, č. 114/1988

Sb., o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů a vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů **(30)**.

1.1.2 Právní úprava zdravotně sociální péče

Listina základních práv a svobod uveřejněna ve sbírce zákonů pod č. 2/1993 zaručuje všem ochranu základních lidských práv a svobod **(36)**. Jedněmi ze základních práv občana jsou sociální práva obsaženy ve čtvrté hlavě čl. 31, které praví, že každý má právo na ochranu zdraví, a že občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Čl. 30 uvádí, že občané mají právo na přiměřené hmotné zabezpečení ve stáří a každý, kdo je v hmotné nouzi, má právo na takovou pomoc, která je nezbytná pro zajištění jeho základních životních podmínek **(37)**.

1.1.2.1 Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů

Zákon upravuje mimo jiné zabezpečování zdravotní péče a podmínky poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních. Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení patřící státu, obcím, fyzickým a právnickým osobám a to v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Zdravotní péči poskytují také zařízení sociálních služeb s pobytovými službami (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením, týdenní stacionáře), jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační zdravotní péči o pojištěnce umístěné v zařízení. Zdravotní péče se poskytuje bez přímé úhrady na základě všeobecného zdravotního pojištění **(48)**, tedy podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a to v případě, že se jedná o zdravotní péči poskytnuté pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav **(47)**. Dále může být zdravotní péče poskytnutá bez přímé úhrady z prostředků státního rozpočtu ČR, charitativních, církevních a jiných právnických a fyzických osob. Zdravotní péče za plnou nebo částečnou finanční úhradu je poskytována nad rámec stanovený předpisy **(48)**.

1.1.2.2 Vymezení pojmu ošetřovatelství

Světová zdravotnická organizace definuje ošetřovatelství jako systém činností, které se týkají jednotlivce, rodiny a společnosti, v němž žijí a jenž jim pomáhá pečovat o svoje zdraví a pohodu. Hlavním cílem je systematicky a všestranně uspokojovat potřeby člověka ve vztahu k udržení jeho zdraví nebo potřeby vzniklé onemocněním. Ošetřovatelská praxe zahrnuje podporu zdraví, uchovávání zdraví, navrácení zdraví a péči o umírající (1).

1.1.2.3 Spektrum zdravotnických služeb pro seniory

Zdravotnická zařízení pro seniory pobytového a ambulantního typu jsou geriatrická oddělení v nemocnicích, geriatrické ambulance, psychiatrické léčebny a další odborné léčebné ústavy.

Specializovaná zdravotnická zařízení tzv. léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) poskytují péči dlouhodobě nemocným. Díky nedostatečné kapacitě návazných ústavních služeb jsou v LDN hospitalizováni pacienti (starší lidé), u nichž převažuje sociální problematika nad zdravotní. Dochází k tzv. sociální hospitalizaci.

Po roce 1989 vznikly agentury domácí péče, které by mohly kombinovat péči zdravotnickou i sociální. V takovém případě by šlo o komplexní domácí péči o klienta. Většina těchto agentur však poskytuje jen ošetřovatelskou péči, protože pro péči jiného typu nenachází finanční prostředky. V rámci komplexní domácí péče sociální pracovník provádí sociální poradenství, některé ošetřovatelské úkony, poskytuje krizovou intervenci, asistenční službu apod.

V některých nemocnicích se v současnosti zavádějí systémy návratné péče, kdy sociální pracovník hodnotí, do jakých domácích podmínek se bude pacient vracet z nemocnice a v případě nedostačujících podmínek se pokouší situaci komplexně řešit. Tím se zabrání zanedbání doléčení, nedostatečné rehabilitaci a zajistí se návrat sebeobsluhy.

Někdy se zavádějí tzv. řízené návštěvy, během nichž personál nemocnice komunikuje s rodinou a podává návody, jak zvládnout péči o seniora po návratu domů.

Mezi zdravotnické zařízení patří také hospice. V našich podmínkách se jedná o nestátní zdravotnické zařízení fungující na principu paliativní medicíny. Sociální práce se v nich soustřeďuje nejen na potřeby umírajícího, ale také na potřeby jeho rodiny, a to i v době po úmrtí pacienta. Hospic je však u nás zatím výjimkou. Pacient je v hospici individuálně, sociální pracovník zpracovává přehled jeho potřeb, vypracovává plán péče, vedle toho mu pomáhá naplňovat psychické a sociální potřeby **(21)**.

Podle zákona 108/2006 Sb. § 36 je poskytovatel pobytových sociálních služeb: v týdenních stacionářích, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem, povinen osobám v nich umístěným zajistit zdravotní péči. Tuto zdravotnickou péči plní, dle zákona o veřejném zdravotním pojištění, buď prostřednictvím zdravotnického zařízení nebo jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační péči především prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání **(18)**.

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

Pojem sociální služba:

- Druh sociální péče poskytované konáním státní/obecní instituce, nebo nestátní instituce, ve prospěch jiné osoby.
- Odborná činnost profesionálních pracovníků (sociální práce) ve prospěch lidí v sociální nouzi **(36)**.

V roce 2006 byl přijat zákon o sociálních službách s platností od 1. 1. 2007. Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb, podmínky poskytování příspěvku na péči a upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka v sociálních službách **(43)**.

Dále zákon o sociálních službách vymezuje národní priority, které musí sociální služby naplňovat:

- Zachovávat lidskou důstojnost.
- Vycházet z individuálně určených potřeb.
- Podporovat rozvoj samostatnosti.

- Posilovat sociální začleňování.
- Poskytovat pomoc a podporu v náležité kvalitě.
- Zajišťovat dodržování lidských práv a základních svobod **(14)**.

Zákon definuje tři typy sociálních služeb a to sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb. Sociální poradenství je rozlišováno na poradenství základní a odborné. Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob.

Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní a terénní. Pobytové služby jsou služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Za ambulantními službami osoba dochází nebo je doprovázena či dopravována do zařízení sociálních služeb a není součástí služby ubytování. Terénní služby jsou poskytovány osobě v jejím přirozeném prostředí **(20)**.

1.1.2.5 Spektrum sociálních služeb pro seniory

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti. V případech, kdy toto vylučuje jejich stav, jim zajišťují důstojné prostředí a zacházení.

Mezi služby sociální péče pro seniory patří osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče **(20)**.

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje

např. při osobní hygieně, chodu domácnosti, zajištění stravy, kontaktu se společenským prostředím, obstarávání osobních záležitostí.

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v domech s pečovatelskou službou **(43)**. Pečovatelská služba je základní službou pro seniory. Tato služba je zřizována převážně obcemi, výjimečně nestátními neziskovými organizacemi. Spočívá však obvykle v dovážce jídla a obstarávání domácnosti. Chybí zde snaha o komplexní hodnocení klientovy situace a plánování péče. Tento jev souvisí s nedostačující kvalifikací pracovníků. Pečovatelské služby až na výjimky nezaměstnávají sociální pracovníky, kteří by byli schopni potřeby klienta kvalifikovaně ohodnotit.

Dům s pečovatelskou službou, který mimo jiné není vymezen v zákoně 108/2006 Sb., poskytuje uživateli byt, v němž je uživatel v pronájmu, a ve všední dny také dostupné základní pečovatelské služby. Mezi ty patří pomoc s vedením domácnosti, ošetřovatelská péče, pomoc při osobní hygieně, doprovod při cestách na úřady apod. **(21)**.

Tísňová péče je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života.

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy v oblasti orientace a komunikace.

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, o které je jinak pečováno druhou osobou v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Služba zahrnuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů o vlastní osobu, zajištění stravy, hygieně, kontaktu se sociálním prostředím, při poskytování ubytování apod.

V centrech denních služeb se poskytují ambulantní služby, které zahrnují pomoc při hygieně, s poskytnutím stravy nebo pomoc při jejich zajištění, umožňují aktivizační a vzdělávací činnosti, kontakt se společenským prostředím.

V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby se základními činnostmi jako pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, při poskytnutí stravy, vzdělávací a aktivizační činnosti, kontaktu se sociálním prostředím, sociálně terapeutické činnosti apod.

V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby, které zahrnují ubytování, poskytují stravování, pomoc při hygieně a péči o vlastní osobu a domácnost. Zprostředkovává vzdělávací a aktivizační činnosti, kontakt se sociálním prostředím, sociálně terapeutické činnosti apod. **(43)**.

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc druhé osoby. Seniorům je zde poskytnuto plné zaopatření, ubytování, strava, úklid, praní prádla a žehlení. Domovy nabízí denně různé skupinové programy, poskytují i základní zdravotnickou a ošetrovatelskou péči **(21)**.

V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, osobám s Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí **(43)**.

Mezi služby sociální péče pro seniory lze zařadit také penzion pro důchodce, který poskytuje nájemní byt uživatelům, o nichž se předpokládá, že jsou soběstační. Tito uživatelé si mohou pečovatelské služby objednat **(21)**.

Služby sociální prevence pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy díky krizové situaci, špatným životním návykům, způsobu života vedoucímu ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňujícímu prostředí a ohrožení práv a zájmů třetí osobou. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám překonat jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů **(20)**.

K službám sociální prevence pro seniory patří sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Jde především o ambulantní popřípadě

terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením **(43)**.

1.1.3 Subjekty zdravotně sociálních služeb

Během vývoje zdravotně sociálních služeb v letech 1990–2005 se nově vytvořila hierarchie subjektů sociální pomoci. Nejvýznamnějším subjektem se stala rodina, jako nejpřirozenější sociální skupina, která je schopna zabezpečit péči o své členy a formovat jejich hmotné a duchovní potřeby. Rodina poskytuje základní sociální jistotu a bezpečí, podporu a pomoc s přihlédnutím ke svým možnostem **(30)**.

1.1.3.1 Role obcí, krajů a státu ve zdravotně sociálních službách

V rámci reformy veřejné správy došlo k převedení zřizovatelských funkcí zařízení sociálních služeb z bývalých okresních úřadů do samosprávné působnosti jednotlivých krajů. Důležitým požadavkem reformy bylo, aby sociální služby poskytované v zařízení sloužily především lidem v místní lokalitě a obce tak měly přehled o jejich využití a potřebě. Skutečností bylo, že v těchto zařízeních bylo umístěno zpravidla pouze minimum občanů obce, města nebo regionu, ve kterém se zařízení nachází. S ohledem na systém financování těchto zařízení zřizovatel musí služby dotovat z vlastních rozpočtů, přičemž domovské obce nemají k těmto občanům žádné povinnosti **(30)**.

Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích (obecní zřízení) upravuje mimo jiné role obcí ve zdravotně sociální oblasti. Obec je základní občanskou komunitou, která je občanu po rodině nejbližší a která svými sociálními aktivitami může chránit jeho sociální zájmy. Rizikové sociální jevy jsou a budou místně velmi výrazně definovány a obec je místem jejich řešení. Obec je veřejnoprávní korporací, má vlastní majetek, pečuje o všestranný rozvoj svého území a o potřeby svých občanů. Obec v samostatné působnosti ve svém územním obvodu pečuje v souladu s místními předpoklady a s místními zvyklostmi o vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče a o uspokojování potřeb svých občanů. Jde především o uspokojování potřeby bydlení,

ochrany a rozvoje zdraví, dopravy a spojů, potřeby informací, výchovy a vzdělávání, celkového kulturního rozvoje a ochrany veřejného pořádku **(44)**.

Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích (krajské zřízení) vymezuje postavení krajů a jejich orgánů. Kraj je územním společenstvím občanů, které má právo na samosprávu. Kraj je veřejnoprávní korporací, která má vlastní majetek a vlastní příjmy vymezené zákonem a hospodaří za podmínek stanovených zákonem podle vlastního rozpočtu. Pečuje o všestranný rozvoj svého území, o vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče a o potřeby svých občanů. §36 a §59 umožňuje orgánům kraje rozhodovat o poskytování dotací občanským sdružením, humanitárním organizacím a jiným právnickým a fyzickým osobám působící na území kraje v oblasti mládeže, sportu a tělovýchovy, sociálních služeb, podpory rodin, požární ochrany, kultury, vzdělávání, vědy, zdravotnictví, protidrogových aktivit, prevence kriminality, ochrany zvířat a životního prostředí jedné fyzické nebo právnické osobě jedné organizaci v kalendářním roce, nejedná-li se o účelové dotace z prostředků státního rozpočtu. Dále kraj může poskytovat dotace obcím z rozpočtu kraje a kontrolovat jejich využití **(45)**.

Stát je zvláštní forma organizace společnosti, která se vyjímá zejména politickou mocí, definovaným územím a obyvatelstvem. Stát je nejsilnější sociální subjekt, který zaručuje občanům jejich nezadatelná lidská práva deklarovaná ústavou.

Cílem státu v sociální oblasti je vytvářet podmínky pro stabilitu, regulovat sociální klima a tlumit sociální napětí. Cílem rozvojem sociální činnosti je stabilizovat poměry ve společnosti tak, aby se sociální subjekty mohly plně rozvíjet a realizovat svými silami své cíle. Jedná se o úkol, kde stát vytváří podmínky pro sociální průchodnost ekonomických reforem, vytváření mechanismů pro absorpci jejich důsledků tak, aby došlo k její akceptaci obyvatelstvem **(36)**.

1.1.3.2 Nestátní organizace

Významné místo v poskytování sociálních služeb zaujímají nestátní organizace. Jedná se o skupinu subjektů, do které patří fyzické a právnické osoby podnikatelského nebo nepodnikatelského charakteru. Patří sem sdružení, hnutí, spolky, nadace, zaměstnavatelé, podnikatelé apod. Také poskytováním sociálních služeb lze dosahovat

zisku, podnikat, ale sociální podstata těchto činností spočívá v tom, aby byly přístupné i těm, kteří nemají dostatek prostředků si tyto služby koupit, tedy v zabezpečení jejich úhrady z jiných zdrojů. Např. občanská sdružení, nadace, církevní a zájmové organizace realizují programy nikoli s cílem dosažení zisku, ale s cílem pomoci občanům v obtížné sociální situaci.

Cíle nestátních subjektů:

- Posilovat vědomí občanské odpovědnosti a solidarity při řešení konkrétních místně a časově determinovaných sociálních problémů jiných lidí.
- Přispívat ke zvýšení spoluzodpovědnosti občanů za věci veřejné.
- Prohlubovat efektivnost sociálních činností zvýšením jejich adresnosti a snížením jejich nákladů (30).

1.2 Plánování a poskytování zdravotně sociálních služeb

1.2.1 Plánování sociálních a zdravotních služeb v ČR

Východiska plánování sociálních služeb v ČR jsou zakotvena v celé řadě dokumentů, ať ve vztahu k politice Evropské unie (EU) nebo ČR. Právě uvědomění si oficiálního rámce a kontextu plánování sociálních služeb je podstatná proto, že plánování sociálních služeb metodou komunitního plánování je jedním ze způsobů, jak efektivně naplňovat hlavní cíle a principy sociální politiky EU a ČR.

Sociální politika EU je zakotvena v Amsterdamské smlouvě. V současné době, od roku 2000, se sociální politika EU řídí tzv. Lisabonským procesem, který míří k tomu, aby se EU do roku 2010 stala nejkonkurenceschopnější a nejdynamičtější ekonomikou ve světě založenou na znalostech, schopnou trvale udržitelného růstu s více pracovními místy a vyšší sociální soudržností. V roce 2000 byl v Nice přijat Evropský sociální program, který obsahuje čtyři cíle v boji proti chudobě a sociálnímu vyloučení:

- Usnadnit lidem z ohrožených skupin účast na trhu práce a přístup ke zdrojům, právům, službám a zboží.
- Předcházet riziku sociálního vyloučení.
- Pomáhat nejzranitelnějším.
- Mobilizovat všechny důležité účastníky.

Sociální služby a jejich plánování jsou nezbytným nástroji, které umožňují dosahovat těchto cílů na místní úrovni a tím je prakticky uvádět v život.

EU klade na sociální služby (a služby obecně) tři klíčové požadavky:

- Kvalita.
- Dostupnost – fyzická, ekonomická, sociální, informační, psychologická.
- Ochrana uživatele – bezpečnost, transparentnost, aktivní účast uživatelů při plánování a poskytování služby **(14)**.

Pro dosažení cílů Evropského sociálního programu byl MPSV vytvořen Národní akční plán sociálního začleňování na léta 2004–2006. Hlavními cíly Národního plánu byly „Usnadnění přístupu ke zdrojům, právům, zboží a službám pro všechny“ a „Rovný přístup k sociálním službám“. Zde je komunitní plánování výslovně zmiňováno jako opatření, které zajišťuje takový systém sociálních služeb na úrovni obce a kraje, který je schopen sledovat a vyhodnocovat změny v potřebách jednotlivých uživatelů i celé komunity a reagovat na ně.

Národní akční plán sociálního začleňování na léta 2006–2008 vymezil prioritní cíl, aby sociální služby poskytované na regionální a lokální úrovni odpovídaly potřebám z hlediska dostupnosti a kvality pro uživatele služeb včetně rozvoje partnerství v poskytování sociálních služeb a včetně podpory součinnosti uživatelů sociálních služeb.

Dalším významným faktem je skutečnost, že ČR ratifikovala Evropskou sociální chartu a zavázala se usilovat pomocí všech vhodných prostředků dosáhnout podmínek, za kterých budou naplňována základní práva občanů:

- Sociální a zdravotní pomoc
- Sociální zabezpečení
- Využívání sociální péče

Evropská sociální charta dále uvádí:

- Každý, kdo nemá dostatečné prostředky, má právo na sociální a zdravotní pomoc.
- Každý má právo využívat služeb sociální péče.

- Osoby zdravotně postižené mají právo na odborný výcvik, rehabilitaci a sociální readaptaci bez ohledu na původ a povahu postižení.
- Rodina, jakožto základní jednotka společnosti, má právo na vhodnou sociální, právní a hospodářskou ochranu k zajištění svého plného rozvoje.

Bílá kniha v sociálních službách (strategický dokument MPSV) definuje základní principy transformace sociálních služeb ČR. Jedná se o zásady, které vycházejí z evropského pojetí sociální politiky a korespondují s podstatou komunitního plánování. Těmito zásadami jsou:

- Nezávislost a autonomie pro uživatele sociálních služeb.
- Začlenění a integrace.
- Respektování potřeb: služba je určována individuálními potřebami uživatele a potřebami společnosti.
- Partnerství, spolupráce.
- Kvalita.
- Rovnost bez diskriminace.
- Národní standardy, rozhodování na místě **(14)**.

1.2.1.1 Cíle sociálních a zdravotních služeb

V rámci transformace sociálních služeb by měly být vymezeny cíle, kterými bude koncipován základní systém respektující důstojnost uživatelů, podporující jejich nezávislost a zvyšující jejich společenskou a ekonomickou participaci. Systém, který zajistí ochranu uživateli proti nízké úrovni sociálních služeb. Umožní žít uživatelům bezpečný, plnohodnotný a pokud možno normální život v jejich vlastním domě. Ochrání zranitelné skupiny uživatelů před citovým, fyzickým a sexuálním zneužíváním a nedbalostí, a to jak v přirozeném prostředí, tak v instituci. Zajistí uživatelům sociálních služeb v produktivním věku, aby byly služby poskytovány způsobem, který maximalizuje jejich možnost nastoupit do zaměstnání, zůstat v něm nebo se do něj vrátit.

Je potřeba, aby takový systém včasné rozpoznal potřeby obcí, měst a regionů. Je potřeba zabezpečit odpovídající služby, které budou předcházet sociálnímu vyloučení jednotlivých osob nebo skupin. Svým působením bude systém napomáhat k odstranění znevýhodnění jednotlivců nebo skupin a podporovat jejich zapojení do života komunity. Bude maximalizovat prospěšnost služeb pro uživatele vytvořením dostatečně pestré a dostupné nabídky, a umožněním volby, která bude reagovat na individuální potřeby a okolnosti **(30)**.

1.2.1.2 Principy poskytování sociálních a zdravotních služeb

Od počátku 90. let minulého století byly postupně přijímány nové principy poskytování sociálních služeb, které jsou běžně uplatňovány v systémech vyspělých evropských zemí. Jedná se o následující principy: demonopolizace sociálních služeb, decentralizace státní sociální správy, demokratizace sociální správy, pluralizace financování sociálních služeb, změna postavení člověka při poskytování sociálních služeb, přiměřenost sociální pomoci v sociální potřebě, personifikace sociální pomoci a personalizace sociální pomoci.

Jedním z prvních opatření v sociální oblasti bylo umožnit novelizací zákona o sociálním zabezpečení (č. 100/1988 Sb.) přístup k realizaci sociálních služeb obcím, městům a nestátním neziskovým organizacím. Postupně byla ve vědomí občana i v zákonodárné činnosti uplatňována zásada, že za vlastní životní úroveň je odpovědný především každý občan, resp. rodina **(30)**.

1.2.1.3 Determinanty potřeby zdravotních a sociálních služeb

Při hodnocení rozsahu poskytovaných sociálních služeb v jednotlivých regionech je důležité vědět, že nelze uplatňovat stejná hlediska na celém území, ale je nutné akceptovat řadu objektivních charakteristik determinujících určité rozdíly vyplývající např. z:

- míry urbanizace,
- věkové, kvalifikační, profesní a sociální struktury obyvatelstva na daném území,
- struktury osídlení jednotlivých územních celků,

- velikosti obcí,
- míry realizace tradičních funkcí rodiny v péči o staré občany,
- nejrůznějších sociologických změn, které probíhají ve společnosti, zejména rozpad vícegeneračního soužití rodin **(29)**.

Pozornost by se také měla soustředit na hodnocení základních společensko-ekonomických a sociálně-politických faktorů, které v současné době přímo či zprostředkovaně ovlivňují vývoj sociálních služeb. Do těchto faktorů patří zejména:

- Prodlužování lidského věku. Prodlužuje se období života, v němž člověk potřebuje pomoc jiné osoby (výskyt chronický nemocí, demence).
- Přenášení standardu života v produktivním věku i do období života, kdy je člověk postupně stále více závislý na pomoci jiné osoby.
- Rostoucí nákladnost kompenzace narůstající závislosti na vnější pomoci.

Tyto trendy podmíněné nutností zabezpečit přiměřený komfort života lidí ve stáří, jsou doprovázeny hledáním možností transformace celé oblasti sociálních služeb, které jsou pro staré a zdravotně postižené občany zabezpečovány. Důvodem tohoto hledání však nejsou jen ekonomické aspekty, ale jde o přiblížení života ve stáří podporovaného sociálními službami normálnímu životu **(32)**.

1.2.1.4 Komunitní plánování sociálních a zdravotních služeb

Dvouletý celorepublikový projekt „Zajištění místní a typové dostupnosti sociálních služeb“ spolufinancovaný EU z Evropského sociálního fondu a vládou České republiky, byl realizován od 1. 7. 2005 do 31. 8. 2007 na základě veřejné zakázky Ministerstva práce a sociálních věcí ČR.

Strategickým cílem projektu bylo zajištění metodicky jednotného přístupu k plánování sociálních služeb na místní a regionální úrovni, vytvoření jednotného a uceleného systému vzdělávání a metodické podpory pro plánování sociálních služeb. Tento systém zohledňuje demografické charakteristiky jednotlivých obcí a regionů, dále potřeby uživatelů, zadavatelů, poskytovatelů sociálních služeb a veřejnosti s hlavním důrazem na minimalizaci rizik vzniku sociálního vyloučení, na podporu sociálního

začleňování sociálně vyloučených cílových skupin a zároveň přispívá k udržení a návratu osob na trh práce **(15)**.

Výsledkem veřejné zakázky MPSV ČR byla publikace „Metodiky pro plánování sociálních služeb“, které jsou sbírkou doporučených, prověřených a funkčních postupů, kroků a návodů použitelných v praxi plánování sociálních služeb **(14)**.

Základem komunitního plánu (KP) je spolupráce zadavatelů (obcí) s uživateli (klienty) a poskytovateli (jednotlivé organizace) sociálních služeb při vytváření plánu a vyjednávání o budoucí podobě služeb v konkrétní lokalitě. KP vychází z porovnání existující nabídky sociálních služeb se zjištěnými potřebami stávajících potenciálních uživatelů. Potřeby se zjišťují aktivním vyhledáváním např. průzkumem. Výsledek porovnání slouží jako podklad pro zformulování priorit v oblasti sociálních služeb.

Cílem KP je zajistit dostupnost kvalitních sociálních služeb, které vycházejí ze zjištěných potřeb uživatelů a specifík místní komunity **(15)**.

KP sociálních služeb je dokument, který zahrnuje politické zadání veřejnoprávních institucí, odborné požadavky poskytovatelů služeb, názory uživatelů péče, dostupná demografická data a možnosti veřejných rozpočtů při rozvoji sociálních služeb sloužící občanům vymezeného regionu ve vymezeném období.

KP sociálních služeb každého regionu či města by měl mít zpracovanou Základní listinu KP sociálních služeb, která obsahuje úvodní ustanovení, vymezení komunitního plánování, jeho principy a hodnoty (princip triády, rovnosti, skutečných potřeb, vše je veřejné, bez uživatelů není KP atd.). V Základní listině KP jsou dále obsaženy cíle KP, závazek vytvořit kvalitní a efektivní síť sociálních služeb a stanovené časové období pro vypracování KP. Závěrečné ustanovení listiny zahrnuje podmínky vyřazení z procesu, jednací řád a neposlední v řadě organizační strukturu skládající se ze zastupitelstva a rady města, z řídicí pracovní skupiny a pracovních skupin (Příloha 1). Pracovní skupiny se dělí podle cílových skupin uživatelů sociálních služeb např. senioři, děti a rodina, zdravotně postižení.

KP sociálních služeb zahrnuje představy, které by měl postupně naplňovat:

- Umožnit lidem život s péčí a podporou a to tam, kde si sám zvolí.
- Postupně měnit a rozlišovat péči tak, aby se vyhovělo novým či neřešeným požadavkům a potřebám lidí ve všech oblastech sociální pomoci.
- Služby poskytovat v co nejvyšší kvalitě.
- Usilovat o vyváženost péče od péče institucionální k péči komunitní.
- Postupně zajistit rovné podmínky pro všechny poskytovatele sociálních služeb bez rozdílu zřizovatele s cílem co nejlépe využít dostupné zdroje **(15)**.

1.2.1.4.1 Komunitní plánování, šest fází

1. fáze – přípravná: zformování pracovní skupiny, určení, koho je třeba do přípravy KP zapojit, přizvání dalších účastníků, plán na získání politické podpory obce, kraje.

2. fáze – vytvoření řídicí struktury: zapojení všech účastníků při tvorbě řídicí struktury, vytvoření řídicí struktury, stanovení pravidel jednání řídicí struktury.

3. fáze – definování problému a potřeb: představení zájmů, potřeb a cílů všech účastníků, vytvoření postupů pro participaci veřejnosti na KP, analýza potřeb a zhodnocení existujících zdrojů, hodnocení slabých a silných stránek existujícího systému sociálních služeb, formulace příležitostí a rizik týkajících se rozvoje sociálních služeb.

4. fáze – návrh rozvoje sociálních služeb: formulace hodnot, které tvoří základ KP, formulace cílů a priorit, pojmenování překážek, které lze očekávat, vypracování přehledu regionálních a nadregionálních zdrojů, dosažení souhlasu účastníků KP.

5. fáze – formulace strategie rozvoje sociálních služeb: formulace plánu a časových horizontů, zpracování konečné verze KP, zpracování systému sledování realizace KP, předložení KP k diskusi veřejnosti, předložení KP ke schválení zastupitelstvem.

6. fáze – provádění plánu: realizace plánu, informování veřejnosti o postupu realizace KP, průběžné vyhledávání a zapojování nových partnerů, případné revize výchozího plánu a formulace alternativ **(21)**.

1.2.1.4.2 Rizika komunitního plánování

V procesu KP se angažuje široký okruh zainteresovaných subjektů. Pokud je spolupráce dobrá, výsledný plán bude reagovat na sociální problémy komunity realisticky a bude je řešit. Mohou se však objevit následující rizika:

- Komunita jako místní společenství má v postkomunistické zemi jinou společenskou roli než v západních státech – u nás je demokratická tradice porušená, formulování a prosazování místní potřeby je výrazně nižší než v západních státech.
- Zadavatelé sociálních služeb mohou mít jiné priority než ostatní účastníci KP. Mají tendenci vystupovat autoritářsky s odvoláním na politickou odpovědnost.
- Poskytovatelé sociálních služeb jsou rivaly na trhu služeb a mají primární zájem na rozvoji vlastní služby. Mohou se tedy stavět proti plánu, který by reagoval na potřeby skupina, ale byl by proti zájmu agentury.
- Zadavatelé a poskytovatelé mohou být v převaze nad uživateli, kteří mohou obtížně formulovat vlastní potřeby a cítit se slabí na jejich prosazování.
- Některé potenciální uživatele služeb nelze dostat k jednání ke KP, jde např. o prostitutky, bezdomovce, rodiče zneužívající děti.
- Nestátní organizace nemají dostatečnou společenskou prestiž a sebevědomí k rovnoprávnému vyjednávání s jinými zainteresovanými subjekty.
- Státní orgány nemají vždy vůči uživatelům služeb a nestátním organizacím přátelské postoje.
- Nevyžadují se expertní znalosti pracovníků v týmu všech cílových skupin, proto účastníci KP nemusí o chybějících potřebách nic vědět **(21)**.

1.2.2 Stárnutí populace

V tomto století u nás přibývá seniorů rychleji než příslušníků jiných věkových skupin. Příčiny jsou dvě. První příčina, která je trvalá, se týká prodlužování lidského života (větší procento lidí se dožívá šedesáti, sedmdesáti let atd.). Druhou příčinou, dočasnou, je dlouhodobé snižování porodnosti. Mladých lidí tak přibývá minimálně

a přírůstek seniorů je relativně větší. Druhá příčina přestane působit, kdy děti z nynějších slabých ročníků vstoupí do období senia **(33)**.

Stárnutí obyvatelstva jako všeobecně rozšířený jev se objevuje v západních zemích od konce 20. století jako důsledek zkvalitnění zdravotní péče, hygieny, zdravotní kultury a životního stylu v rané dospělosti (např. stravovací návyky, omezování fyzické zátěže, zvyšování kvality materiálních podmínek života). Přibližně 70 % lidí žijících v západních zemích dnes může očekávat život delší než 65 let a 30 až 40 % z nich život delší než 80 let. Výhledy do roku 2050 předpovídají zvýšení průměrné hodnoty věku obyvatel z dnešních 38 let až k 50 rokům **(16)**.

Naděje dožití, neboli střední délka života v období 2000–2001 byla u žen lehce přes 78 let, po pěti letech (tedy roce 2005) došlo k zvýšení na 79 let. U mužů je nárůst naděje dožití ještě výraznější, z necelých 72 let v roce 2000–2001 vzrostla na 73,5 let v roce 2005 **(2)**.

Evropská populace současně stárne a dochází ke znatelnému poklesu populace jako celku. V roce 2050 bude Evropa jediným kontinentem, na kterém dojde k absolutnímu poklesu obyvatel. Podle výpočtu statistiků za 40 let bude v Evropě o cca 9 % obyvatel méně než v roce 2004 (ze současných 728 miliónů obyvatel bude 668 miliónů), to znamená pokles o 60 miliónů obyvatel. Při tomto poklesu se zároveň předpokládá nárůst osob s věkem nad 65 let až k 25 % z celkového počtu obyvatel Evropy. V zemích současné EU je 16 % lidí ve věku nad 65 let, v roce 2030 by to mělo být 23 % a v roce 2050 se vyšplhá tento podíl přes 30 %.

Zmíněné stárnutí populace se rovněž výrazně dotkne České republiky. V roce 2005 v ČR žilo přes 10,2 miliónů obyvatel. Podle prognóz bude v roce 2050 žít v České republice o 1 milión lidí méně. Podíl obyvatel starších 65 let v České republice se pohybuje ve středních hodnotách, tj. okolo 14 % a podle prognóz by v roce 2050 měla tato hodnota být kolem 31 % **(42)**. Skupina obyvatel starších 80 let tvoří přes 3 %, v roce 2050 by to mělo být přes 9 % **(29)**.

Tabulka 1.1: Projekce obyvatelstva ČR do roku 2050.

Rok	Počet obyvatel celkem	Z toho starších		Podíl starších osob v % z celkového počtu obyvatel	
		65 let	80 let	65 let	80 let
2005	10 235 973	1 446 681	315 988	14,13	3,09
2010	10 283 042	1 596 812	368 068	15,53	3,58
2020	10 283 929	2 088 333	413 674	20,31	4,02
2030	10 102 433	2 308 073	664 338	22,85	6,58
2040	9 795 118	2 633 554	800 123	26,89	8,17
2050	9 438 334	2 956 079	904 745	31,32	9,59

Zdroj: PRŮŠA, L. Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty.

1.2.2.1 Zdravotně sociální charakteristika období stáří

Stárnutí je soubor celé řady involučních procesů charakterizovaný specifickými degenerativními, morfologickými a funkčními změnami spojenými s pozvolným zhoršením tělesného i duševního stavu. Stárnutí bývá individuálně variabilní z hlediska času, rozsahu a také závažnosti projevů. Proces stárnutí závisí na interakci dědičných předpokladů a důsledků různých vlivů vnějšího prostředí.

Stáří je poslední ontogenetická perioda lidského života. Staří se podle Světové zdravotnické organizace se dělí na tři období:

- Období raného stáří (senescence): 60–74 let
- Období vlastního stáří (senium): 75–90 let
- Období dlouhověkosti: 90 let a více **(10)**.

Ve vztahu k demografickému vývoji stárnutí populace a ke zlepšování funkčního stavu ve stáří je možné kalendářní stáří členit také dalším způsobem, kdy věk vlastního stáří je oproti definici WHO poněkud posunut. Toto členění je používáno např. v oboru geriatricke:

- 65–74 let, mladí senioři. Jejich hlavní problém je adaptace na nový způsob života, který vyplývá z penzionování a s tím spojená seberealizace.

- 75–84 let, staří senioři. V tomto období nastupuje problematika adaptace, tolerance zátěže, zhoršování zdravotního stavu, osamělost apod.
- 85 a více let, velmi staří senioři. Dochází k prohloubení osamělosti, graduji zdravotní problémy, objevuje se nesoběstačnost **(1)**.

1.2.2.1.1 Tělesné a psychické změny ve stáří

Dnešní společnost chápe stáří jako období, kdy člověk pouze chátrá, v nejlepším případě si zachovává část toho, co získal dříve. Zkušenosti a kompetence starého člověka ztrácení svůj význam, pro společnost tento člověk není přínosný, zaniká schopnost systematické práce **(41)**.

Biologické stárnutí je provázáno jen velmi pozvolným omezováním pracovních schopností následkem funkčních a anatomických změn. Mezi anatomické změny lze zařadit zeslabování svalstva, křehkost kostí a jejich obtížné srůstání při zlomeninách atd. K funkčním změnám patří zeslabování až úplný zánik funkcí smyslových orgánů např. zrak, sluch **(36)**.

Stáří samo o sobě není chorobným stavem, ale v průběhu stárnutí dochází k sumaci nepříznivých vlivů, proto přibývá nemocných lidí. Každý člověk během svého života prodělá řadu nemocí, které ovlivní somatické funkce a některé z těchto chorob mají chronický charakter. Pro seniorskou populaci je charakteristická polymorbidita a užívání velkého množství léků. Polymorbidita znamená, že starý člověk trpí současně větším počtem různých, zpravidla chronických onemocnění.

Staré lidi trápí nejen somatické choroby, ale i duševní potíže, které nebývají vždy správně diagnostikovány a mohou zůstat skryty za somatickým onemocněním nebo životní zátěží **(41)**.

Počet onemocnění chronickými chorobami s věkem roste. Prevalence chronických chorob u mužů je 95 % a u žen 97 % ve věku nad 60 let. Ve věku 60–69 let je asi 40 % osob bez chronického onemocnění, ve věku 70–79 let 20 % a v období nad 80 let už jen 5 % osob **(16)**.

Mezi tři nejčastěji se vyskytující skupiny chronických nemocí patří nemoci oběhové soustavy, které postihují 76,7 % osob nad 60 let, dále nemoci pohybového

ústrojí se 41,8 % a nemoci endokrinní (29,8 %). Nejčastější příčinou smrti jsou nemoci oběhové soustavy, nádorová onemocnění a nemoci dýchacího ústrojí **(49)**.

Člověk je po 75. roce života ve větší míře ohrožen různými chorobnými změnami, které se mohou projevit i v oblasti psychiky. Běžným problémem ve stáří jsou arteriosklerotické změny postihující až 90 % lidí starších 75 let. Ty se nejčastěji projevují změnami emočního prožívání, unavitelností, zhoršováním paměti a pozornosti. Takto postižení staří lidé jsou citlivější ke všem zátěžím, obtížně se rozhodují, odmítají změny, ztrácejí schopnost řešit méně běžné problémy, ztrácejí sebedůvěru. Velké arteriosklerotické změny zvyšují riziko cévní mozkové příhody a další pokles úrovně psychických funkcí.

Závažným problémem stáří je také demence. Prvním signálem demence bývá nápadnější zhoršení paměti. Projevem pokračující demence je bradypsychismus, ztráta schopnosti logicky uvažovat a s tím spojená porucha soudnosti. Také dochází k osobnostním změnám, ke zhoršení kontroly emocí, sociálního chování (mrzutá nálada, netrpělivost, nesnášenlivost) a k redukci zájmů **(41)**.

1.2.2.2 Důsledky stárnutí populace

Stáří ovlivňuje potřeby lidí. Na jedné straně se mění skladba stravy, požadavky na oblékání a bydlení, na straně druhé se zvyšují životní náklady a některé potřeby vyvolané onemocněním a degenerativními procesy. Pokud se nezahrnují změněné požadavky na rodinný rozpočet dovršením výchovy dětí, lze říci, že potřeby lidí se ve svém úhrnu nemění, mění se především jejich vnitřní skladba **(36)**.

Stárnutí obyvatelstva, tedy zvyšování podílu starších lidí na celkovém počtu obyvatel, je dnes přední otázkou sociálně-ekonomické politiky státu a nutí stát k přehodnocování systémů sociálního zabezpečení **(11)**.

Důsledky stárnutí obyvatelstva se dělí na:

- Ekonomické: potřeba tvorby vyššího hrubého domácího produktu při relativně nižším podílu ekonomicky aktivního obyvatelstva (ekonomicky aktivní musí nadvýrobkem uspokojit své potřeby i potřeby ekonomicky neaktivních),

zvyšování výdajů na sociální zabezpečení (důchody, sociální podpora a pomoc), zvyšování výdajů na zdravotní péči.

- Sociologické a sociálně psychologické: změna postoje a chování obyvatelstva, mladší generace (potřeba výchovy k úctě ke starším lidem), změna charakteru rodiny (z vícegenerační na nukleární), možnost pracovní aktivity ve vyšším věku, změna ve vzdělanosti, kulturní a životní úrovni (sociální integrace).
- Osobní (životní problémy jednotlivých osob): snížení a ztráta soběstačnosti, zhoršující se zdravotní stav, potřeba finančních prostředků k zajištění slušné životní úrovně (bydlení, výživa, vyplnění volného času).
- Sociálně zdravotní: vyšší nemocnost starších a starých lidí, zvýšené potřeby zdravotní a sociální péče, zvýšení spotřeby zdravotní a sociální péče (49).

Závislost na pomoci druhé osoby vznikající úbytkem schopností, který je standardním projevem pokročilého stáří a bývá nejčastějším důvodem změny životního stylu (blíže tabulka 1.2). Starý člověk začne potřebovat pomoc i při běžné, každodenní činnosti např. péče o domácnost, o stravování (41).

Tabulka 1.2: Údaje vymezující potřebu sociálních služeb ve vazbě na míře závislosti a vyššího věku osob.

Věk osob	Podíl osob v % vyžadující pomoc při sebeobsluze, podle míry závislosti				
	celkem	minimální	lehká	střední	těžká
65–69 let	3	1,5	1,5	-	-
70–74 let	7	3	2	2	-
75–79 let	10,5	4	3	3	0,5
80–84 let	15,5	6,5	4	4	1
85–89 let	27	9	8	8	2
90 a více let	80	20	20	20	20

Zdroj: PRŮŠA, L. a kol. Obce, města, regiony a sociální služby.

1.2.3 Vybavenost krajů a regionů sociálními a zdravotními službami

První analýza vývoje vybavenosti územních celků službami sociální péče pro staré a zdravotně postižené občany byla zpracována v polovině 90. let. Důraz byl kladen na analýzu vybavenosti jednotlivých okresů místy v domovech důchodců, v penzionech pro důchodce a v domech s pečovatelskou službou **(30)**.

V rámci analýzy byly v 90. letech navrženy normativy vybavenosti ve čtyřech typech:

- Orientační údaje vymezující velikost cílových sociálních skupin.
- Normativy vybavenosti vybranými službami sociální pomoci.
- Přehled územní distribuce sociálních služeb.
- Orientační standard vybavení spádové obce a jejího území **(32)**.

Existují určité rozdíly ve vybavenosti jednotlivých regionů službami sociální péče a k jejich hodnocení by se mělo přistupovat diferencovaně **(31)**. Tyto objektivní rozdíly byli již popsány v kapitole o determinantech sociálních a zdravotních služeb.

Do jisté míry ovlivňuje rozdíly ve vybavenosti jednotlivých územních celků sociálními službami způsob financování. Dosavadní způsob nevytvářel dynamizující konkurenční prostředí. Změna v politických, ekonomických a sociálních podmínkách (např. zavedení příspěvku na péči) významně ovlivní přístup subjektů k oblasti sociální ochrany obyvatelstva. Odlišný způsob financování jednotlivých typů zařízení se promítá do zájmu jednotlivých zřizovatelů.

Neméně důležitá je potřeba různého hodnocení vybavenosti zemědělských oblastí a městských aglomerací, jinak je nutno hodnotit vybavenost velkých měst a jejich přílehlých aglomerací a také se odlišně přistupuje k hodnocení vybavenosti horských a podhorských oblastí.

Na základě dat MPSV a ÚZIS o rozsahu poskytovaných sociálních a navazujících zdravotních služeb za rok 2005 lze vyslovit závěry:

- Vyšší hodnoty vybavenosti místy v domovech důchodců se objevují v regionech, kde je narušena původní struktura osídlení a v důsledku zde neexistují úzké rodinné svazky, a dále horské a podhorské regiony. Nižší

hodnoty vybavenosti byly dosaženy zpravidla v regionech s vysokou mírou vzájemné rodinné solidarity nebo v magistrátních městech.

- Nedostatečná kapacita v domovech důchodců není nahrazena ani péčí poskytovanou v léčebnách dlouhodobě nemocných, ani v jiných pobytových zařízeních pro seniory, ale ani v domácnostech občanů.
- Rozsah pečovatelské služby, která je poskytovaná v domácnostech jednotlivých klientů, je velmi závislá na regionálním profilu. Nejvyšších hodnot dosahují zpravidla regiony s převažujícím rovinným profilem, nejnižší hodnoty dosahují regiony s převažujícím hornatým povrchem.
- Vybavenost jednotlivých krajů místy v léčebnách pro dlouhodobě nemocné má značné rozdíly a LDN se nenacházejí ve 30 ti okresech republiky. Chybějící kapacity v LDN v jednotlivých regionech nejsou doplněny četnějším rozsahem poskytované domácí zdravotní péče.
- Na regionální úrovni nedochází k propojování sociální a zdravotní péče **(30)**.

1.3 Plánování sociálních a zdravotních služeb v Libereckém kraji (LK)

1.3.1 Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb LK 2009–2013

Plán rozvoje pro cílovou skupinu seniorů vychází z charakteristických potřeb seniora např. pomoc při sebeobsluze, péči o vlastní prostředí, udržení sociálních kontaktů. Současně se snaží aplikovat nové trendy současnosti a vytvořit podmínky pro to, aby senioři využívali zejména sociální služby ve svém domácím prostředí a mohli si zachovat své přirozené sociální vazby a kontakty. Dále je potřeba, aby byla zajištěna optimální síť rezidenčních služeb s důrazem na kvalitu poskytovaných služeb.

Hlavní strategický cíl rozvoje sociálních služeb pro cílovou skupinu seniorů, který byl zpracováván během roku 2007 a 2008, nese název „Rozvoj a podstatné zvýšení podílu služeb sociální péče poskytovaných v přirozeném prostředí uživatele, využívání terénních a ambulantních služeb větším počtem uživatelů a podstatné snížení počtu uživatelů pobytových služeb.“

Dílčí strategický cíl je stanoven jako transformace zařízení sociální péče a deinstitucionalizace sociálních služeb pro skupinu seniorů. Jednotlivé kroky vedoucí ke strategickému cíli jsou:

- Analýza skutečné potřeby služeb pro danou skupinu.
- Podpora terénních pečovatelských služeb v obcích.
- Podpora služeb osobní asistence, odlehčovacích služeb pro seniory.
- Omezení počtu lůžek v domovech pro seniory (postupné snižování kapacit za účelem zkvalitnění péče).
- Transformace některých nevyhovujících zařízení.
- Náhrada omezovaných nebo rušených pobytových zařízení alternativními službami (osobní asistence, pečovatelská služba...)

Součástí střednědobého plánu je dále rozvoj a podpora komunitního plánování obcí a monitoring rozvojových plánů, zvýšení kvality sociálních služeb, zvýšení informovanosti o sociálních službách, podpora sociální integrace a transformace služeb pro ostatní cílové skupiny např. osoby se zdravotním postižením, romskou menšinu, rodiny s dětmi (35).

1.3.2 Zdravotní politika LK

V roce 2007 byl vydán dlouhodobý program Zdravotní politiky Libereckého kraje s cílem zlepšovat zdravotní stav obyvatel. Program byl sestaven na základě programu Světové zdravotnické organizace ZDRAVÍ 21, kterou vláda České republiky přijala v roce 2002. Program ZDRAVÍ 21 je sestaven z 21 hlavních cílů. Cíl č. 5 představuje „Zdravé stárnutí“ a obsahuje několik dílčích úkolů.

První dílčí úkolů je zaměřen na střední délku života, kdy střední délka života a pravděpodobná délka života bez invalidity u 65letých by se měla prodloužit alespoň o 20 %. Naděje na dožití při narození v roce 2006 je v Libereckém kraji u žen 79,5 let, u mužů 73 let, což je o cca 0,2 roku méně než je v celé České Republice. Pokud se osoba dožije 65ti let věku, její naděje dožití v případě ženy je 17,8 let a u muže 14,6 let.

Druhý úkol je zaměřen na zvýšení podílu osob nad 80 let věku, nejméně o 50 %, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožní uchovat si

autonomii, sebeúctu a své místo ve společnosti. Dosažení toho úkolu bude realizován pomocí komunitního plánování ve spolupráci s Magistrátem města Liberce, kde se bude klást důraz na potřebu rozvoje ošetrovatelské péče v terénu. Dále se bude podporovat výstavba hospice v Libereckém kraji. (Liberecký kraj je jeden z posledních krajů, který nemá hospic.) Podstatnou součástí je také zmapování současného stavu, počtu a systému zařízení poskytující péči seniorům **(50)**.

1.3.3 Vybavenost Libereckého kraje sociálními a zdravotními službami

1.3.3.1 Charakteristika Libereckého Kraje

Liberecký kraj je tvořen územními regiony Česká Lípa, Jablonec nad Nisou, Liberec a Semily. Od 1. 1. 2003 se na jeho území nachází 10 správních obvodů obcí s rozšířenou působností, obce III. stupně / III. typu – Česká lípa, Nový Bor, Frýdlant, Liberec, Jablonec nad Nisou, Tanvald, Železný Brod, Jilemnice, Semily, Turnov. V rámci obcí III. stupně je 21 územních obvodů pověřených obcí, obce II. stupně. Celkový počet obcí v kraji je 215.

Liberecký kraj tvoří jen 4,0 % území celé České republiky. S výjimkou hlavního města Prahy je kraj se svými 3 163 km² nejmenším v republice. Rozprostírá se na severu České republiky. Území zahrnuje sever České kotliny, Jizerské hory, západní Krkonoše s Krkonošským podhůřím a východní část Lužických hor. Celý kraj je převážně hornatý s nejvyšším vrcholem 1 435 m nedaleko Harrachova. Svým severním okrajem tvoří v délce 20 km státní hranici se Spolkovou republikou Německo, na kterou navazuje 130 km dlouhá hranice s Polskem. Východní část kraje sousedí s Královéhradeckým krajem, na jihu přiléhá ke Středočeskému kraji a na západě k Ústeckému kraji **(3)**.

Ke konci roku 2006 měl Liberecký kraj celkem 430 774 obyvatel tj. 4,2 % lidí z České republiky. Podle tohoto ukazatele je tak druhý nejmenší. Průměrná hustota 136,2 obyvatel na km² mírně převyšuje republikový průměr. Nejvyšší koncentrace obyvatel je v okresech Jablonec nad Nisou s 220,7 obyvateli na km² a Liberec s 174,3 obyvateli na km². Podíl městského obyvatelstva činil 78,7 %. Méně urbanizován je pouze okres Semily, kde bydlelo ve městech jen 59,3 % obyvatel. Hlavním centrem kraje je Liberec

s téměř 100 000 obyvateli. Druhým největším městem je Jablonec nad Nisou s necelými 45 000 obyvateli. Pouze další tři obce mají více jak 10 000 obyvatel, blíže v tabulce 1.3 (35). Administrativní členění Libereckého kraje je znázorněno v příloze 2.

Tabulka 1.3: Osídlení nejvýznamnějších obcí Libereckého kraje s počtem obyvatel k 31.12.2007.

Obec	Počet obyvatel	Obec	Počet obyvatel
Liberec	99 721	Tanvald	6 956
Jablonec nad Nisou	45 051	Mimoň	6 771
Česká Lípa	38 315	Železný Brod	6 482
Turnov	14 509	Chrastava	6 701
Nový Bor	12 236	Lomnice/Popelkou	5 840
Semily	8 944	Jilemnice	5 715
Frýdlant	7 559	Doksy	5 119
Hrádek nad Nisou	7 517		

Zdroj: Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Liberecký kraj 2009–2013.

1.3.3.2 Demografické údaje Libereckého kraje

Populační vývoj Libereckého kraje se výrazně neliší od vývoje ostatních krajů České republiky. Obyvatelstvo má proti republikovému průměru nepatrně mladší věkovou strukturu s průměrným věkem obyvatel 39,7 let, což je o 0,5 let méně než průměr v České republice. Věková skladba obyvatel je v jednotlivých oblastech kraje značně rozdílná. Zatímco na Českolipsku patří populace k nejmladším v republice, naopak na Semilsku a Turnovsku je jednou z nejstarších (7).

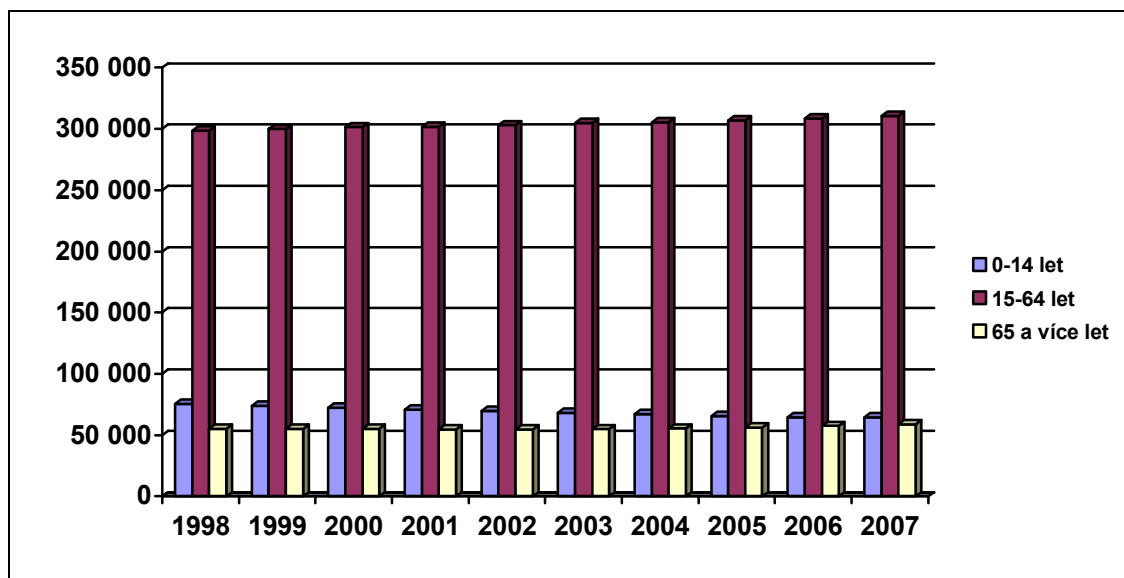
Níže uvedené tabulky 1.4, 1.5, 1.6 a graf 1.1 znázorňují podrobné demografické údaje Libereckého kraje.

Tabulka 1.4: Demografické údaje Libereckého kraje podle okresů k 31.12.2006.

Kraj Okresy	celkem	Z toho		Průměrný věk			Index stáří		
		muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
Liberecký kraj	430774	209553	220595	39,7	38,1	41,1	89,0	67,5	111,7
Česká Lípa	106256	52 226	54 030	38,2	37,0	39,5	70,9	53,4	89,4
Jablonec n. Nisou	88 783	43 073	45 710	40,1	38,6	41,5	94,0	71,4	117,9
Liberec	161161	78 261	82 900	39,9	38,3	41,4	91,2	69,0	114,4
Semily	74 574	36 619	37 955	40,6	38,9	42,2	106,1	81,0	133,2

Zdroj: Český statistický úřad.

Graf 1.1: Struktura obyvatelstva Libereckého kraje v letech 1998–2007 podle věkových skupin 0–14, 15–64, 65+.



Zdroj: Český statistický úřad.

Tabulka 1.5: Počet obyvatel v daných věkových skupinách Libereckého kraje k 31. 12. od roku 1998 do 2007.

Věk/rok	Celkem	65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	90–94	90+
1998	429 080	17 645	16 275	12 460	4 181	3 354	887	227
1999	429 012	17 395	15 901	13 180	4 141	3 452	964	243
2000	429 121	16 737	15 740	13 301	4 915	3 172	1 028	282
2001	427 396	16 079	15 487	13 254	6 009	2 796	1 015	137
2002	427 321	15 630	15 259	13 100	7 151	2 370	1 039	146
2003	427 722	15 515	15 118	12 713	8 226	2 040	1 068	163
2004	427 563	15 843	14 850	12 514	8 769	2 117	1 130	168
2005	429 031	16 640	14 441	12 398	9 082	2 562	1 056	189
2006	430 774	17 569	14 039	12 394	9 117	3 259	904	213
2007	433 948	18 631	13 736	12 388	9 127	3 933	756	229

Zdroj: Český statistický úřad.

Tabulka 1.6: Populační vývoj v letech 2000–2006.

Obce s RP	Počet obyvatel k 31.12.							Změna obyvatel v %
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Česká L.	75 893	76 143	76 380	76 412	76 608	76 523	76 340	0,59
Frydlant	24 273	24 218	24 231	24 313	24 349	24 419	24 545	1,12
Jablonec/N.	53 148	52 956	53 092	53 126	52 949	53 297	53 539	0,74
Jilemnice	22 986	22 962	22 967	22 980	22 857	22 750	22 702	-1,24
Liberec	133998	133380	133066	133370	13335	134309	135611	0,23
Nový Bor	25 973	25 993	25 803	25 910	25 903	26 069	26 122	0,57
Semily	26 998	26 929	26 833	26 624	26 544	26 451	26 382	-2,28
Tanvald	22 073	22 044	21 989	21 874	21 843	21 872	21 895	-0,81
Turnov	30 989	30 853	30 971	31 113	31 138	31 333	31 525	2,03
Železný Br.	12 007	11 972	11 989	12 000	12 017	12 008	12 113	0,88
Lib. kraj	428247	427396	427321	427722	427563	429031	430774	0,59

Zdroj: Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Liberecký kraj 2009–2013.

Nejvýznamnější nárůst počtu obyvatel byl mezi rokem 2000 a 2006 v oblasti Turnov a Frýdlant. Pro Turnov hraje významnou roli přírůstek stěhováním, přičemž přirozený přírůstek byl záporný. Ve Frýdlantu hrají roli jak přirozený přírůstek, tak stěhováním. Záporný populační pokles je především ve východní části kraje. Samotné město Liberec populačně ubývalo mezi rokem 1990 a 2004, ale poslední dva roky se objevil značný růst. K výrazným změnám došlo v oblastech POÚ např. Chrastava, Mimoň, kdy došlo k výraznému nárůstu v malých obcích.

Libereckém kraji došlo k poklesu úmrtnosti v roce 2003 a trvá do roku 2006 podle dostupných údajů. Průměrný věk se v Libereckém kraji za posledních 5 let zvýšil o 1,3 roku **(35)**.

1.3.3.3 Základní vybavenost libereckého kraje službami zdravotnické a sociální péče

Základní zdravotnickou péči zajišťuje síť ambulantních zařízení a lékáren. Akutní, následná a rehabilitační péče je zabezpečena sítí osmi nemocnic. Nejvýznamnějším zdravotnickým zařízením Libereckého kraje je Krajská nemocnice Liberec, a.s. Zařízením nadregionální zdravotní péče je Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie ve Vysokém nad Jizerou. V Libereckém kraji jsou dvě lázeňská střediska, Lázně Libverda, a.s., Lázně Kunratice, a.s., kde se léčí nemoci pohybového ústrojí a nemoci srdce, cév a krevního oběhu **(39)**.

Sociální činnost zaměřena na péči o staré občany je řešena z velké části sítí domovů pro seniory, domovů – penzionů pro důchodce a domů s pečovatelskou službou. Významné postavení v oblasti sociální péče pro mládež v Libereckém kraji zaujímá Jedličkův ústav. Soustavu sociálních zařízení dále dotváří také řada azylových zařízení a krizových center zaměřených na léčbu a prevenci závislostí **(3)**.

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cílem diplomové práce je zmapování pobytových a terénních služeb zdravotní a sociální péče v Libereckém kraji pro seniory a sociálně demografická analýza kraje.

Dalším cílem je zjištění kapacity zkoumaných služeb a jejich využívání seniorskou populací.

2.2 Hypotézy

H 1: Stárnutí populace ovlivňuje potřeby sociální a zdravotní péče, čímž působí na uspořádání sociálních a zdravotních služeb.

H 2: Moderní evropské trendy, projevující se v propojování sociálních a zdravotních služeb, se v Libereckém kraji doposud v širším měřítku nepromítají.

3 Metodika

3.1 Metodický postup

Pro výzkum diplomové práce jsem si z důvodu své předchozí zdravotnické praxe zvolila Liberecký kraj. Zde jsem se často setkávala s problematikou umístování seniorů do pobytových zařízení sociálních služeb, s nedostatečnou domácí zdravotní péčí o seniory a stálým nedostatkem míst v LDN.

V rámci metodického postupu výzkumu práce jsem použila analýzu dokumentů a metodu dotazování. Z technik jsem využila sekundární analýzu dokumentů a dotazník.

Sekundární analýza dokumentů je analýza jakýchkoli dokumentů, které nebyly vytvořeny za účelem tohoto výzkumu (9). Mezi analyzované dokumenty patřily odborná literatura, statistické údaje Českého statistického úřadu (ČSÚ), údaje Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), výroční zprávy zdravotnických a sociálních zařízení, registr sociálních služeb a registr zdravotnických zařízení.

Dotazník byl sestaven pro poskytovatele sociálních a zdravotnických služeb, kteří se zaměřují na seniorskou populaci. Byly použity tři druhy dotazníků pro lepší orientaci respondenta při vyplňování a pro následné zpracování dat. Jeden druh dotazníků byl cílen pro zřizovatele pobytových služeb sociální péče, druhý pro zřizovatele pobytových služeb zdravotní péče a třetí pro terénní služby zdravotní a sociální péče. Otázky v dotazníku byly uzavřené a polootevřené. První tři otázky byly identifikační a ostatní otázky byly zaměřené na sběr statistických dat. Dotazníky byly distribuovány mezi poskytovatele elektronickou poštou nebo při osobní návštěvě zařízení, kterou si vyžádal provozovatel zařízení. Dotazníky jsou k nahlédnutí v příloze 3–5.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Celkem bylo rozesláno 70 dotazníků. Odpovědělo 44 dotázaných, ale 9 dotazníků nebylo vyplněných tak, aby mohly být použity ke zpracování výzkumu. Návratnost dotazníků pro výzkum byla 50 %. I přes opakované prosby o vyplnění

dotazníku elektronickou či telefonickou cestou se mi nepodařilo návratnost dotazníků navýšit.

Sběr dat byl proveden v lednu a únoru 2009.

Výběr poskytovatelů pobytových služeb sociální péče byl proveden pomocí registru sociálních služeb na webových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí **(22)**. V Libereckém kraji bylo zjištěno 16 domovů pro seniory. Všech 16 bylo osloveno.

Poskytovatelé pobytových služeb zdravotnické péče, tzv. oddělení následné péče (ONP) nebo léčebny dlouhodobě nemocných (LDN), byli vyhledáni v registru zdravotnických zařízení na webových stránkách ÚZIS. Bylo osloveno všech 8 poskytovatelů v Libereckém kraji **(38)**.

Poskytovatelé terénních sociálních a zdravotních služeb byli vybráni také z registru sociálních služeb, registru zdravotnických zařízení a z katalogu sociálních služeb pro Liberecký kraj, v sekci terénní sociální a ošetrovatelské služby **(19)**. Dotazníkem bylo osloveno 46 poskytovatelů.

4 Výsledky

4.1 *Poskytovatelé pobytových služeb sociální péče pro seniory v Libereckém kraji*

V Liberecké kraji se nachází 16 zařízení pobytových služeb sociální péče. Tento údaj byl zjištěn z registru sociálních služeb na webových stránkách MPSV a z Katalogu sociálních služeb Libereckého kraje.

V tabulce 4.1, která je uvedena níže, jsou obsaženy informace o zřizovatelích pobytových služeb sociální péče, lokalitách zařízení, kapacitě a naplnění kapacity zařízení. Údaje u prvních 9 zařízení bylo možné porovnat s informacemi z dotazníkového šetření (otázky v dotazníku č. 1–5) a tyto údaje se shodovaly s údaji v registru sociálních služeb.

8 ze 16 zařízení je zřízeno Libereckým kraje (LK), 2 zařízení jsou zřízeny obecním úřadem obce s rozšířenou působností (ORP) (Semily a Turnov), 3 zařízení jsou zřízeny obcemi s pověřeným obecním úřadem (POÚ) (Zákupy, Mimoň, Doksy), 2 zařízení jsou církevní a 1 je zřízeno fyzickou osobou, graf 4.1. Dále Graf 4.2 znázorňuje rozdělení kapacity lůžek domova pro seniory podle zřizovatelů zařízení a graf 4.3 kapacitu lůžek domova se zvláštním režimem podle zřizovatelů.

Zkoumaná zařízení nesou název Domov důchodců a v nich je současně provozována pobytová sociální služba domov pro seniory, domov se zvláštním režimem a odlehčovací služba.

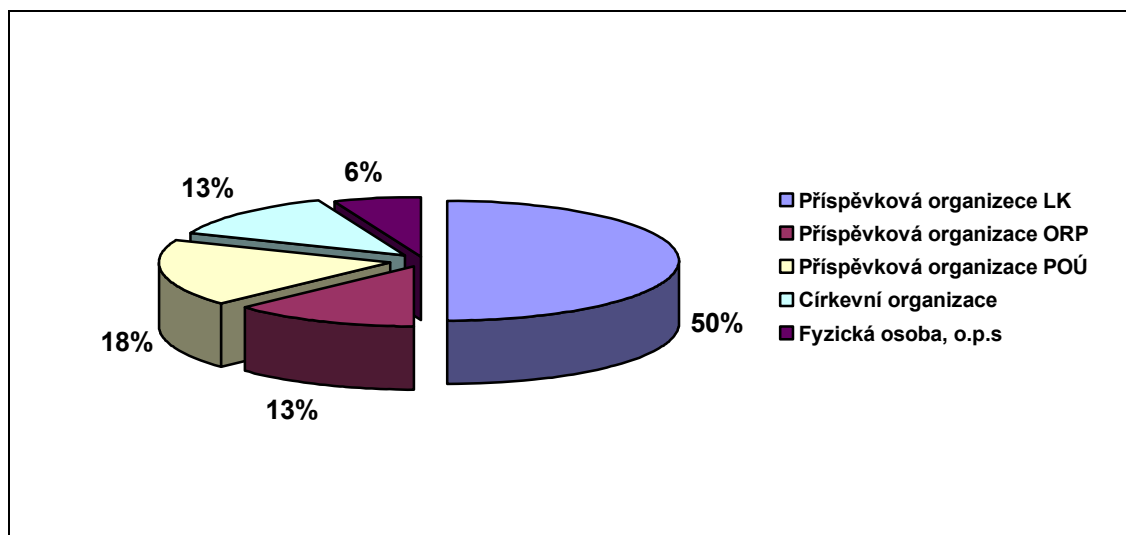
Pozn.: Domov důchodců Zákupy, p.o. má 20 lůžek se zvláštním režimem pro muže s duševním onemocněním a se závislostí na návykových látkách do 60ti let věku. Tyto lůžka nejsou zahrnuta ve výzkumu. Dále Domov důchodců Pohoda, Turnov (**51**) a Domov důchodců Semily (**34**) disponují s lůžky respitní péče (v Semilech 1 lůžko, v Turnově 3 lůžka) a tyto lůžka také nejsou zpracovány ve dalším výzkumu, protože tato zařízení nebyla mezi respondenty.

Tabulka 4.1: Pobytové služby sociální péče pro seniory v Libereckém kraji

Zřizovatel	Lokalita	Kapacita domova pro seniory	Naplnění kapacity	Kapacita domova se zvláštním režimem	Respitní péče	Celkem
Město Zákupy	Zákupy	26	ano	9		35
LBC kraj	Sloup v Čechách	60	ano	0		60
Oblastní Charita LBC	Chrastava	20	ano	0		20
LBC kraj	Velké Hamry	75	ano	58		133
LBC kraj	Rokytnice n/Jizerou	70	ano	45		115
Město Mimoň	Mimoň	65	ano	0		65
LBC kraj	Jindřichovice p/Smrk.	20	ano	47		67
LBC kraj	Jablonec n/Nisou	68	ano	16		84
LBC kraj	Český dub	84	ano	16		100
Město Doksy	Doksy	54	ano	0		54
LBC kraj	Vratislavice n/Nisou	52	ano	52		104
Diakonie CCŠH	Frýdlant v Čechách	45	ano	0		45
LBC kraj	Liberec	166	ano	34		200
Fyzická osoba	Česká Lípa	39	ano	39		78
Město Semily	Semily	105	ano	24	1	130
Město Turnov	Turnov	29	ano	42	3	74
Celkem počet lůžek		978		382	4	1364

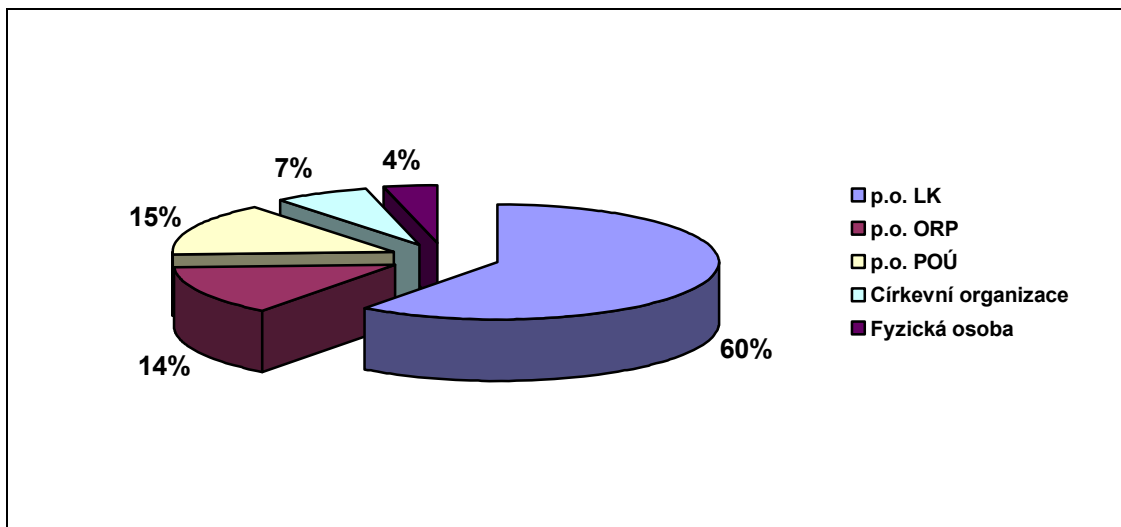
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 4.1: Zřizovatelé pobytových služeb sociální péče pro seniory



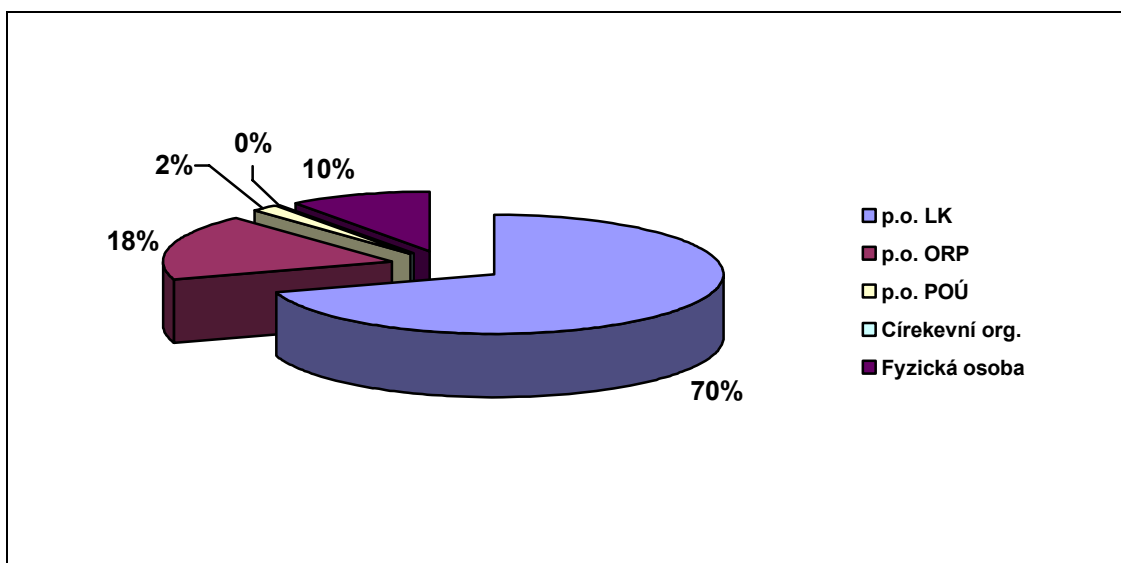
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 4.2: Kapacita domovů pro seniory podle zřizovatelů



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 4.3: Kapacita domovů se zvláštním režimem podle zřizovatelů



Zdroj: vlastní zpracování

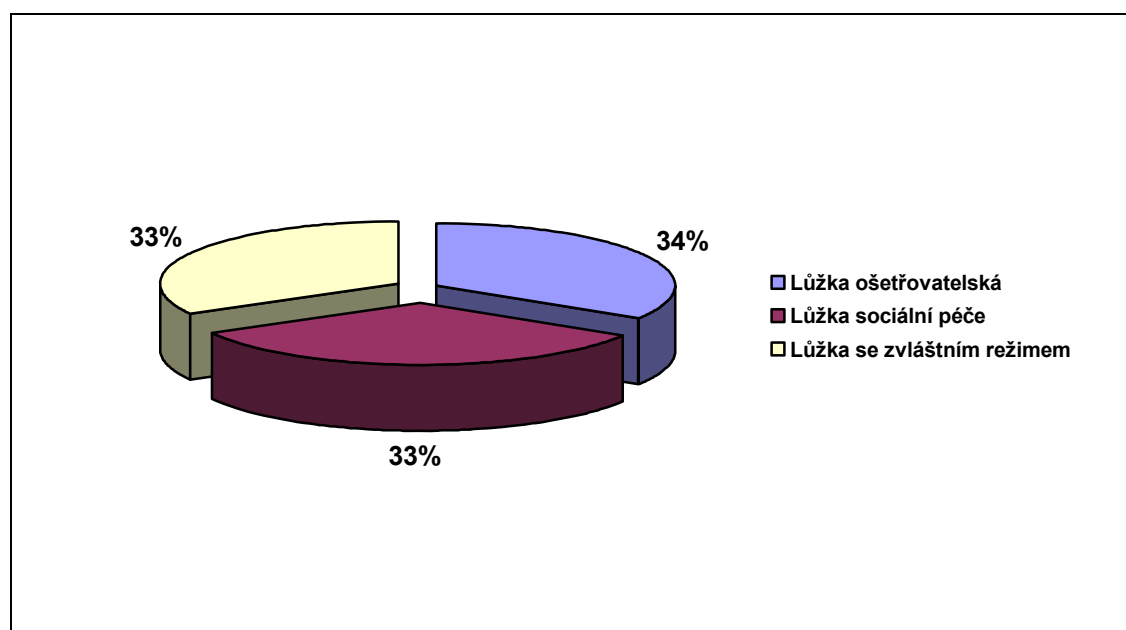
4.1.1 Kapacita lůžek v zařízení pobytových služeb sociální péče a naplnění kapacity

Tato část výzkumu pobytových zařízení sociální péče je zpracována z údajů získaných dotazníkovým šetřením. Všechny 16 poskytovatelů pobytových služeb sociální péče bylo osloveno s dotazníkem. Dotazníků bylo vráceno 9, tedy návratnost byla 56 %.

Otázka č. 6 v dotazníku rozlišovala nejen kapacitu lůžek služby domova se zvláštním režimem a služby domova pro seniory, ale také byla zaměřena na zjištění kapacity lůžek pro klienty, kteří vyžadují zvýšenou zdravotnickou péči než ostatní klienti. Tedy nejedená se o klienty, kteří by měli být umístěni do domova se zvláštním režimem, který je určen pro osoby s duševní poruchou, demencí, ale jde osoby, které mají jiné těžké zdravotní onemocnění. Tato lůžka byla nazvána jako ošetrovatelská a byla součástí služby domova pro seniory, které dále nesou název sociální lůžka.

9 zkoumaných zařízení zahrnuje celkem 683 lůžek, tedy 50 % kapacity zkoumané služby v Libereckém kraji. Kapacita ošetrovatelských lůžek je 232, lůžek sociální péče je 224 a lůžek se zvláštním režimem je 227. Graf 4.4 znázorňuje kapacitu lůžek v procentech.

Graf 4.4: Kapacita jednotlivých typů lůžek



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 7 zjišťoval aktuální naplnění zkoumaných zařízení k datu vyplňování dotazníku. Všechna zkoumaná zařízení byla plně obsazena. Naplnění kapacity služeb bylo uvedeno v tabulce 4.1.

4.1.2 Statistické údaje o kapacitě a naplnění zařízení v letech 2005–2008

Tabulka 4.2 popisuje údaje o naplnění kapacity zkoumaných zařízení v letech 2005–2008 (otázka č. 9 v dotazníku). Maximální kapacita zkoumaných zařízení je 386 lůžek v roce 2008. Lůžka jsou rozdělená do tří oblastí péče: lůžka se zvláštním režimem, lůžka s ošetrovatelskou péčí a lůžka se sociální péčí.

Tabulka 4.2: Naplnění zařízení ke konci roku 2005–2008

Typy lůžek	2005	2006	2007	2008
Se zvláštním režimem	203	182	182	227
Ošetrovatelské péče	319	275	277	232
Sociální péče	231	220	224	224
Celkem	753	677	683	683

Zdroj: vlastní výzkum

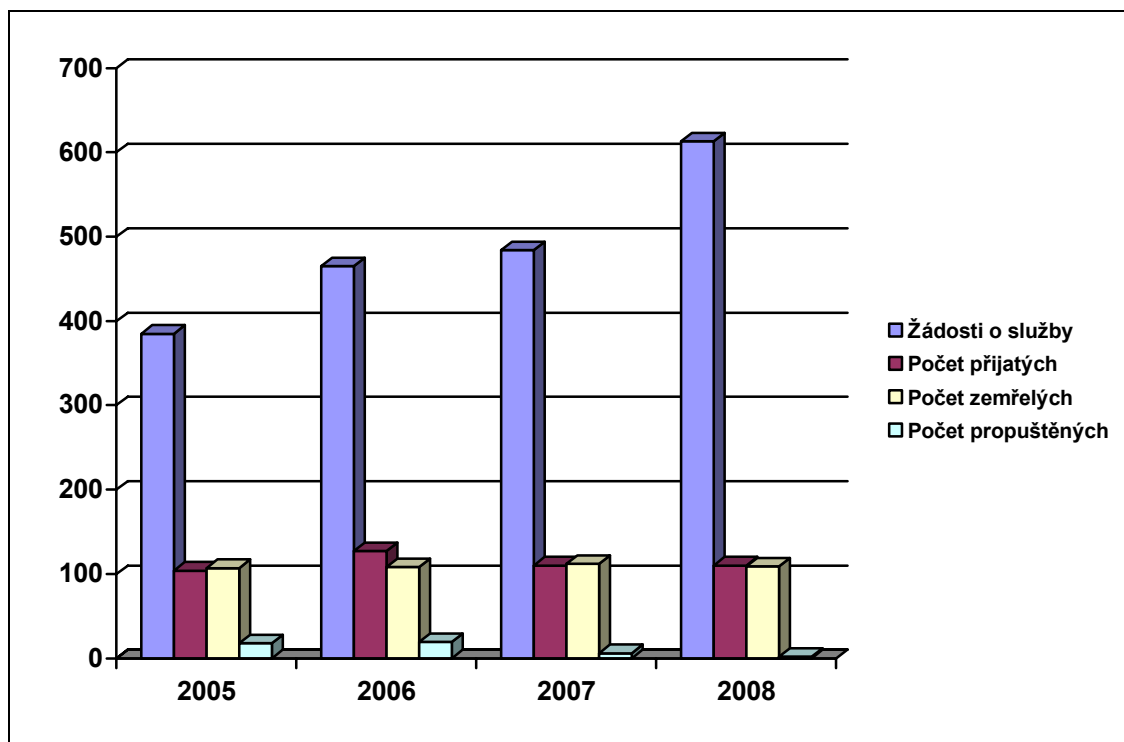
Otázka č. 10 v dotazníku zjišťovala počet evidovaných žádostí uchazečů o pobytové služby sociální péče v letech 2005–2008. Otázky č. 11 a 12 zjišťují počet přijatých uchazečů do zařízení, počet zemřelých uživatelů služeb a počet propuštěných uživatelů služeb. Údaje z odpovědí na otázky 10, 11 a 12 jsou zpracovány pouze ze 7 zařízení. 2 zařízení poskytla neúplné odpovědi. Zpracovaná data jsou v tabulce 4.3 a v grafu 4.5.

Tabulka 4.3: Počet žádostí o pobytové služby, počet přijatých, zemřelých a propuštěných uživatelů pobytových služeb v letech 2005–2008

Počet	2005	2006	2007	2008
Žádostí o služby	385	465	484	613
Přijatých uchazečů	104	127	110	110
Zemřelých uživatelů	107	108	112	109
Propuštěných uživatelů	18	19	6	2

Zdroj: vlastní výzkum

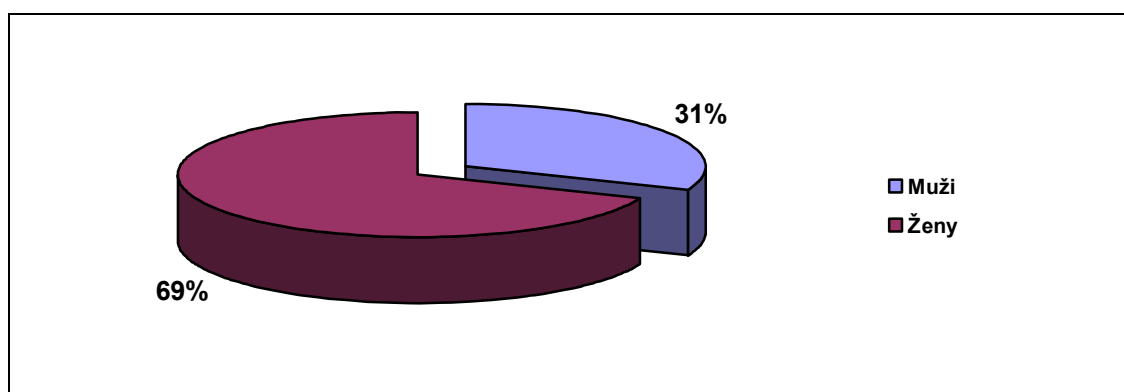
Graf 4.5: Počet žadatelů a uživatelů pobytových služeb sociální péče v roce 2005–2008



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 8 poukazuje na uživatele služeb s rozdělením na pohlaví. Počet žen v zařízeních bylo 474 a mužů 209, celkem 683, graf 4.6.

Graf 4.6: Uživatelé služeb podle pohlaví v %



Zdroj: vlastní výzkum

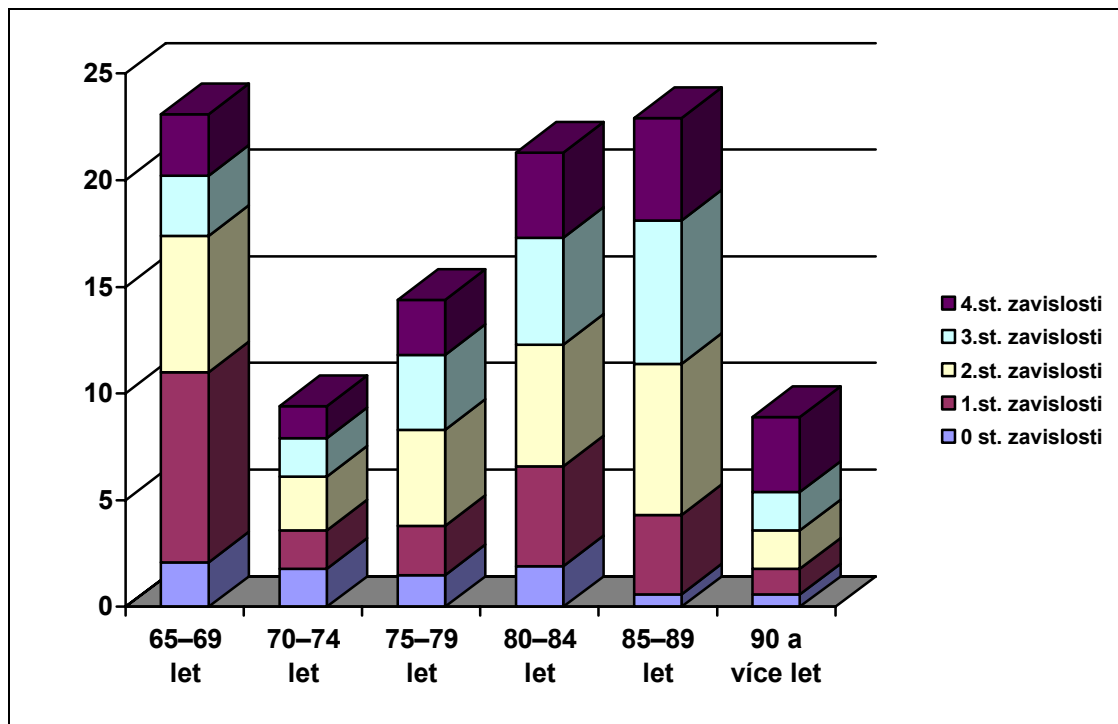
Otázka č. 13 zjišťovala vztah mezi pohlavím, věkem a stupněm závislosti uživatelů pobytových služeb. Věkové kategorie byly v pětiletých věkových intervalech od 65ti let do 90ti a více let. Stupeň závislosti byl hodnocen podle zákona č. 108/2006, o sociálních službách, 1.–4. stupeň závislosti, plus byla přidána kategorie, kdy uživatel nedosahoval 1. stupně závislosti (tabulka 4.4). Graf 4.7 znázorňuje počet uživatelů podle pohlaví a stupně závislosti. Graf 4.7a, 4.7b procentuálně znázorňuje zastoupení stupně závislosti v dané věkové skupině zvláště u žen a mužů. Graf 4.7.1 znázorňuje procentuální zastoupení věkových skupin bez rozlišení pohlaví a grafy 4.7.1a a 4.7.1b procentuální zastoupení žen a mužů ve zkoumaných věkových skupinách.

Tabulka 4.4: Uživatelé pobytových služeb sociální péče

Věk	Pohlaví	0 st. závislosti	1. st. závislosti	2. st. závislosti	3. st. závislosti	4. st. závislosti	Celkem pohlaví	Celkem %
65–69 let	muži	11	28	13	12	9	73	159
	ženy	4	33	31	7	11	86	24
70–74 let	muži	8	6	9	7	2	32	63
	ženy	4	6	8	5	8	31	9
75–79 let	muži	6	3	8	6	4	27	99
	ženy	4	13	23	18	14	72	14
80–84 let	muži	3	8	11	8	3	33	145
	ženy	10	24	28	26	24	112	21
85–89 let	muži	3	7	10	12	5	37	157
	ženy	1	18	39	34	28	120	23
90 a více let	muži	3	0	0	2	2	7	60
	ženy	1	8	12	10	22	53	9
Celkem		58	154	192	147	132	683	683
%		8	23	28	22	19	100	100

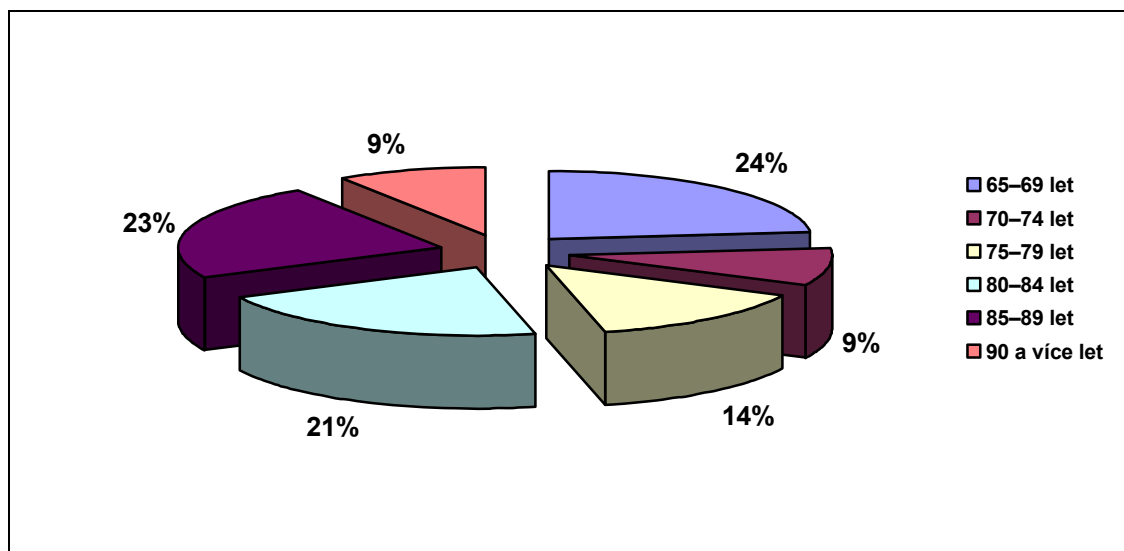
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4.7: Počet uživatelů s rozdělením podle stupně závislosti a věku bez rozlišení pohlaví, v %



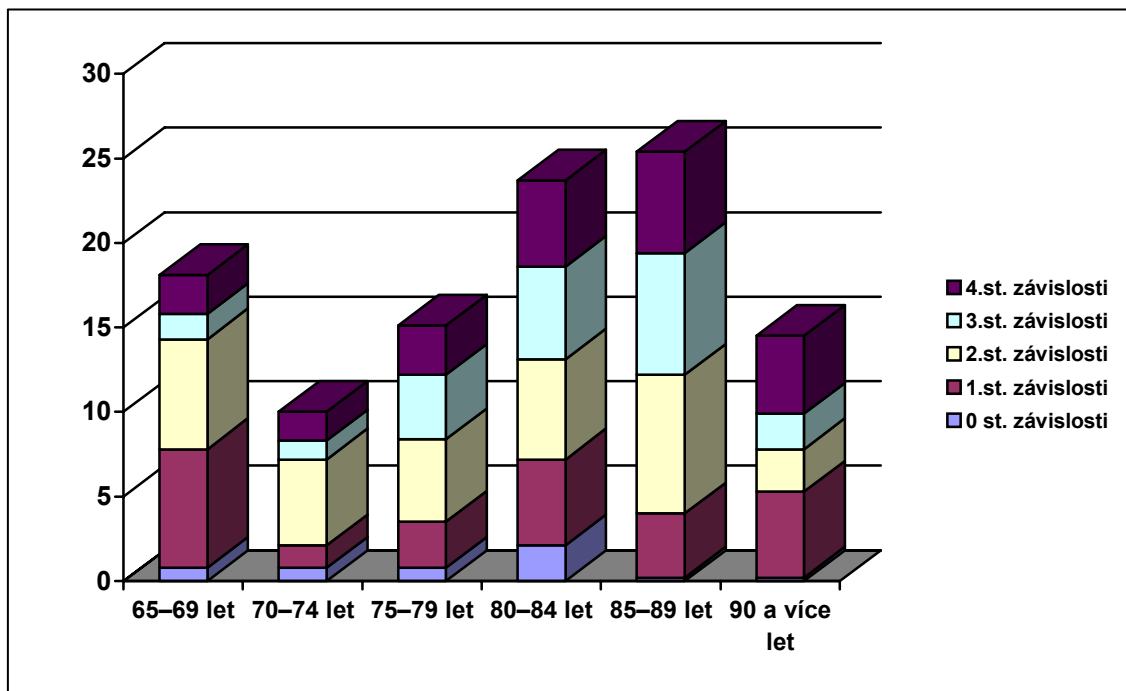
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4.7.1: Procentuální zastoupení věkových skupin bez rozlišení pohlaví



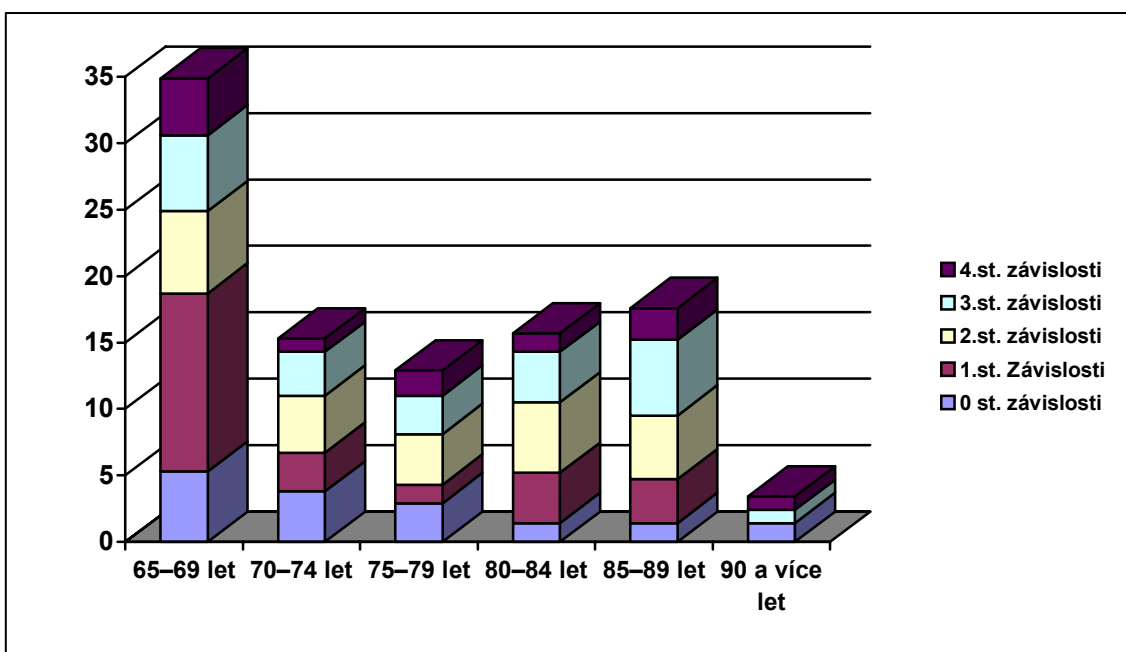
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4.7a: Zastoupení stupně závislosti ve skupině žen v % v dané věkové skupině



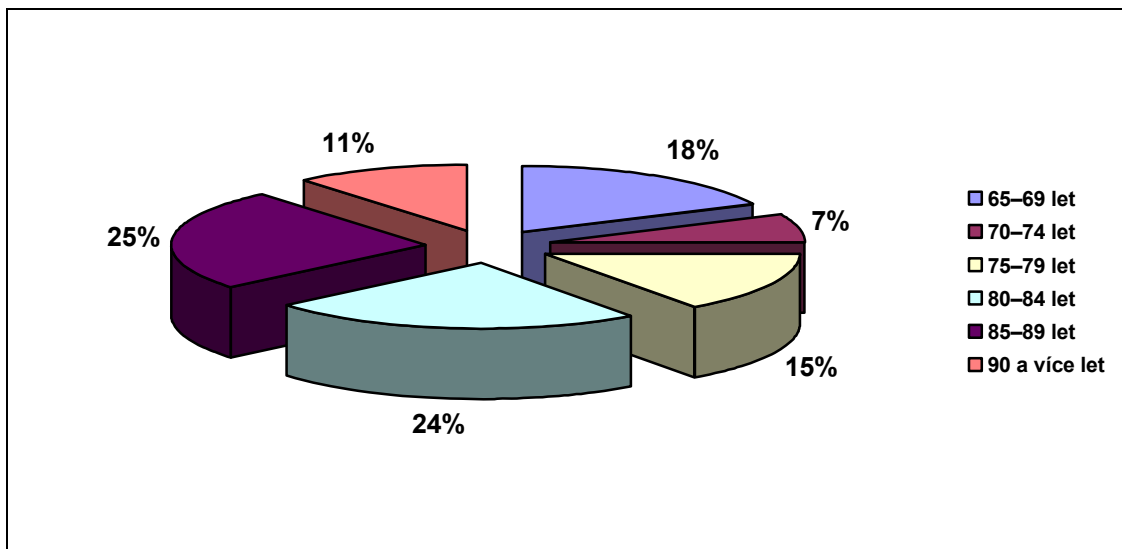
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4.7b: Zastoupení stupně závislosti ve skupině mužů v % v dané věkové skupině



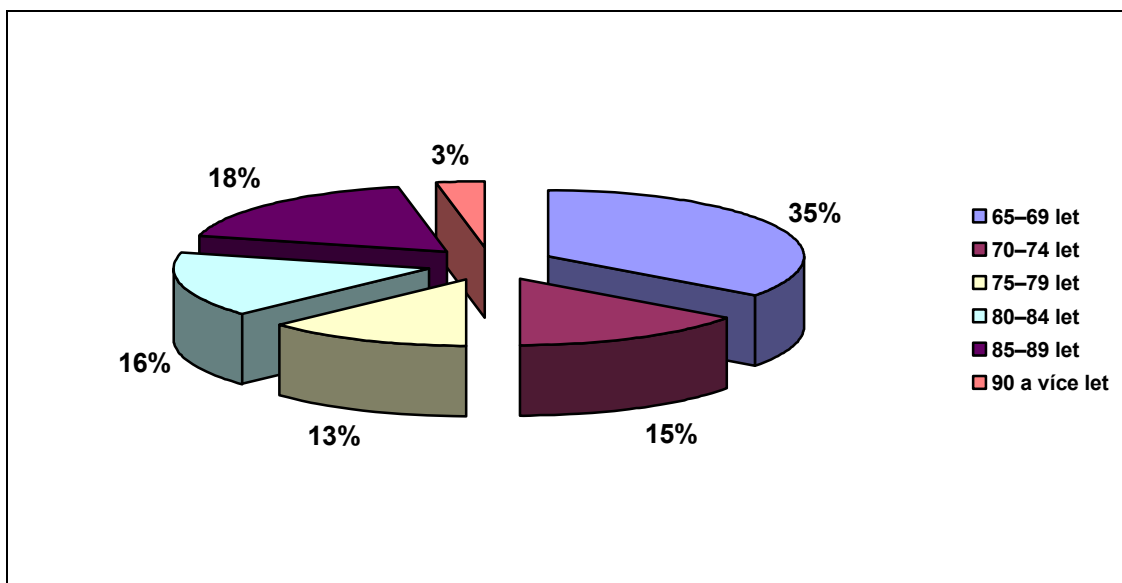
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4.7.1a: Procentuální zastoupení žen v daných věkových skupinách



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4.7.1b: Procentuální zastoupení mužů v daných věkových skupinách



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 14 byla zaměřena na důvod pobytu uživatele v zařízení služeb sociální péče. Byly zjišťovány dva nejčastější důvody. Respondent měl na výběr několik důvodů v dotazníku: osamělost, nezáměr rodiny, špatný zdravotní stav, nevyhovující bydlení, ztráta soběstačnosti a čekání na jiné pobytové zařízení.

Prvním nejčastějším důvodem pobytu v zařízení byla uváděna snížená soběstačnost 5x a špatný zdravotní stav 4x, jako druhý nejčastější důvod pobytu byl špatný zdravotní stav 5x, snížená soběstačnost 3x a 1x nevyhovující bydlení.

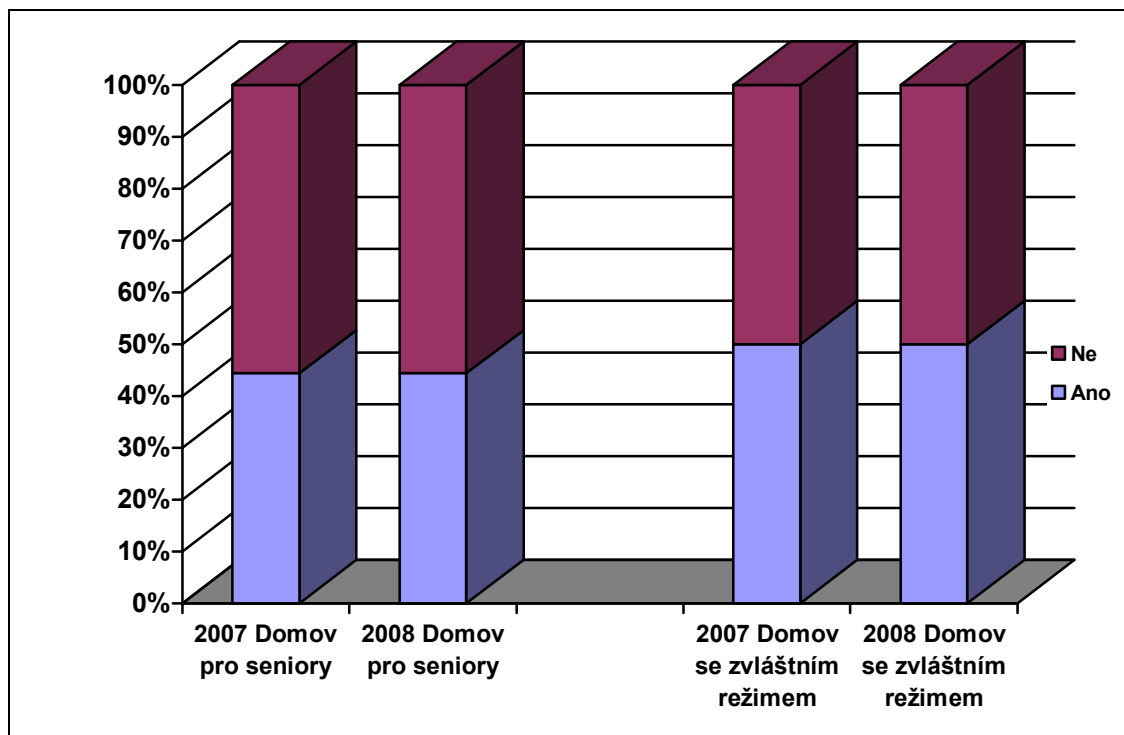
Otázka č. 15 zjišťovala nejčastější onemocnění u uživatelů pobytového zařízení. V dotazníku byly uvedeny možnosti výběru: kardiovaskulární onemocnění, novotvary, onemocnění dýchacího ústrojí, nemoci endokrinní, duševní nemoci / demence a možnost dopsat jiné onemocnění.

Onemocnění, které se nejčastěji vyskytovalo u uživatelů pobytových služeb zkoumaných zařízení byly duševní poruchy, které byly zmíněné 5x a dále po jednom byly zaškrtnuty nemoci kardiovaskulární, nemoci dýchacích cest a nemoci endokrinního systému. 2x bylo dopsané onemocnění pohybového ústrojí.

Poslední otázka v dotazníku byla zaměřená na zjištění vlivu zavedení příspěvku na péči (PnP) od ledna 2007 na zvýšení nebo snížení zájmu o pobytové služby sociální péče. Odpověď byla zvlášť pro rok 2007 a 2008 a byla zaměřená na sociální služby domova pro seniory a domova se zvláštním režimem.

Graf 4.8 poukazuje na ovlivnění služeb zavedením PnP ve smyslu zvýšení zájmu o služby sociální péče ze strany uživatele. Zkoumané služby: domov pro seniory v devíti zařízení, domov se zvláštním režimem v šesti zařízení.

Graf 4.8: Zvýšení odběru služeb sociální péče po zavedení PnP v roce 2007 a 2008



Zdroj: vlastní výzkum

4.2 *Poskytovatelé pobytových služeb zdravotní péče pro seniory v Libereckém kraji*

V Libereckém kraji se nachází 8 poskytovatelů pobytových služeb zdravotní péče pro seniory. Mezi zkoumané služby patří ošetrovatelská lůžka následné péče (ONP) a léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN). Zdravotnická zařízení byla zjištěna pomocí registru zdravotnických zařízení na webových stránkách ÚZIS a ověřeny telefonickým dotazem na odboru zdravotnictví Krajského úřadu Libereckého kraje.

V tabulce 4.5 jsou obsaženy informace o všech 8 poskytovatelích zkoumaných služeb, lokalitách a kapacitách zařízení, kterých je 11. U prvních 5 poskytovatelů v tabulce bylo možné porovnat data o kapacitě lůžek zařízení z dotazníkového šetření (otázky dotazníku č. 1-5) s informacemi, které prezentují jednotlivá pracoviště na svých webových stránkách (**17, 25, 26, 28**). Data se shodovala. Údaje o nemocnici Frýdlant byly zjištěny pouze telefonicky. Kapacita lůžek LDN v nemocnici Tanvald je také zjištěna z webových stránek zařízení (**27**).

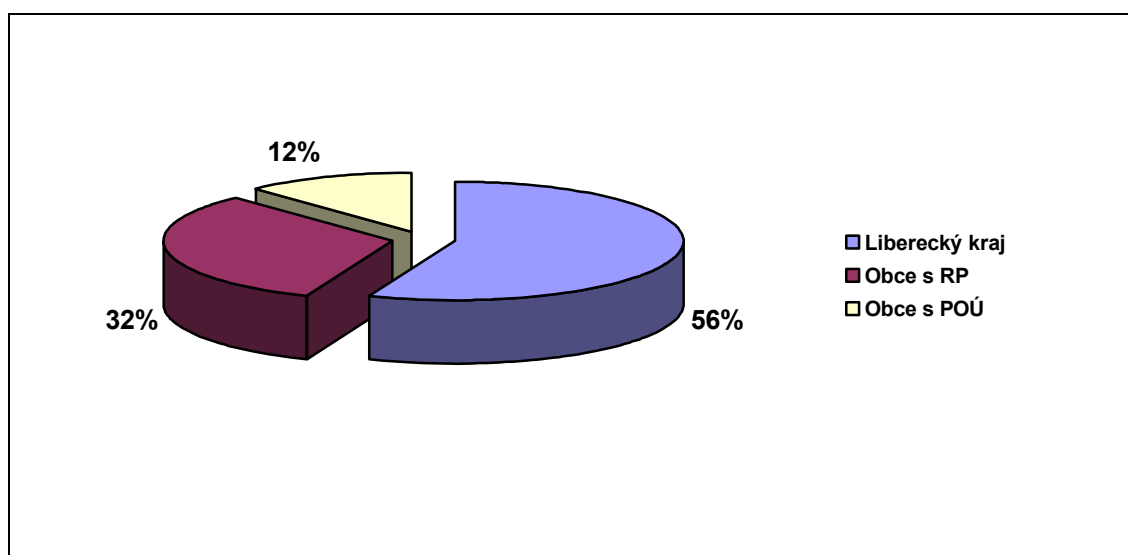
Tabulka 4.5: ONP / LDN v Libereckém kraji

Zřizovatel	Zařízení	Lokalita	Kapacita
Liberecký kraj	Krajská nemocnice Liberec	Liberec	99
		Jablonné v Podještědí	43
Město Jablonec nad Nisou	Nemocnice Jablonec nad Nisou.	Jablonec n/N.	30
		Tanvald	37
Liberecký kraj	Nemocnice Česká Lípa	Česká Lípa	60
		Nový Bor	62
Město Semily	Nemocnice Semily	Semily	10
Město Lomnice nad Popelkou	LDN Lomnice nad Popelkou	Lomnice nad Popelkou	59
Město Tanvald	Nemocnice Tanvald	Tanvald	34
Město Frýdlant	Nemocnice Frýdlant	Frýdlant	23
Město Turnov	Panochova nemocnice, T.s.r.o.	Turnov	18
Celkem			475

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 4.9 uvádí kapacitu lůžek v Libereckém kraji podle zřizovatelů. 2 zařízení LDN zřizuje Liberecký kraj (264 lůžek), 5 zařízení obce s rozšířenou působností (152 lůžek) a 1 zařízení zřizuje obec s pověřeným obecním úřadem (59 lůžek).

Graf 4.9: Kapacita lůžek LDN podle zřizovatelů v Libereckém kraji



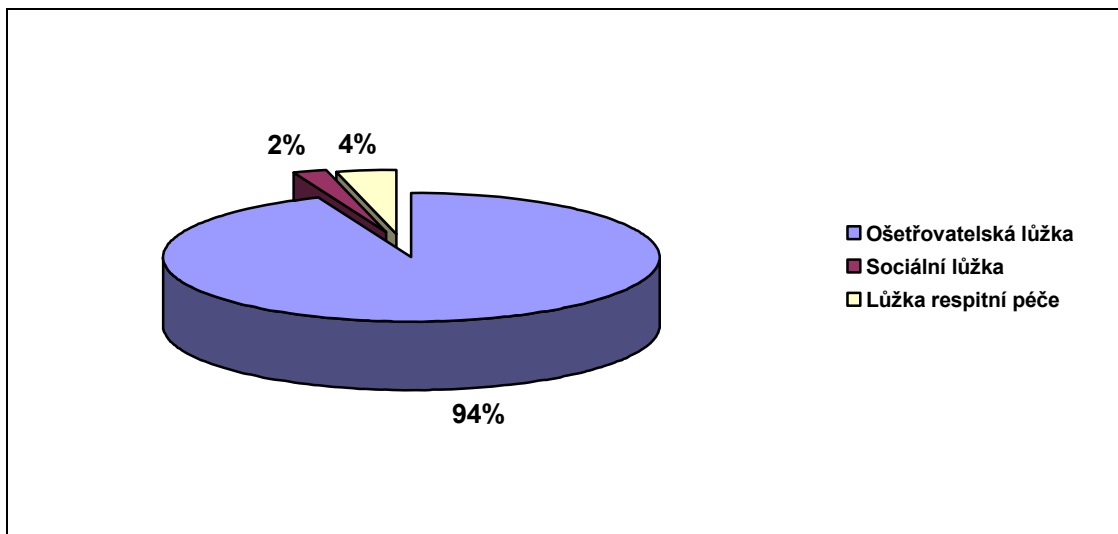
Zdroj: vlastní zpracování

4.2.1 Kapacita lůžek v zařízení pobytových služeb zdravotní péče a jejich využití

V této části výzkumu jsou použita data sesbírána dotazníky. Dotazník byl poslán elektronicky všem 8 poskytovatelům zkoumaných služeb po telefonickém oslovení vedoucího lékaře LDN / ONP. Dotazníků bylo vráceno 5, návratnost 63 %. Zařízení, které se zařadily do dotazníkového šetření pokrývají 84 % lůžek následné péče (400 lůžek) v Libereckém kraji.

V dotazníku otázka č. 5 zjišťovala kapacitu tří druhů lůžek v LDN / ONP. Lůžka ošetrovatelská, kterých bylo zjištěno 381, lůžka sociální s počtem 9 a lůžka respitní péče 10. Graf 4.10 znázorňuje kapacitu lůžek v %. Respitní lůžka poskytovalo jen jedno zařízení (Nemocnice Semily), sociální lůžka poskytovala Nemocnice Česká Lípa a LDN Lomnice nad Popelkou.

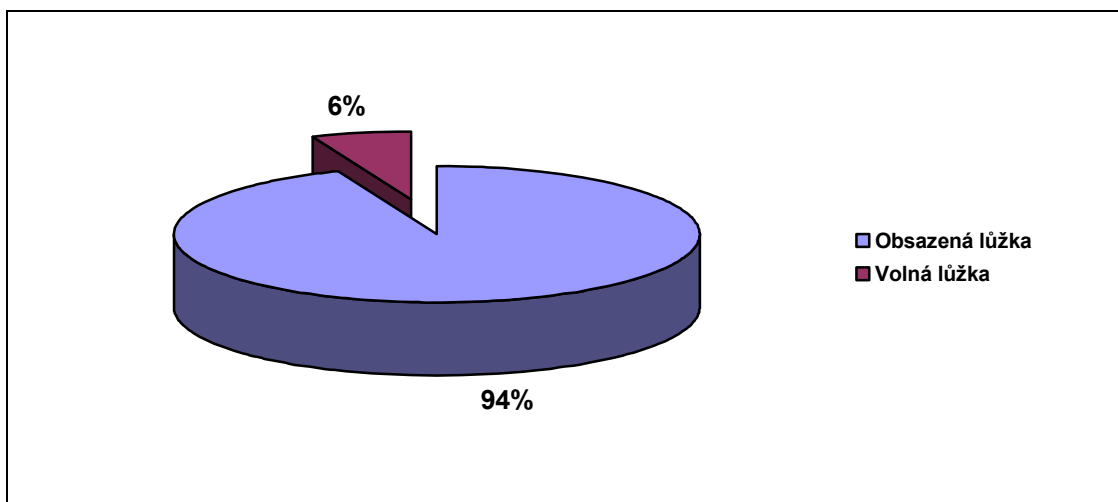
Graf 4.10: Lůžka ošetrovatelská, sociální a lůžka respitní péče v %



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 6 v dotazníku se věnovala naplnění kapacity jednotlivých typů lůžek v zařízení k datu vyplňování dotazníku, graf 4.11. Počet volných ošetrovatelských lůžek byl 7, sociálních 1 a respitních 10.

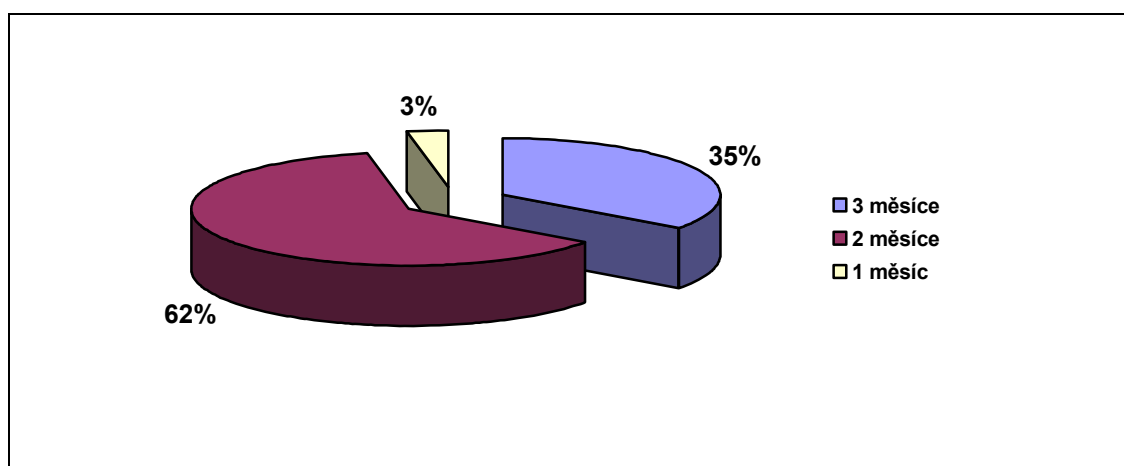
Graf 4.11: Naplnění kapacity pobytové služby zdravotní péče v %



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 7 zjišťovala průměrnou délku pobytu pacienta na lůžku. Respondent měl na výběr odpovědi v délce pobytu od jednoho týdne do tří měsíců. Nejčastější odpovědi respondentů byly 2 měsíce. Více v grafu 4.12 v %.

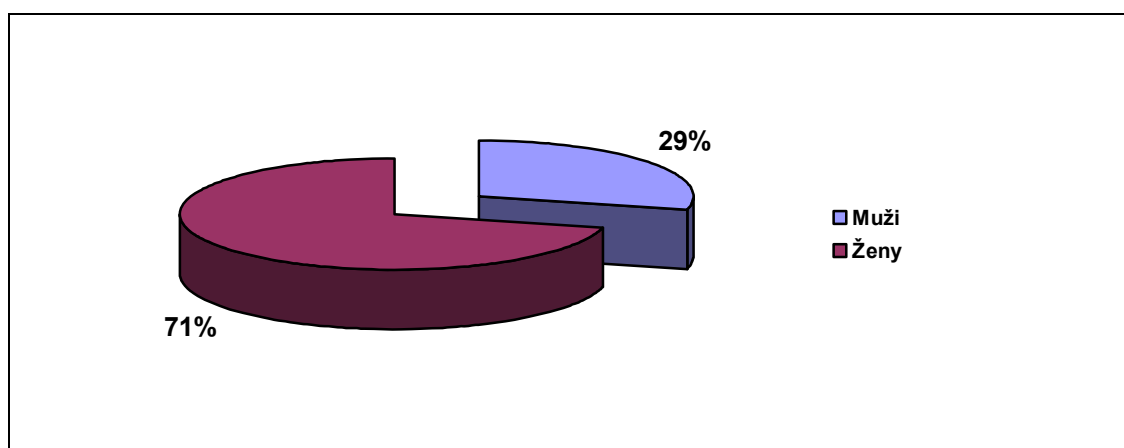
Graf 4.12: Délka pobytu pacienta na lůžku v LDN



Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky z otázky č. 8 poukazují na zastoupení mužů a žen ve zkoumaných zařízeních. Počet žen hospitalizovaných v zařízení v období vyplňování dotazníku byl 273, počet mužů 109, graf 4.13.

Graf 4.13: Zastoupení mužů a žen hospitalizovaných v LDN / ONP v %



Zdroj: vlastní výzkum

4.2.2 Statistické údaje o kapacitě a naplnění pobytové služby zdravotní péče v letech 2005–2008

Otázka č. 9 shromažďovala údaje o naplnění pobytových zařízení zdravotní péče ke konci každého roku v letech 2005–2008. Otázka se věnovala zvláště ošetrovatelským, sociálním a respitním lůžkům. Naplnění kapacity je zpracováno v tabulce 4.6.

Tabulka 4.6: Naplnění kapacity LDN / ONP ke konci roku v letech 2005–2008

Typ lůžek / Rok	2005	2006	2007	2008
Ošetrovatelské péče	368	373	374	369
Sociální péče	8	9	8	8
Respitní péče	1	4	1	1
Celkem	377	386	383	378
Max. kapacita	-	-	400	400

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 10 zjišťovala počet žádostí o umístění na oddělení LDN / ONP v letech 2005–2008. Odpovědi na tuto otázku nebyly uvedeny u všech respondentů. Někteří respondenti uvedli údaje pouze u jednoho roku nebo dvou posledních let, někteří uvedli, že umisťují všechny pacienty během 7–10ti dnů. Někteří respondenti odpověď vynechali úplně.

Pouze u oddělení respitní péče (kapacita 10 lůžek) v Nemocnici Semily byly vypsaný počty žadatelů o umístění do zařízení: 2005 žadatel 1, 2006 8, 2007 9 a 2008 15.

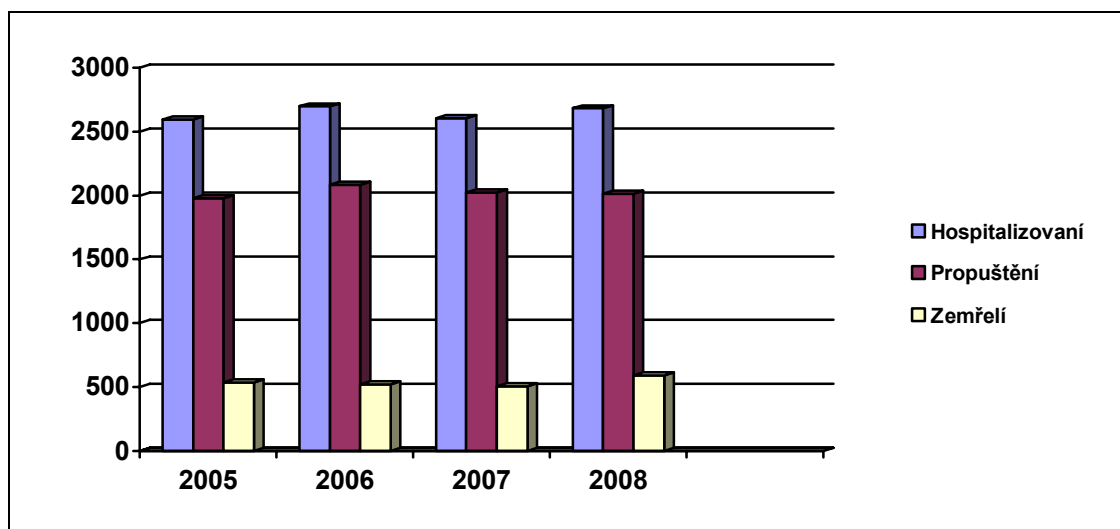
Otázka č. 11 sbírala informace o celkovém počtu hospitalizovaných pacientů za rok na lůžkách LDN / ONP v letech 2005–2008. Následující otázka zjišťovala počet propuštěných pacientů a počet zemřelých ve stejném časovém období. Otázky č. 11 a 12 jsou zpracovány v tabulce 4.7 a grafu 4.14.

Tabulka 4.7: Počet hospitalizovaných, propuštěných a zemřelých pacientů v letech 2005–2008

Pacienti / Rok	2005	2006	2007	2008
Hospitalizovaní	2592	2697	2604	2682
Zemřelí	536	523	506	592
Propuštění	1976	2084	2022	2013

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4.14: Počet hospitalizovaných, propuštěných a zemřelých pacientů v letech 2005–2008



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 13 v dotazníku měla zjistit dva nejčastější důvody pacienta k hospitalizaci na sociálním lůžku v zařízení pobytových služeb zdravotní péče. V otázce byly možnosti výběru odpovědi: osamělost pacienta, nezáměr rodiny, špatný zdravotní stav, nevyhovující bydlení, ztráta soběstačnosti a čekání na jiné sociální zařízení. Jako první nejčastější důvod sociální kapitalizace respondenti uváděli čekání na jiné sociální zřízení, špatný zdravotní stav a nezáměr rodiny. Druhý nejčastější důvod byla ztráta soběstačnosti a osamělost.

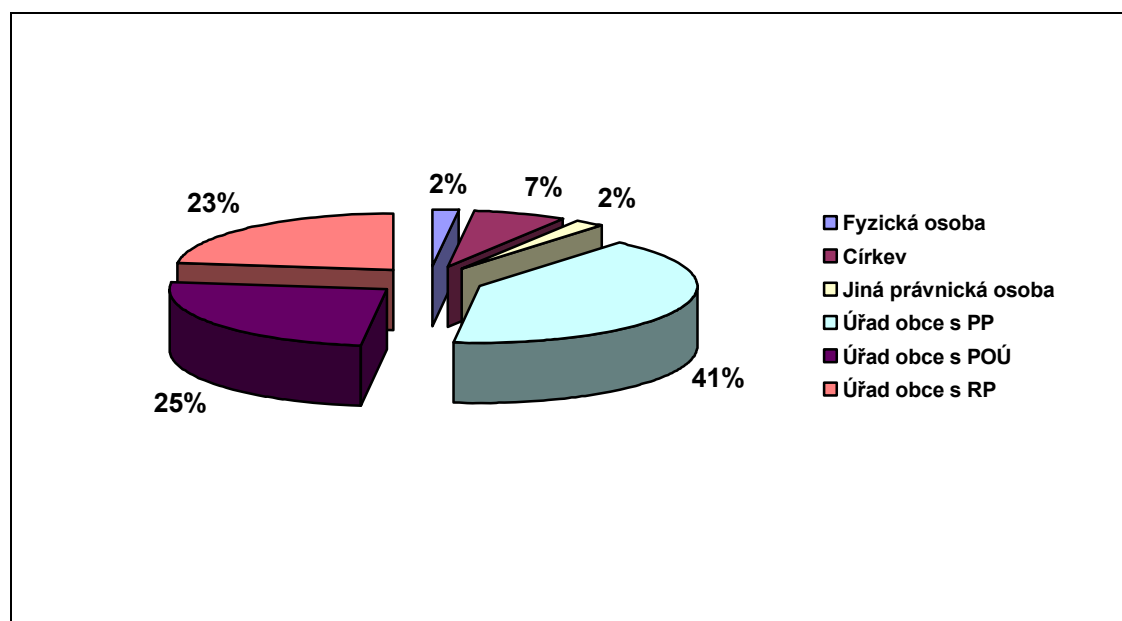
Poslední otázka, která zjišťovala nejčastější onemocnění u hospitalizovaných seniorů, byla zodpovězena u 2 z 5 respondentů. Respondenti uvedli onemocnění kardiovaskulárního a pohybového ústrojí.

4.3 Poskytovatelé terénních sociálních a zdravotních služeb pro seniory v Libereckém kraji

V registru sociálních služeb MPSV pro Liberecký kraj bylo nalezeno 44 poskytovatelů pečovatelských služeb (sociální péče) dále jen PS (23). V registru zdravotnických zařízení bylo nalezeno 22 poskytovatelů domácí zdravotní péče (ZP) z toho je 6 poskytovatelů komplexní domácí péče (zdravotní i sociální služby) (KDP) (38).

Zřizovateli 10ti PS jsou obce s rozšířenou působností (ORP), 11 PS zřizují obce s pověřeným obecním úřadem (POÚ), 18 PS provozují obecní úřady obce s přenesenou působností (OPP), 3 PS zřizuje církev a 2 zřizuje jiná fyzická nebo právnická osoba. Procentuální vyjádření zřizovatelů PS je v grafu 4.15.

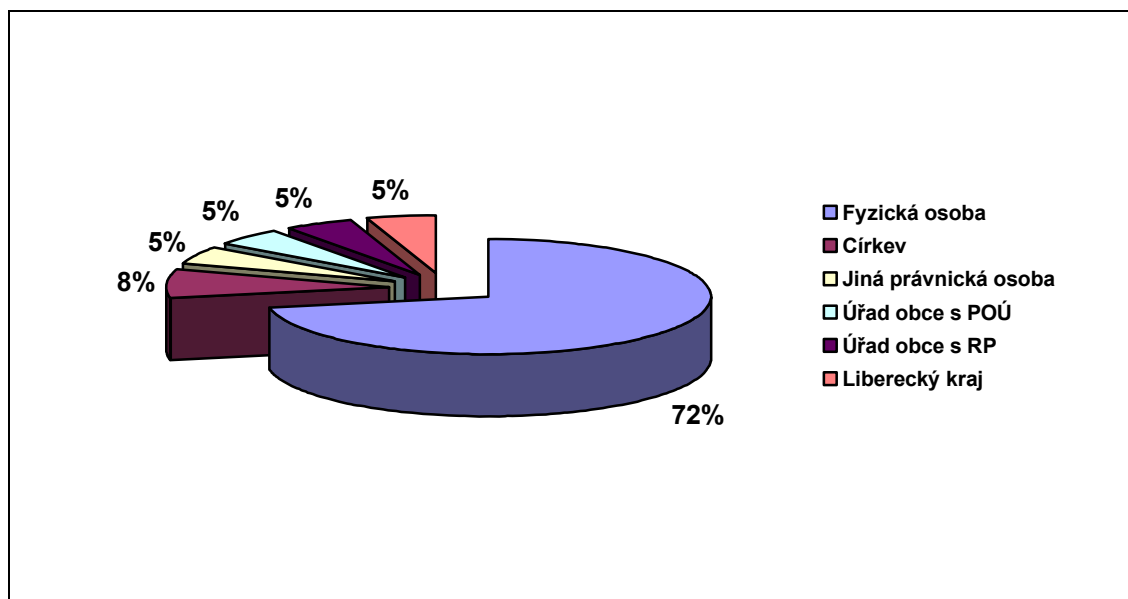
Graf 4.15: Zřizovatelé pečovatelské služby v Libereckém kraji



Zdroj: vlastní zpracování

Zřizovatelem 1 KDP je ORP, 1 KDP je POÚ, 3 KDP zřizuje fyzická osoba a 1 KDP jiná právnická osoba. 1 ZP zřizuje Liberecký kraj (Krajská nemocnice Liberec, oddělení domácí péče), 2 ZP zřizuje církev a 13 ZP zřizují fyzické osoby. Procentuální vyjádření všech zřizovatelů domácí zdravotní péče je v grafu 4.16.

Graf 4.16: Zřizovatelé domácí zdravotní péče v Libereckém kraji



Zdroj: vlastní zpracování

4.3.1 Kapacita terénních služeb sociální a zdravotní péče a jejich využití

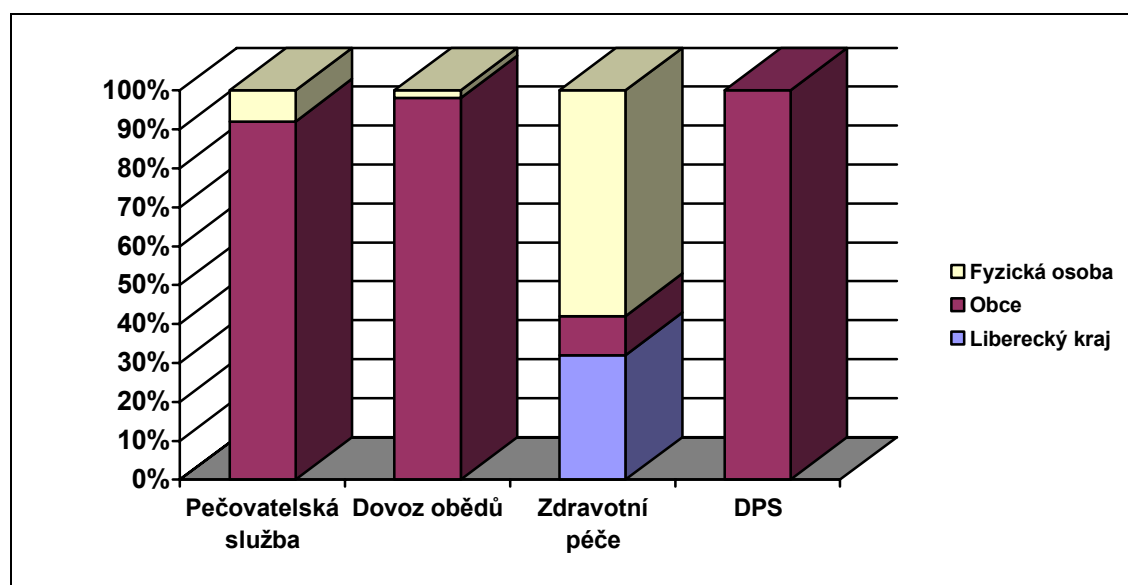
Další část výzkumu je zpracovaná z dotazníkového šetření. Bylo osloveno 46 poskytovatelů terénních služeb sociální a zdravotní péče pro seniory v Libereckém kraji. Vráceno bylo 34 dotazníků (78 %), ale pouze 21 z navrácených dotazníků mohlo být použito ke zpracování výsledků. Použitelná návratnost byla 46 %. Vyřazené dotazníky byly vyplněné pouze z jedné třetiny nebo chybně.

Ze 21 dotazníků bylo ke zpracování použito 13 dotazníků od PS, 4 od ZP a 4 od KDP.

Otázka č. 5 v dotazníku pro poskytovatele terénních služeb zjišťovala maximální kapacitu poskytovaných služeb za jeden měsíc. Služby byly rozděleny do 4 kategorií: pečovatelské služby, dovoz obědů (který je sice součástí pečovatelské služby, ale díky zvýšenému zájmu o službu ze strany uživatelů byly obědy zařazeny do výzkumu samostatně), zdravotní péče a také poskytování ubytování v domech s pečovatelskou službou, i když nejsou součástí sociální péče, ale velmi úzce s ní souvisí.

V grafu 4.17 je znázorněna kapacita terénních služeb podle zřizovatelů. Jednu skupinu zřizovatelů tvoří fyzické osoby, druhou obce a třetí Liberecký kraj.

Graf 4.17: Kapacita terénních služeb podle zřizovatele v Libereckém kraji v %

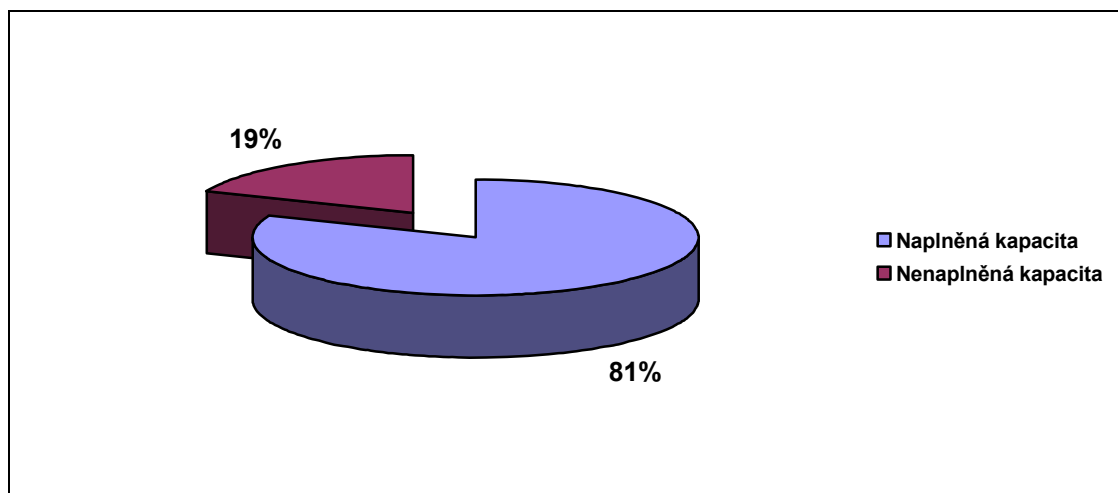


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 6 se věnovala naplnění kapacity všech výše uvedených služeb. V následujících grafech je znázornění naplnění kapacity jednotlivých služeb.

Maximální měsíční kapacita pečovatelských služeb respondentů byla služba pro 1129 klientů. Kapacita služeb nebyla naplněná, chybělo 218 klientů, graf 4.18 v %.

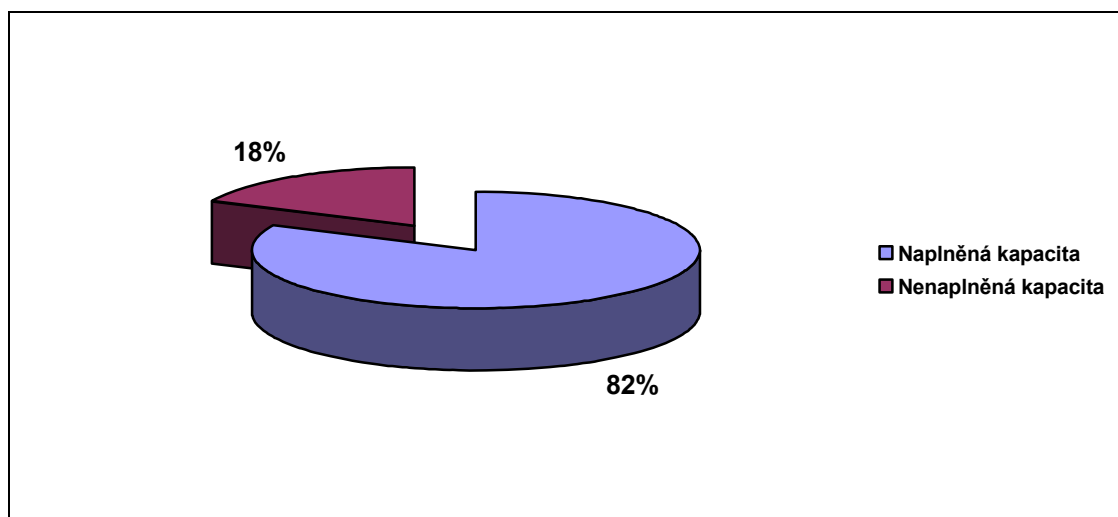
Graf 4.18: Naplnění měsíční kapacity terénních pečovatelských služeb.



Zdroj: vlastní výzkum

Maximální kapacita pro dovoz obědů v měsíci byla 1005 obědů. Nenaplněná kapacita byla 177 obědů, graf 4.19.

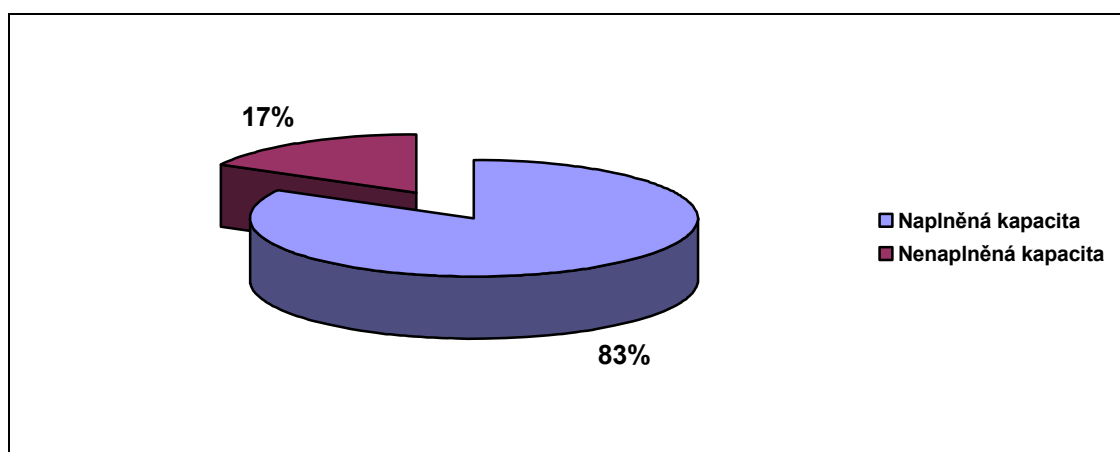
Graf 4.19: Naplnění kapacity měsíčního dovozu obědů



Zdroj: vlastní výzkum

Maximální měsíční kapacita respondentů, poskytovatelů zdravotní péče byla služba pro 689 klientů. Do naplnění maximální kapacity chybělo 115 klientů, graf 4.20 v %.

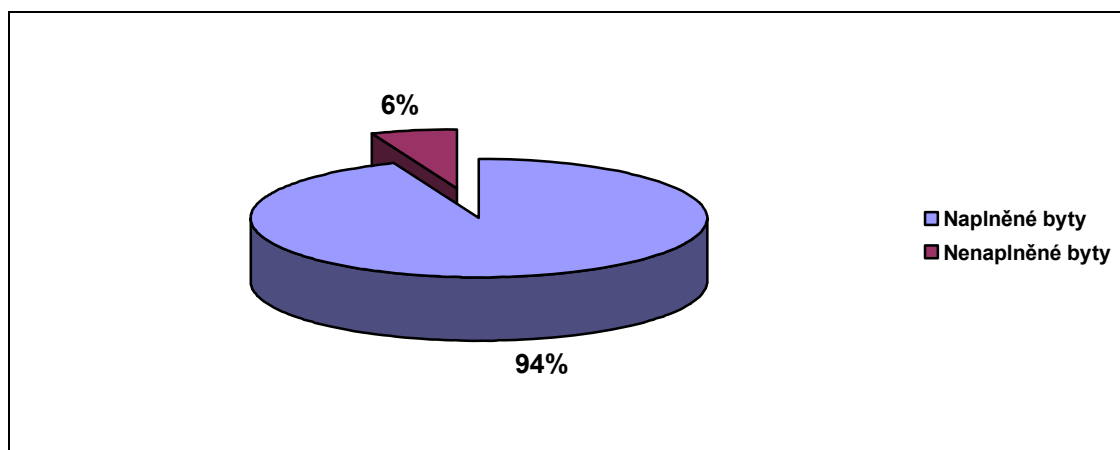
Graf 4.20: Naplnění měsíční kapacity zdravotní péče



Zdroj: vlastní výzkum

Maximální kapacita bytů v domech s pečovatelskou službou (DPS) byla 657. Neobsazených bytů bylo 42. Graf 4.21 v %.

Graf 4.21: Naplnění kapacity bytů v DPS

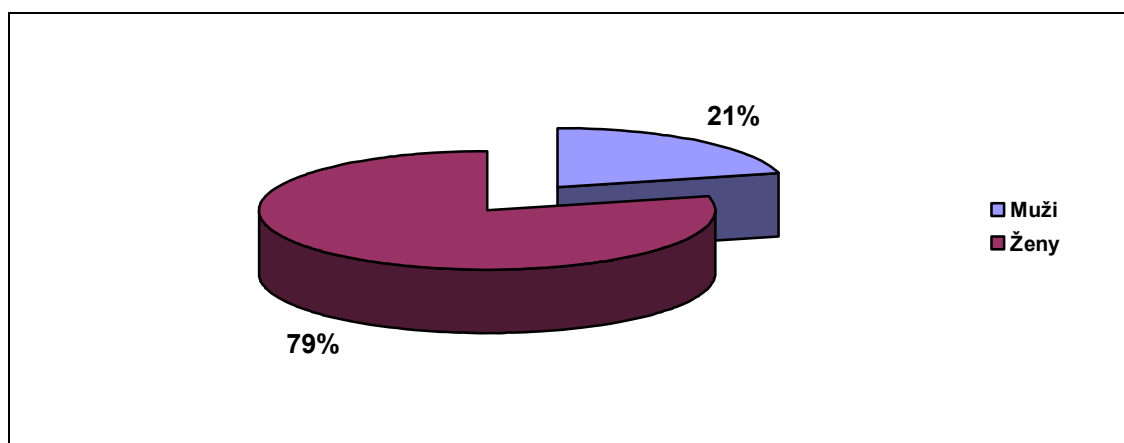


Zdroj: vlastní výzkum

4.3.2 Statistické údaje o kapacitě a naplnění terénních služeb v letech 2005–2008

Otázka č. 7 v dotazníku zjišťovala zastoupení uživatelů terénních služeb podle pohlaví. Na tuto otázku odpověděli pouze respondenti poskytující ubytování v DPS. Graf 4.22 znázorňuje v procentech rozdělení uživatelů bytů v DPS podle pohlaví. Uživatelů bylo celkem 615, a to 132 mužů a 483 žen.

Graf 4.22: Uživatelé bytů v DPS ke dni vyplňování dotazníku v %

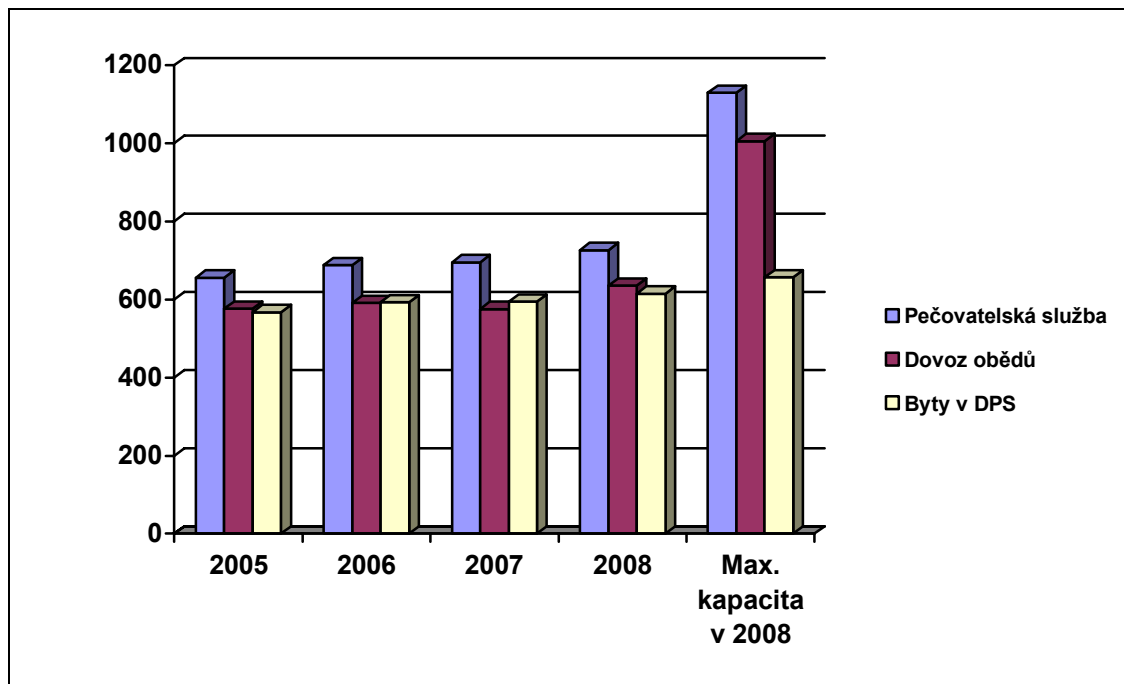


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 8 zjišťovala využití terénních služeb v letech 2005-2008. U pečovatelských služeb, dovážky obědů a obsazení bytů v DPS byl zkoumán počet klientů, kterým byla poskytnuta služba v jednom měsíci, ke konci daného roku. U ošetrovatelských služeb byl počet pacientů zkoumán za celý rok, a to z důvodu velmi rozdílných počtů pacientů v jednotlivých měsících v roce. Pacientů, kteří využívají zdravotní péči je v jarních a letních měsících výrazně méně než v podzimních a zimních a také délka ošetrovatelské péče je např. 14 dní až měsíc, někdy i 3 měsíce při respitní péči. Pečovatelská služba bývá zpravidla poskytována dlouhodobě, několik měsíců i let.

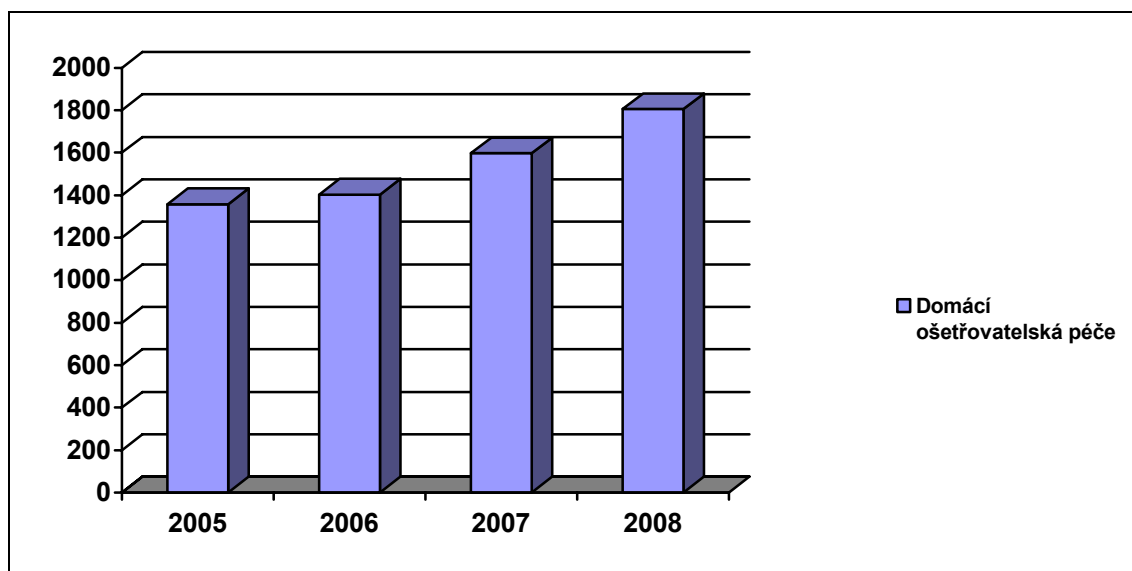
Graf 4.23 znázorňuje naplnění kapacity / počet klientů pečovatelských služeb, počet dovážky obědů a obsazení DPS klienty ke konci roku v letech 2005-2008 a graf 4.24 poukazuje na počet ošetřených pacientů za rok ve stejném období.

Graf 4.23: Počet uživatelů služeb a obsazení DPS v jednom měsíci ke konci roku v letech 2005-2008



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4.24: Počet pacientů za rok ošetřených v domácím prostředí v letech 2005-2008

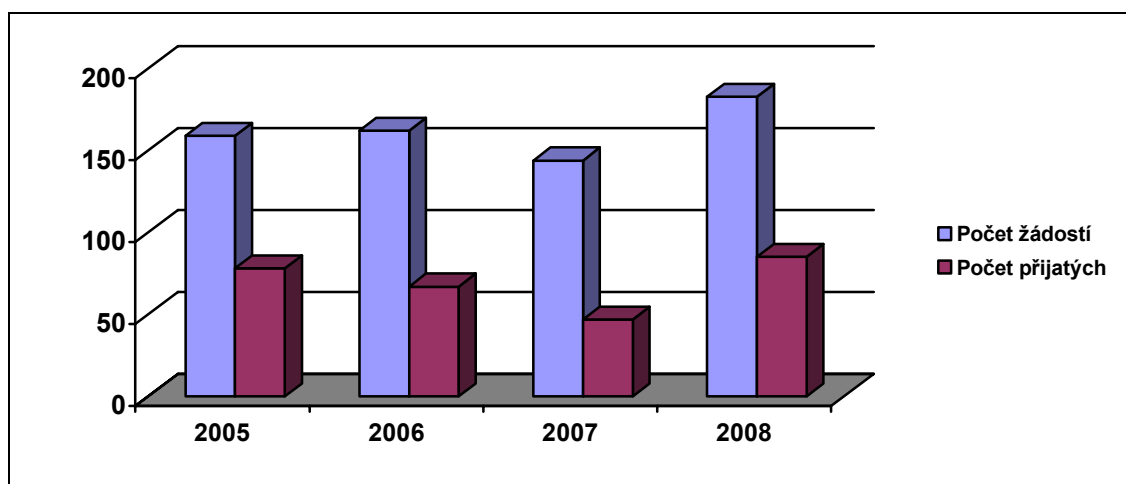


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 9 zjišťovala počet žádostí uživatelů o poskytování terénních služeb v letech 2005-2008 a otázka 10 evidovala počet nově přijatých uživatelů sociálních služeb v každém roce ve stejném období, graf 4.25 pro DPS, graf 4.26 pro PS, graf 4.27 pro dovoz obědů v číslech. Nově přijeté klienty všech služeb znázorňuje graf 4.28 v %.

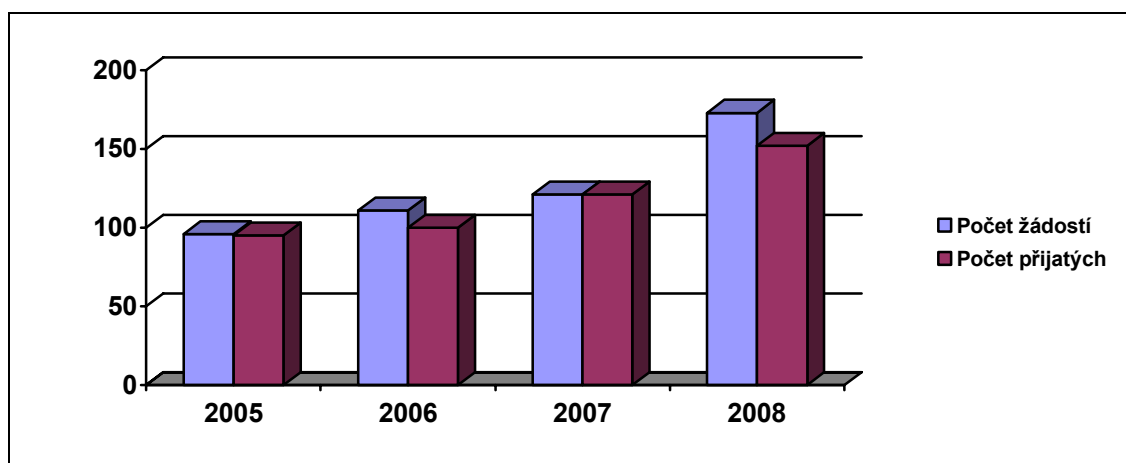
Otázky 9 a 10 nebyly vyplněné u poskytovatelů domácí zdravotní péče. Poskytovatelé v odpovědi uvedli, že neodmítají žádosti na ošetření nových pacientů a všechny pacienty na žádost lékaře přijímají a ošetřují.

Graf 4.25: Počet žádostí o ubytování v DPS a počet přijatých v letech 2005-2008



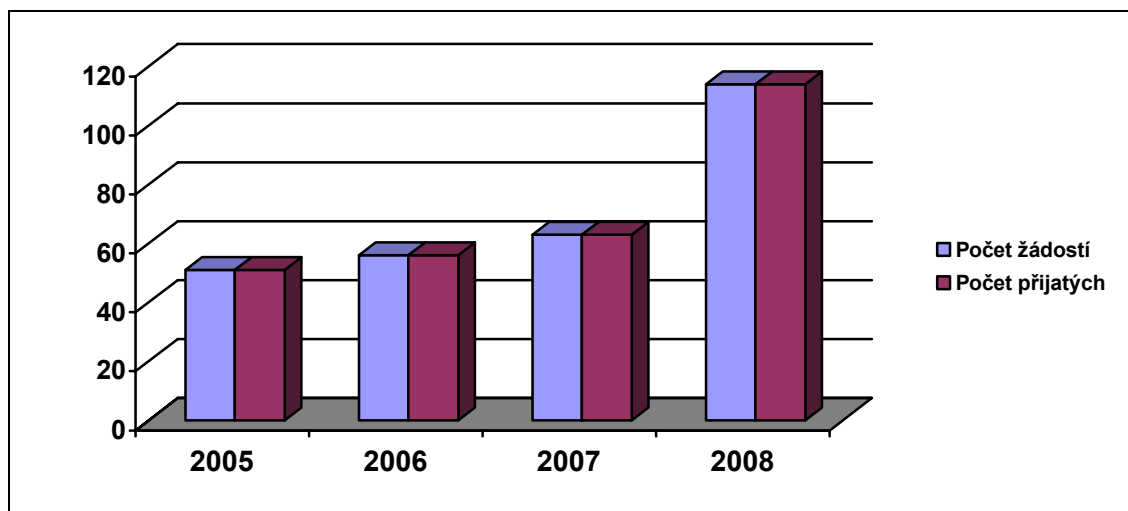
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4.26: Počet žádostí o PS a počet uspokojených klientů v letech 2005-2008



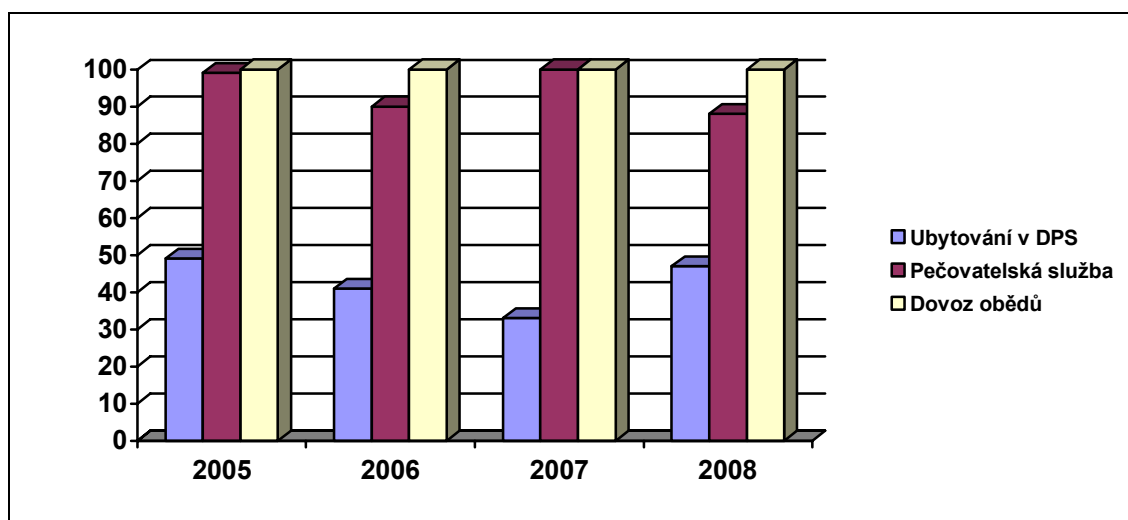
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4.27: Počet žádostí o dovoz obědů a počet uspokojených klientů v letech 2005-2008



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4.28: Procentuální znázornění vyhovění žádostem o služby v letech 2005-2008



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 11 zjišťovala vztah mezi pohlavím, věkem a stupněm závislosti uživatelů terénních služeb. Věkové kategorie byly stanoveny v pětiletých věkových intervalech od 65ti let do 90ti a více let, stupeň závislosti byl hodnocen podle zákona č. 108/2006, o sociálních službách (1.–4. stupeň závislosti), plus byla přidána kategorie, kdy uživatel nedosahuje 1. stupně závislosti. Hodnocení této otázky je provedeno jen pro sociální služby.

Na tuto otázku odpovědělo pouze 5 z 13 respondentů pečovatelských služeb .

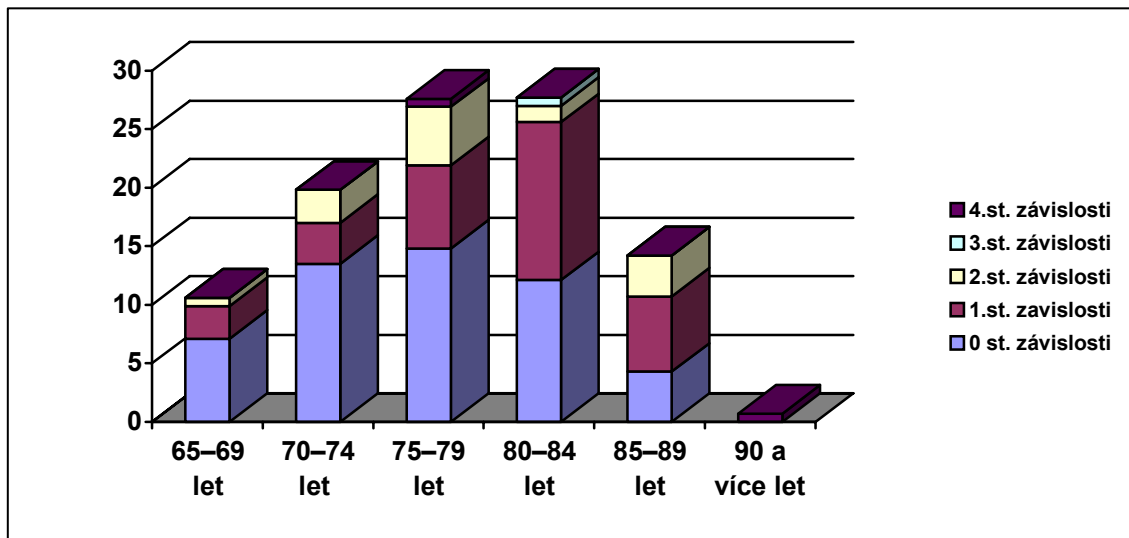
5 respondentů PS charakterizovalo 182 klientů podle požadovaných parametrů. Z celkového počtu bylo 41 mužů, 23 % a 141 žen, 77 %. V tabulce 4.8 jsou zaznamenány počty klientů jednotlivých skupin a v grafu 4.29a 4.29b je procentuální zastoupení stupně závislosti v dané věkové skupině zvlášť u žen a u mužů. Graf 4.29.1a a graf 4.29.1b znázorňuje procentuální zastoupení žen a mužů ve zkoumaných věkových skupinách.

Tabulka 4.8: Klienti terénní pečovatelské služby

Věk	Pohlaví	0 st. závislosti	1. st. závislosti	2. st. závislosti	3. st. závislosti	4. st. závislosti	Celkem
65–69 let	muži	5	6	1	1	-	13
	ženy	10	4	1	-	-	15
70–74 let	muži	3	2	2	-	-	7
	ženy	19	5	4	-	-	28
75–79 let	muži	1	1	-	-	-	2
	ženy	20	10	7	-	1	38
80–84 let	muži	2	2	3	-	-	7
	ženy	17	19	2	1	-	39
85–89 let	muži	3	1	4	-	-	8
	ženy	6	9	5	-	-	20
90 a více	muži	1	2	-	-	1	4
	ženy	-	-	-	-	1	1
celkem		87	61	29	2	3	182

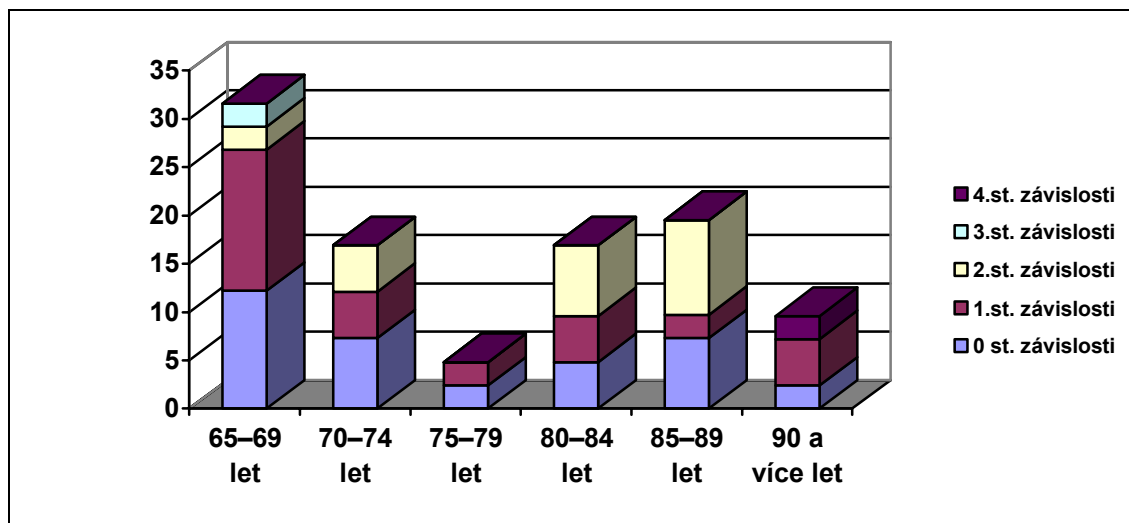
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4.29a: Stupně závislosti klientů PS ve skupině žen v % v dané věkové skupině



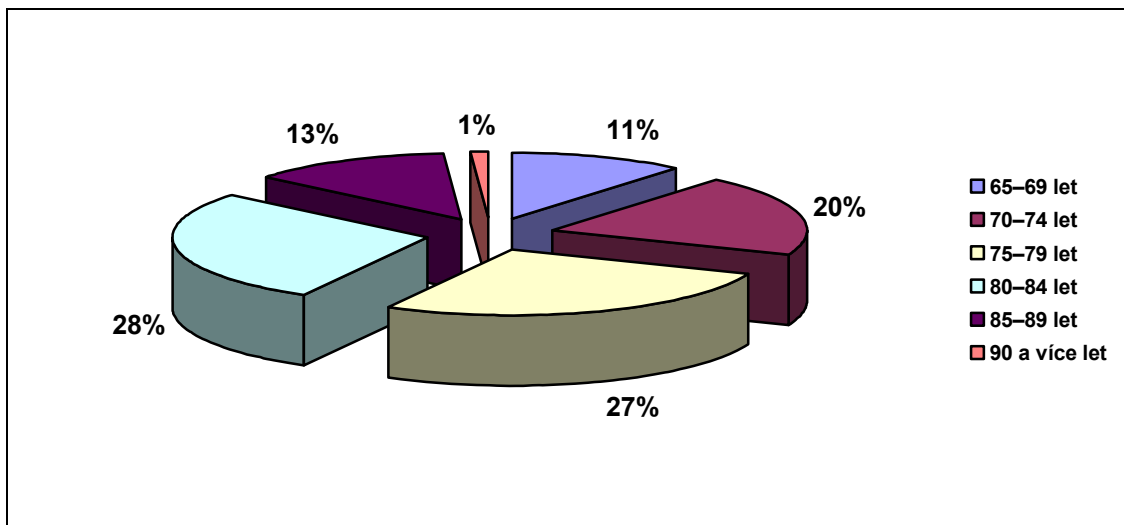
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4.29b: Stupně závislosti klientů PS ve skupině mužů v % v dané věkové skupině



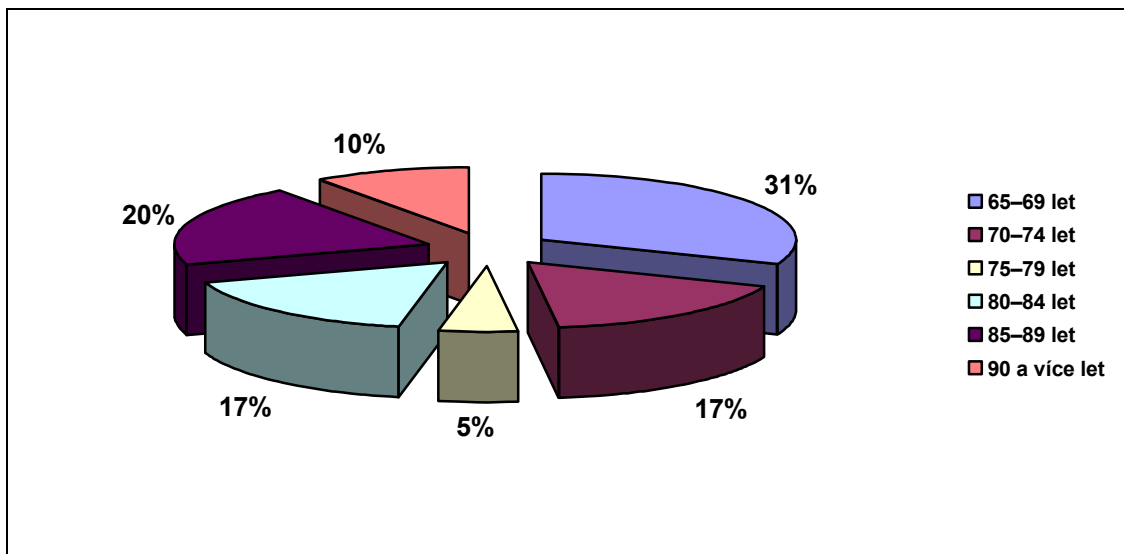
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4.29.1a: Procentuální zastoupení žen v daných věkových skupinách



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4.29.1b: Procentuální zastoupení mužů v daných věkových skupinách



Zdroj: vlastní výzkum

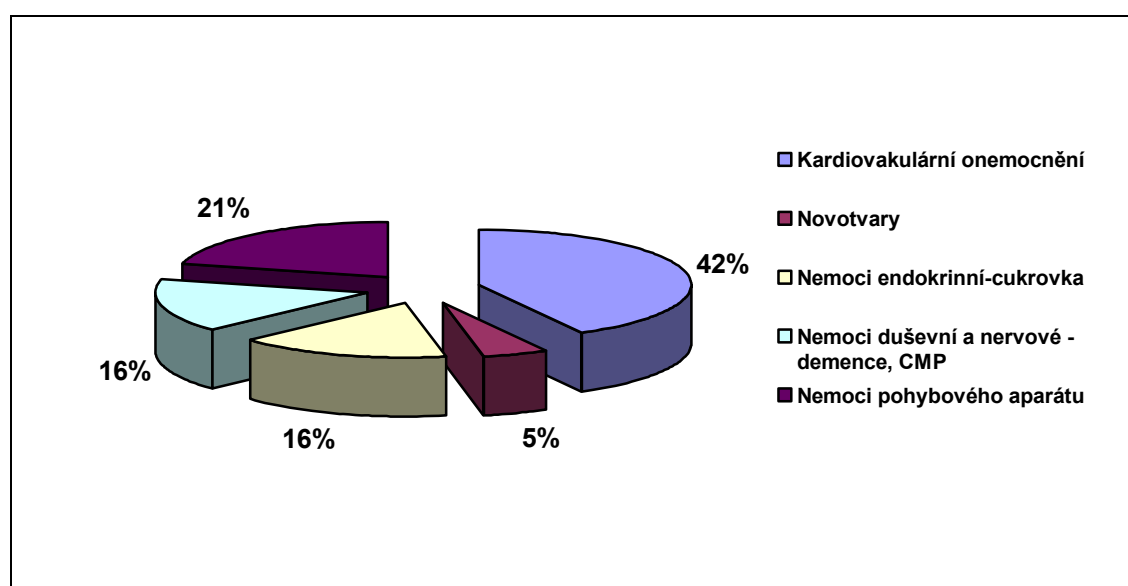
Otázka č. 12 byla uvedena ve dvou variantách, jedna pro poskytovatele PS a druhá pro poskytovatele ZS. U PS otázka zjišťovala nejčastější důvody klienta proč využívá pečovatelské služby. U ZP zjišťovala délku poskytování zdravotní služby pacientovi.

Respondenti PS měli možnost vybrat dva nejčastější důvody klienta, proč využívá jejich služeb, ze stanovené nabídky možností: osamělost, nezáměr rodiny, špatný zdravotní stav, nevyhovující bydlení, ztráta soběstačnosti, čekání na jiné pobytové zařízení sociální péče. Respondenti uváděli sníženou soběstačnost (6 ze 13) a nevyhovující bydlení (5 z 13) jako první nejčastější důvod. Druhý nejčastější důvod byl uveden zhoršený zdravotní stav (7 z 13) a také nevyhovující bydlení (4 z 13).

Respondenti ZS měli možnost výběru z časové škály, aby zaznamenali, jak dlouho poskytují péči pacientovi: 1, 2, 3 týdny, 1, 2, 3 měsíce a byla zde možnost dopsání jiné odpovědi. Nejčastěji respondenti uváděli délku péče o pacienta v domácím prostředí 2 týdny (7 z 8 respondentů) a 1 respondent uvedl 1 týden. V možnosti „jiné“ dva respondenti uvedli respitní péči v rozsahu 2 a 3 měsíců.

Otázka č. 13 se zaměřovala na nejčastější choroby, kterými uživatelé terénních služeb trpí. Možnosti výběru odpovědi byly: kardiovaskulární onemocnění, novotvary, onemocnění dýchacího ústrojí, nemoci endokrinní, nemoci duševní / nervového ústrojí a možnost vepsat jiné onemocnění. Nejčastějším onemocněním bylo onemocnění kardiovaskulárního systému a často se vyskytovalo v možnosti „jiné“ onemocnění pohybového ústrojí. Odpovědělo pouze 19 respondentů z 21 na tuto otázku. Graf 4.30 znázorňuje výskyt onemocnění u uživatelů služeb v %.

Graf 4.30: Onemocnění uživatelů terénních služeb

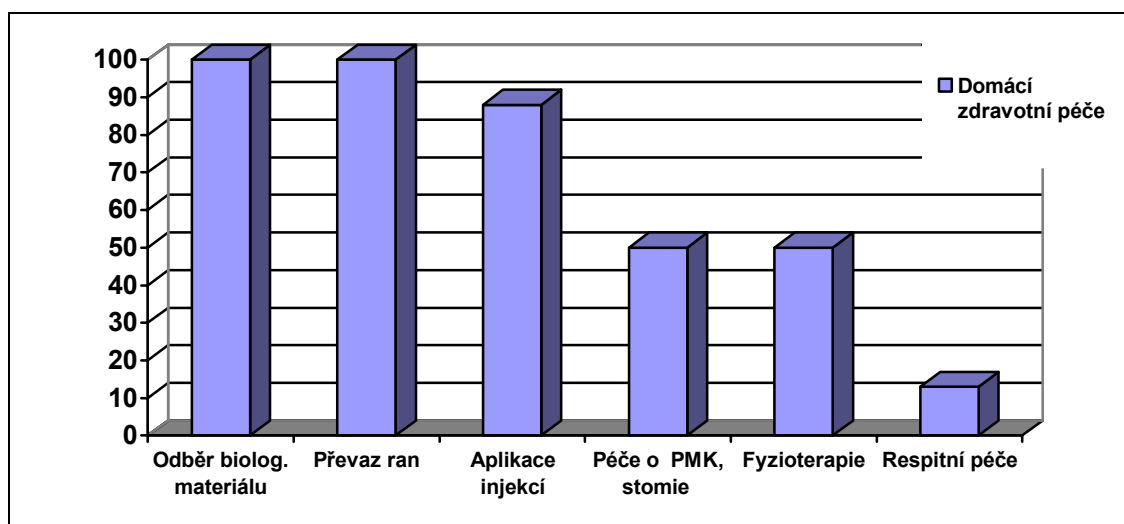


Zdroj: vlastní výzkum

Poslední otázka č. 14 se také lišila pro terénní zdravotní a sociální služby. Otázka pro ZS se zaměřovala na nejčastější úkony, které poskytuje pacientovi v jeho domácím prostředí např.: odběr biologického materiálu, převazy, aplikace injekcí. Otázka pro PS zjišťovala, jak se projevilo zavedení příspěvku na péči od 1.1.2007 na zvýšení zájmu o terénní PS ze strany uživatele v roce 2007 a 2008.

Graf 4.31 znázorňuje nejčastější ošetrovatelské úkony u ZS. Odpovědělo všech 8 poskytovatelů domácí péče. Všichni poskytovatelé provádí odběry biologického materiálu a převazy ran, skoro většina aplikuje injekce, polovina poskytovatelů zajišťuje také péči o permanentní katétr / stomie a fyzioterapii v domácím prostředí.

Graf 4.31: Nejčastější výkony poskytovatelů zdravotních služeb v domácím prostředí pacienta v %

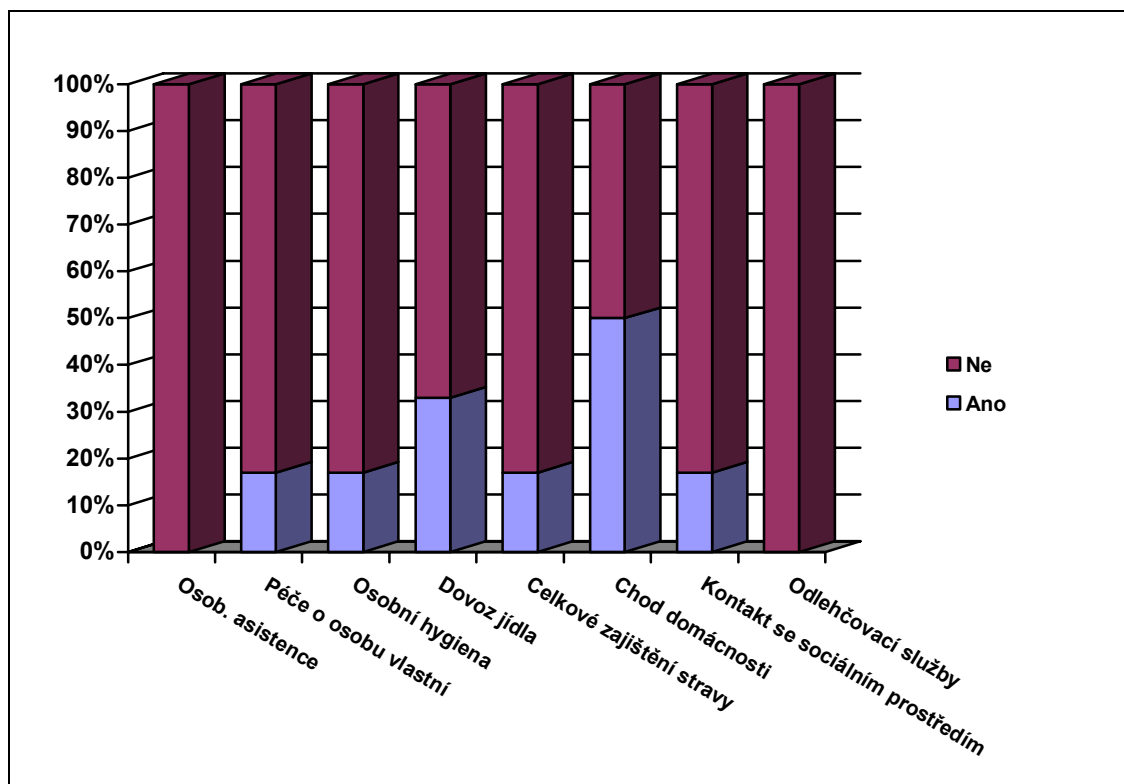


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4.32 a, b zaznamenává vliv zavedení příspěvku na péči, zda došlo ke zvýšení zájmu ze strany uživatele o služby sociální péče, mezi které patří: osobní asistence, pomoc při péči o vlastní osobu, pomoc při hygieně, donáška / dovoz jídla, celková pomoc při zajištění stravy, pomoc při chodu domácnosti, kontakt se sociálním prostředím, odlehčovací služby. Na tuto otázku odpovědělo 12 ze 13 poskytovatelů služeb

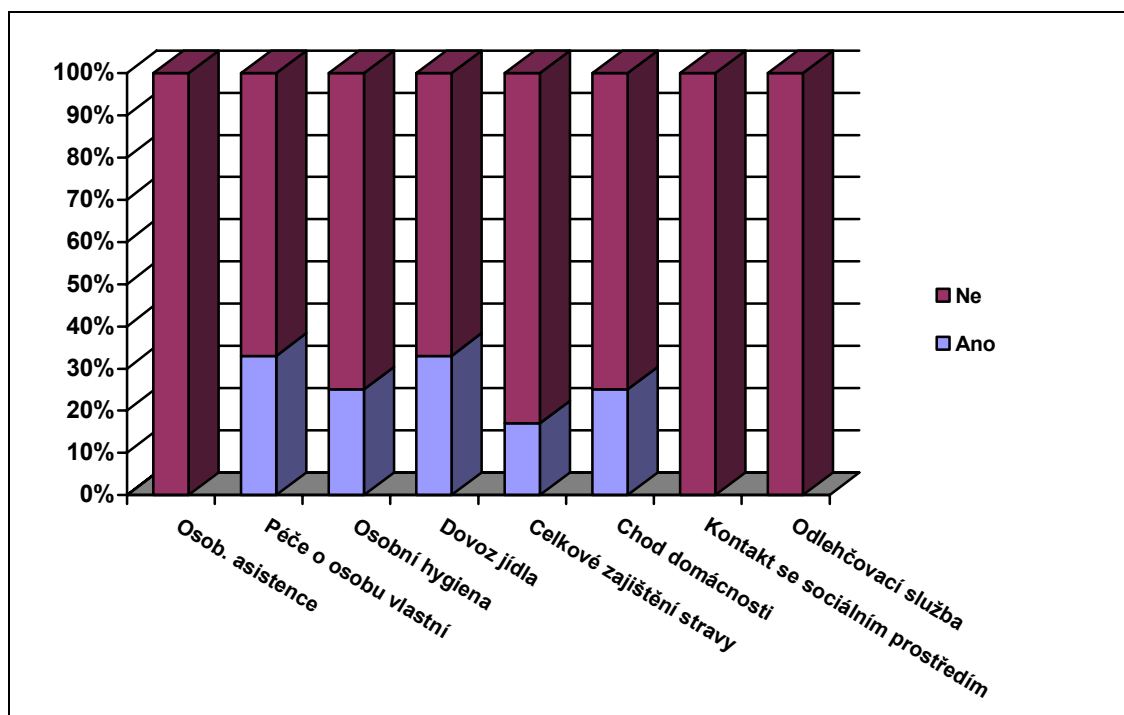
Graf 4.32a znázorňuje navýšení poskytování služeb v roce 2007 v % a graf 4.32b znázorňuje navýšení v roce 2008 také v %.

Graf 4.32a: Zvýšení odběru služeb sociální péče po zavedení PnP v roce 2007



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4.32b: Zvýšení odběru služeb sociální péče po zavedení PnP v roce 2008



Zdroj: vlastní výzkum

4.4 Očekávaný vývoj obyvatel starších 65 let do roku 2050

4.4.1 Očekávaný vývoj obyvatel starších 65 let v ČR do roku 2050

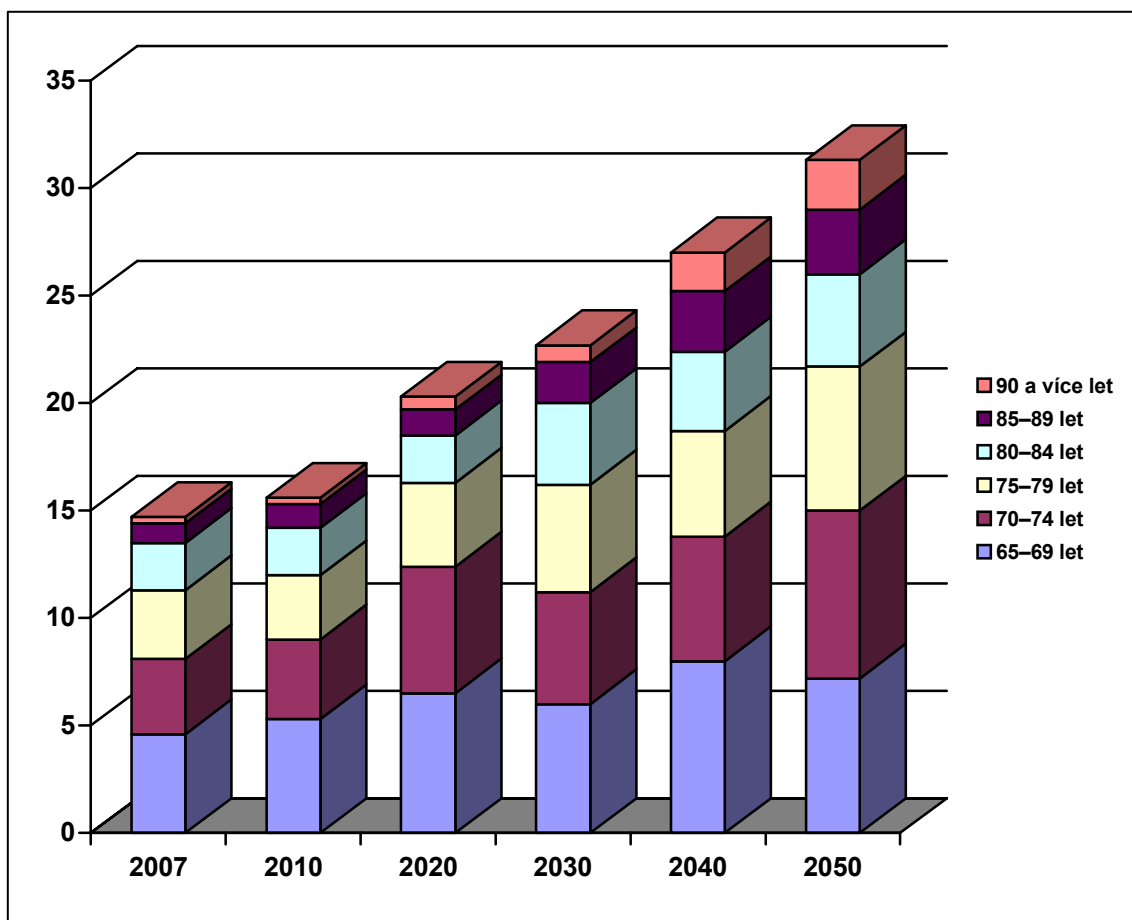
Populační vývoj obyvatel starších 65 let pro ČR je zpracován z údajů dostupných na webových stránkách ČSÚ (5,6). Údaje jsou znázorněny v tabulce 4.9, kde věk obyvatel starších 65 let je rozdělen do pětiletých věkových intervalů do 90 a více let. Počty obyvatel jsou rozepsány v desetiletém období do roku 2050. Graf 4.33 znázorňuje procentuální zastoupení zkoumaných věkových skupin v daném časovém období a graf 4.34 poukazuje na zastoupení mužů a žen ve věku 65–90 a více let ve stejném časovém období. Příloha 6 a 7 dále znázorňuje očekávaný vývoj počtu obyvatel ČR podle hlavních věkových skupin do roku 2050 a očekávaný vývoj průměrného věku obyvatel ČR do roku 2050.

Tabulka 4.9: Projekce obyvatel ČR do roku 2050

Věk		2007	2010	2020	2030	2040	2050
65-69 let	muži	213332	247249	308210	287690	374265	326902
	ženy	260462	300996	359705	321582	411808	352616
70-74 let	muži	152247	159350	265140	236801	260717	341373
	ženy	210705	217015	340494	290993	307881	394491
75-79 let	muži	125281	118271	162956	213548	208918	282270
	ženy	202261	185863	238154	293121	269842	353682
80-84 let	muži	73516	76784	84013	152198	146069	171847
	ženy	150093	146769	142360	236527	212370	235771
85-89 let	muži	27446	34244	42351	69121	102210	111651
	ženy	69129	82648	84778	124412	167963	168930
90 a více let	muži	6659	7453	17996	27341	61321	82076
	ženy	21703	20170	42176	54739	110190	134470
celkem 65 +		1512834	1596812	2088333	2308073	2633554	2956079
Celkem obyvatel		10381130	10283042	10283929	10102433	9795118	9438334
podíl 65+ v %		14,57	15,53	20,31	22,85	26,89	31,32

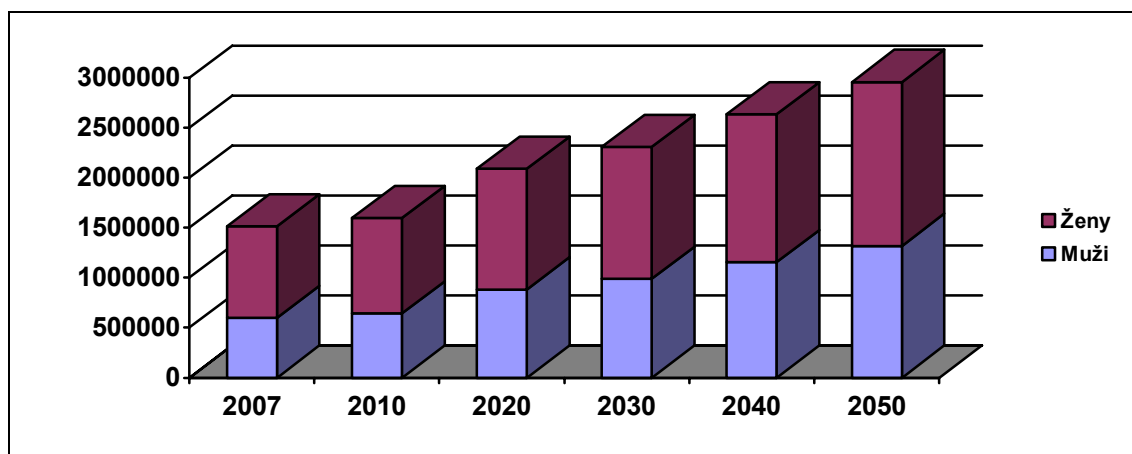
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 4.33: Podíl obyvatel starších 65 let v ČR v letech 2007-2050 v %



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 4.34: Počet mužů a žen starších 65 let v ČR v letech 2007-2050



Zdroj: vlastní zpracování

4.4.2 Očekávaný vývoj obyvatel starších 65 let v Libereckém kraji do roku 2050

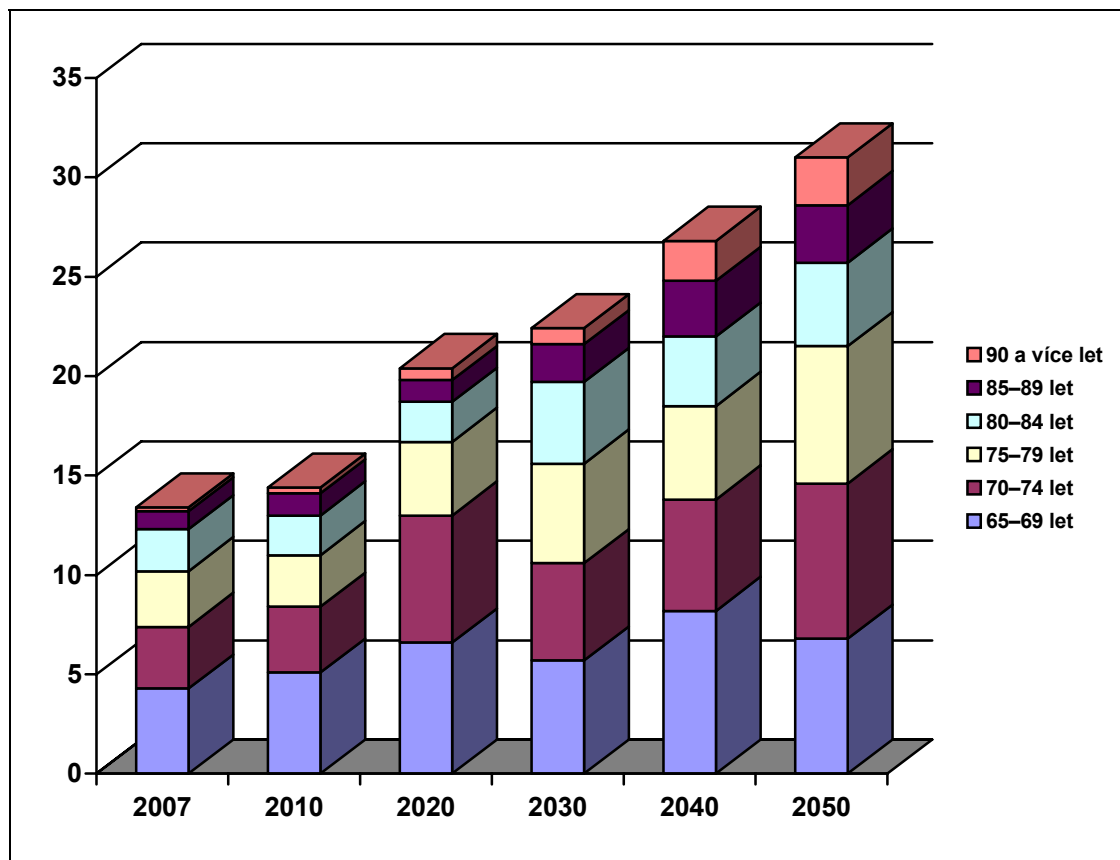
Populační vývoj obyvatel starších 65 let pro Liberecký kraj je také zpracován z údajů dostupných na webových stránkách ČSÚ (8) (není zde zahrnuta migrace obyvatel). Údaje jsou znázorněny v tabulce 4.10, kde je věk obyvatel starších 65 rozdělen v pětiletých věkových intervalech do věku 90 a více let. Počty obyvatel jsou rozepsány v desetiletém období do roku 2050. Graf 4.35 znázorňuje procentuální zastoupení zkoumaných věkových skupin v daném časovém období a graf 4.36 poukazuje na zastoupení mužů a žen ve věku 65 a více let do roku 2050.

Tabulka 4.10: Projekce obyvatel Libereckého kraje do roku 2050

Věk		2007	2010	2020	2030	2040	2050
65-69 let	muži	8118	9888	12419	10599	14452	11564
	ženy	10187	11911	14953	12204	16317	12579
70-74 let	muži	5601	5992	11648	8649	9588	12600
	ženy	7760	8186	14861	10966	11619	14765
75-79 let	muži	4489	4368	6316	8362	7518	10656
	ženy	7461	6853	9196	11886	10015	13726
80-84 let	muži	2756	2738	3012	6411	5153	6170
	ženy	6032	5639	5314	10243	7936	8816
85-89 let	muži	1029	1248	1452	2555	3830	3879
	ženy	2719	3480	3155	4849	6859	6348
90 a více let	muži	178	233	545	867	2320	2765
	ženy	704	867	1834	2277	5124	5775
celkem 65 +		57034	61403	84705	89868	100731	109643
Celkem obyvatel		425127	423512	414144	397478	375880	352836
podíl 65+ v %		13,42	14,5	20,45	22,61	26,8	31,07

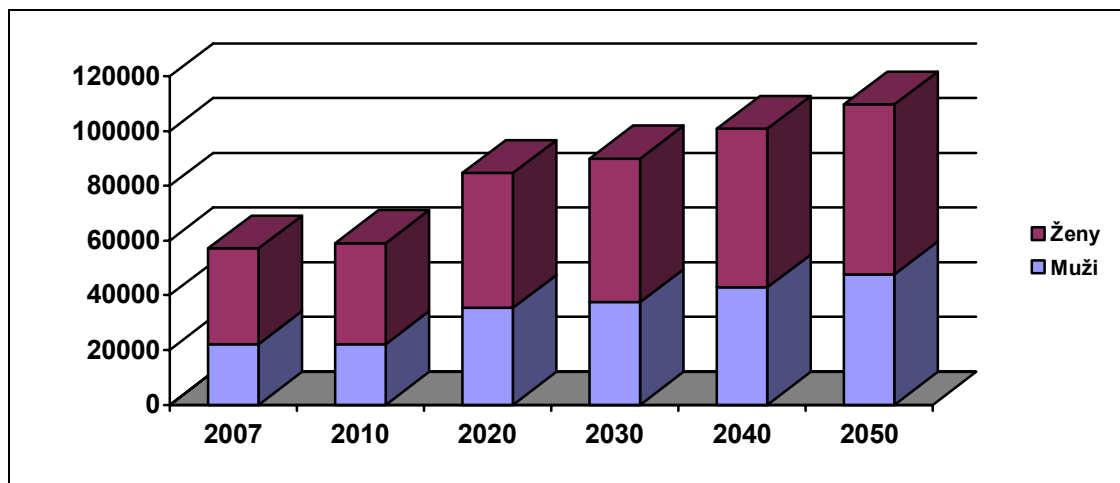
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 4.35: Podíl obyvatel starších 65 let v Liberecké kraji v letech 2007-2050 v %



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 4.36: Počet mužů a žen starších 65 let v Libereckém kraji v letech 2007-2050



Zdroj: vlastní zpracování

5 Diskuse

V úvodu diplomové práce byly stanoveny 2 hypotézy. První hypotéza předpokládala, že stárnutí populace zvyšuje poptávku po sociálních a zdravotních službách, druhá pak, že moderní evropské trendy projevující se v propojování sociálních a zdravotních služeb, se v Libereckém kraji doposud v širším měřítku nepromítají.

5.1 Demografické prognózy

Stárnutí populace je celosvětový jev a nejinak tomu je a bude v ČR či v Libereckém kraji. Z údajů ČSÚ (zachycených ve výzkumné části) vyplývá, že v roce 2007 byl podíl obyvatel starších 65 let v populaci ČR 14,57 %. V roce 2010 se tato skupina zvětší o jedno procento, v roce 2020 bude mít podíl více než 20 %, v roce 2030 přes 22 %, v roce 2040 opět o 4 % více a v roce 2050 dosáhne více než 31 %. Podíl obyvatel starších 80 let se zvýší na 9 % z dnešních 3 %. Podíl osob starších 65 let se postupně zdvojnásobí a podíl osob starších 80 let se až ztrojnásobí.

Demografické prognózy jsou do roku 2020 celkem stabilní, poté dojde k intenzivním změnám. Jsou tři faktory, které ovlivňují vývoj demografického stárnutí a ubývání populace. Prvním faktorem je velký pokrok v medicíně, zlepšení životní úrovně a současně prodlužování střední délky života. Druhým faktorem je snížená porodnost. Třetím faktorem je postup silných ročníků do seniorského věku (**12**). Silné ročníky narozené v padesátých letech 20. století dosáhnou kolem roku 2030 osmdesáti let a dostanou se tak do životního období s vysokým rizikem úmrtí. Už od roku 2010 se u této skupiny zvýší výskyt chronických nemocí a v roce 2020 budou ve věku, kdy se u nich zvýší závislost na druhé osobě. O něco později, zhruba v roce 2035, budou přecházet do důchodového věku silné ročníky narozené po roce 1970. V roce 2040 budou tyto ročníky zvyšovat skupinu sedmdesátníků a v roce 2050 skupinu osmdesátníků. Demografické znázornění, strom života v příloze 8.

Demografické prognózy Libereckého kraje (LK) se oproti ČR prakticky neliší. Podíl obyvatel starších 65ti let bude oproti ČR v LK o 1 % nižší, ale pouze do roku

2010, poté se během 10ti let rozdíl vyrovná a bude mít poměr obyvatel starších 65 let stejný. Shodný vývoj s ČR by měl do roku 2050 přetrvat.

Ke konci roku 2007 bylo podle dat ČSÚ v LK 433 948 obyvatel, z toho 13,55 % starších 65 let. Prognózy z minulých let však předpokládaly 425 127 obyvatel a podíl osob starších 65 let měl být 13,42 %. Nárůst obyvatel byl dán 12,9% vzrůstem počtu narozených dětí v roce 2007. Toho roku se narodilo přes 114 tisíc dětí, což bylo nejvíce od roku 1993. V roce 2006 počet narozených vrostl o 4,5 % a počet zemřelých klesl o 2 %. V roce 2005 klesl počet zemřelých o 3 % **(39)**.

5.2 Kapacita služeb sociální a zdravotní péče pro seniory v Libereckém kraji

V souvislosti s měnící se strukturou společnosti dochází k poklesu neformální podpory rodiny a ke ztrátě smyslu pro rodinnou solidaritu. Z vícegeneračních rodin se stávají rodiny nukleární, rodiny se stěhují za prací a rozpadají se, klade se větší důraz na individuální zájmy a dosahování úspěchů, což se týká také žen, dcer – potenciálních pečovatelek v rodině. Klesá tak počet ochotných a schopných se o nesamostatného člena rodiny postarat. Rodinná péče musí být tedy nahrazována zdravotní a sociální péčí ve formě terénních a sociálních služeb.

Odhaduje se **(1)**, že 80 % osob starších 65 let je soběstačných, popřípadě využívají pomoc rodiny, 13 % vyžaduje pomoc v domácnosti, 7–8 % vyžaduje domácí péči (ošetřovatelská a pečovatelská) a 2–3 % vyžaduje ústavní péči. V roce 2007 bylo v LK 58 800 obyvatel starších 65 let. Podle odhadů, by tak mělo 7 644 obyvatel (13 %) využívat pomoc v domácnosti a 1 764 obyvatel (3 %) mělo vyžadovat ústavní péči. V roce 2020 bude potřebovat ústavní péči 2500 obyvatel a v 2050 téměř 3300.

5.2.1 Zařízení pobytových služeb sociální péče v Libereckém kraji

V Libereckém kraji bylo zjištěno během výzkumu 16 zařízení s celkem 1364 místy v domovech pro seniory, v domovech se zvláštním režimem a s respitní péčí. Na konci roku 2007 bylo v kraji 58 800 obyvatel starších 65 let, tedy v přepočtu měl kraj 23 lůžek na 1000 obyvatel starších 65 let. Doporučené normativy vybavenosti službami, které uvádí docent Průša pro domovy důchodců jsou 26 lůžek na 1000

obyvatel starších 65 let **(30)**. Vybavenost místy těchto služeb je tedy v LK mírně pod doporučenými normativy.

Zřizovateli služeb jsou v 65ti% kraj, v 20% obce. Dalšími subjekty byly církve a jiné fyzické osoby, po 7 %.

Pomocí výzkumu provedeného dotazníkovým šetřením bylo možné sestavit obraz o kapacitě domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem, jejich využití a stávající poptávce o služby.

Zkoumaných zařízení bylo 9 z celkového počtu 16 v LK. Zkoumaná zařízení tak zahrnovala 50 % kapacity lůžek pobytových sociálních služeb pro seniory. Z 9 zařízení 6 zajišťovalo obě výše zmíněné služby, 3 zařízení poskytovaly pouze domov pro seniory. Třetina zkoumaných lůžek zajišťovala službu domova se zvláštním režimem a dvě třetiny byly službou domova pro seniory. Služba domova pro seniory zajišťovala jak lůžka s komplexní sociální službou pro zhruba 50 % uživatelů, tak ošetrovatelské oddělení pro druhou polovinu uživatelů, kteří vyžadovali zvýšenou ošetrovatelskou péči z důvodu špatného zdravotního stavu. Požadavek na tak velkou kapacitu lůžek s ošetrovatelskou péčí poukazuje na nedostačující kapacitu lůžek následné ošetrovatelské péče v síti zdravotnických zařízení, kterou také zmiňuje ve svých výzkumech VÚPSV **(1)**. Podíl ošetrovatelských lůžek v LK v domovech důchodců byl podle výzkumu VÚPSV v letech 2002–2004 28 %. Výzkum v diplomové práci prokázal podíl ošetrovatelských lůžek ke konci roku 2008 již 34 %.

Kapacita lůžek služby pobytové sociální péče byla zkoumaná od roku 2005 do 2008. Kapacita lůžek v roce 2008 a 2007 byla stejná (683). V roce 2006 to bylo 677 lůžek. V roce 2005 to však bylo 753 lůžek. Po roce 2005 tedy došlo k 9% snížení kapacity lůžek. Příčinou toho snížení byly rekonstrukce mnoha zařízení za účelem zlepšení kvality služeb, které probíhaly v letech 2002–2005. V mnoha zařízeních před rekonstrukcí byly i šestilůžkové pokoje, dnes jsou maximálně trojlůžkové, ale spíše dvou a jednolůžkové.

Počet žádostí o pobytové služby sociální péče mají podle dotazníkového šetření vzrůstající charakter. V roce 2005 byl ve zkoumaných zařízeních počet žádostí 385, v letech 2006 a 2007 se pohyboval lehce přes 450 a v roce 2008 se zvýšil na 613. Počet

nově přijatých žadatelů o služby je každý rok téměř stejný a pohybuje se kolem 100 žadatelů. Tedy zůstává stále větší procento nepřijatých klientů. V roce 2005 bylo přijato téměř 30 %, v roce 2006 a 2007 kolem 23 %, v roce 2008 pouze 18 %. Také statistická ročenka MPSV 2007 **(24)** uvádí v LK 1100 neuspokojených žadatelů o tyto služby.

Vývojové tendence sociálních služeb, které uvádí v literatuře docent Průša **(32)**, by měly být v souladu s principem deinstitucionalizace sociálních služeb, jednou z nejdůležitějších evropských tendencí. Tento princip upřednostňuje domácí péči, senior by tak měl využívat institucionální péči jen dočasně a pobyt v ústavním zařízení by neměl být jeho konečným. Podle výzkumu však bylo ze sociálních pobytových služeb v roce 2005 a 2006 propuštěno 4 % klientů, v roce 2007 1 % a v roce 2008 necelé 0,5 %. Je důležité podotknout, že LK je jedním z posledních krajů, který nemá hospic, či jiné zdravotnické zařízení, které by částečně řešilo otázku ošetrovatelské péče o seniory v konečném stádiu života, tedy ve chvíli, kdy již domácí respitní péče nestačí.

Část dotazníkového šetření se zaměřovala na charakteristiku uživatelů. Jedním kritériem bylo pohlaví. Bylo zjištěno 31 % uživatelů mužů a 69 % žen. Dalším kritériem byl věk. Ten byl zkoumán v pětiletých věkových intervalech od 65 do 90 a více let. Nejsilnější skupina uživatelů byla ve věku 65–69 let, tvořila 24 % uživatelů. Polovinu tvořili muži a polovinu ženy. Také skupinu ve věku 70–74 let (9 %) stále tvořilo 50 % žen a 50 % mužů. Skupina 75–79letých tvořila 14 %, z toho žen již bylo 72 %. Skupina 80–84letých tvořila 21 %, z toho žen bylo 77 %. Druhá nejsilnější skupina byla ve věku 85–89 let (23 %), ženy zde tvořily 76 % uživatelů. Skupina nad 90 a více let tvořila 9 %, z toho z 88 % bylo žen. Při rozdělení věku a pohlaví pomocí výsledků z dotazníkového šetření mohu říct, že muži tvoří velmi silnou skupinu uživatelů pobytových služeb ve věku 65–74 let a ženy pak ve věku starším 80ti let. Tyto výsledky korespondují se statistickými údaji v ročence LK pro rok 2007, která uvádí naději dožití v roce 2007 v LK u mužů 73,1 let, u žen pak 79,4 let **(39)**.

Podle výzkumu stupeň závislosti u uživatelů zkoumaných služeb s věkem stoupá. U uživatelů ve věku 65–69 let mělo 1. stupeň závislosti téměř 40 % uživatelů, necelých 10 % nedosahovalo ani 1. stupně závislosti. 2. stupeň závislosti mělo 28 % uživatelů, 3. a 4. stupeň závislosti dosahovalo pak vždy necelých 12 % uživatelů.

V druhé nejsilnější skupině věkové skupině 85–89 let byl 0. a 1. stupeň závislosti zastoupen dohromady u 12 % uživatelů a 4. stupeň u 21 % uživatelů, 3. stupeň mělo 29 % uživatelů a 2. stupeň přes 30 %. Věková skupina nad 90 let měla velmi nízký počet uživatelů s 1. stupněm závislosti (13 %), bez stupně závislosti jen 7 % uživatelů a 4. stupeň byl zastoupen u 40 % uživatelů. Zvyšující potřebu sociálních služeb ve vazbě na míře závislosti a věku osob vyššího věku uvádí také v literatuře docent Průša (32), kdy 3 % osob ve věku 65–69 let potřebují pomoc při sebeobsluze, 10,5 % osob ve věku 75–79 a již 27 % osob ve věku 85–89 let vyžadují pomoc druhé osoby. U osob starších 90 let je to 80 %, kteří potřebují pomoc při sebeobsluze.

Ústavní péči by nesporně měli využívat klienti, kteří jsou nesamostatní a závislí na pomoci druhé osoby a využívání komplexní domácí péče je pro ně nedostačující. Ve výzkumu však také bylo prokázáno, že uživatelé se stupněm závislosti 0, 1 tvoří až 31 % uživatelů ústavní sociální péče. 2. stupeň závislosti pak tvoří 28 %, 3. stupeň závislosti mělo 22 % a 4. stupeň pouze 19 % uživatelů ústavní péče v LK.

Dva nejčastější důvody umístění klienta do ústavní péče byly ztráta soběstačnosti a špatný zdravotní stav. Tyto důvody opět poukazují na požadavek zvýšení kapacity zařízení ošetrovatelské péče. V případě špatného zdravotního stavu by měli klienti využívat spíše zdravotnické zařízení. Využití pobytové služby z důvodu nevyhovujícího bydlení seniora se ve výzkumu umístilo až na třetím místě. Nevyhovující bydlení je významným kritériem pro přijetí klienta do pobytových zařízení sociální péče, protože klientům nelze ve špatných bytových podmínkách poskytovat kvalitní domácí péči.

Mezi nejčastěji vyskytované onemocnění patří u uživatelů duševní poruchy, kardiovaskulární nemoci a také onemocnění pohybového ústrojí. Podobné výsledky uvádí výzkum VÚPSV (1), kde nejčastějším onemocněním v domovech důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných byly nemoci kardiovaskulární, poté následovaly onemocnění duševní a poruchy pohybového aparátu.

Závěrečná část výzkumu byla věnována posouzení, zda příspěvek na péči ovlivnil nárůst zájmu uživatelů o sociální služby. V roce 2008 se nárůst klientů navýšil oproti roku 2007 pouze o 10 % .

5.2.2 Zařízení pobytových služeb zdravotnické péče v Libereckém kraji

V Libereckém kraji se nachází 8 provozovatelů pobytových služeb ošetrovatelské následné péče nebo léčeben pro dlouhodobě nemocné, kteří provozují 11 pracovišť. Celková kapacita v kraji byla podle statistické ročenky ÚZIS 2007 pro LK **(39)** 485 lůžek. V přepočtu to je 8,2 lůžek na 1000 obyvatel starších 65 let. Počet lůžek byl od roku 2006 snížen o 2 lůžka. V roce 2004 vydal ÚZIS doporučení o optimálním počtu lůžek ošetrovatelské následné péče, který byl stanoven na 14,35 lůžek na 1000 obyvatel starších 65 let. V roce 2004 bylo podle údajů ÚZIS v Libereckém kraji 527 lůžek (9,61 lůžek na 1000 obyvatel starších 65 let). Optimální stav by byl 787, chybělo tedy 260 lůžek **(40)**. Provedeným výzkumem bylo zjištěno, že se ke konci roku 2008 nachází v LK 475 lůžek. Při počtu obyvatel starších 65 let v roce 2007 by počet lůžek ošetrovatelské následné péče měl být v roce 2008 zhruba dvojnásobný, orientačně okolo 900.

Téměř 60 % kapacity pobytové zdravotnické služby zajišťuje kraj, 30 % obce s rozšířenou působností a 10 % pověřené obecní úřady. V těchto službách není zřizovatelem jiný subjekt, např. církev či jiná právnická, fyzická osoba.

5 zřizovatelů, kteří se účastnili dotazníkového šetření, pokrývá kapacitu 400 lůžek v kraji (87,5 %). 94 % zkoumané kapacity tvořily lůžka ošetrovatelská, 4 % lůžka respitní péče a 2 % sociální lůžka.

V době výzkumu byla kapacita služby naplněná z 94 %. Doba pobytu pacienta na lůžku byla v 62 % 2 měsíce, v 35 % 3 měsíce a ve 3 % 1 měsíc. Podle údajů ÚZIS byla doba pobytu pacienta na lůžku v roce 2004 v nemocnicích na oddělení následné péče 29 dní a v LDN 94 dní **(39)**.

Poměr žen a mužů využívající tyto služby je podobný jako u pobytových sociálních služeb, ženy tvoří 71 % a muži 29 %.

Výzkum ukázal, že lůžka ošetrovatelská i sociální byla v letech 2005–2008 využívána z 95–98 %, za to lůžka respitní péče byla využita z 10 %. Výjimkou byl pouze rok 2006, kdy byla lůžka respitní péče využita ze 40 %.

Většina zdravotnických zařízení se snaží přijmout pacienta do své péče do 10 dnů od žádosti o umístění. Počet pacientů, kteří jsou ze zařízení propuštěni je okolo 80 %. 20 % pacientů v zařízení umírá.

Nečastějším důvodem pobytu pacienta na sociálním lůžku ve zdravotním zařízení je čekání na umístění do jiného ústavního zařízení, a to z důvodu špatného zdravotního stavu či nezájmu rodiny. Stejně jako u pobytových sociálních služeb, zařízení pobytových služeb zdravotní péče neuváděla jako důvod k umístění do jiného zařízení nevyhovující podmínky k bydlení. Zda by pacienti na sociálním lůžku byli schopni návratu do domácího prostředí s využitím komplexní domácí péče, nebylo možné tímto výzkumem zjistit.

Nejčastější onemocnění uvedené poskytovatelem služeb bylo onemocnění kardiovaskulárního a pohybového ústrojí.

5.2.3 Zařízení terénních služeb sociální a zdravotní péče v Libereckém kraji

V LK bylo zjištěno 44 poskytovatelů terénních sociálních služeb a 22 poskytovatelů terénních ošetrovatelských služeb. Podle dostupných informací z registrů, bylo zjištěno, že pouze 6 poskytovatelů ze všech zařízení poskytuje komplexní domácí péči, tedy pouhých 10 %. Služba komplexní domácí péče, která poskytuje službu jak pečovatelskou tak ošetrovatelskou, není v ČR příliš rozvinuta, jak také uvádí v literatuře docent Matoušek (21). V ČR jsou tyto služby poskytovány většinou odděleně.

Zřizovatelem terénních sociálních služeb jsou z 89 % obce, ze 7 % církev a pouze ze 4 % je zřizovatelem fyzická či právnická osoba.

Zřizovatelé terénních ošetrovatelských služeb jsou z 77 % fyzické osoby a jiné právnické osoby, obce a kraj zřizují 15 % subjektů, církev 8 %.

Ač bylo osloveno téměř 70 % poskytovatelů (46), do dotazníkového šetření se zapojilo pouze 21 poskytovatelů. Šetření bylo zaměřeno na formu zřizovatele služeb, kapacitu poskytované služby a využití služeb uživatelem, seniorem. Poskytované služby byly rozděleny do čtyř kategorií: pečovatelské služby, ošetrovatelské služby, rozvoz obědů a dům s pečovatelskou službou (DPS).

U zkoumaných zařízení je kapacita pečovatelské služby z 92 % zajišťována obcí a z 8 % fyzickou osobou, kapacita ošetrovatelské služby je zajištěna v 58 % fyzickou osobou, v 32 % krajem, v 10 % obcí. Dodávku obědů zprostředkovává obec v 98 %, fyzická osoba ve 2 %. DPS provozují pouze obce.

V době výzkumu byla kapacita pečovatelských služeb naplněna z 81 % a dovoz obědů z 82 %. Prostor pro další využití lze najít především u nestátních poskytovatelů těchto služeb. Tři respondenti, fyzické osoby poskytující komplexní domácí péči, poskytli v rámci odpovědi také informace ohledně postoje uživatelů k terénním pečovatelským službám. Respondenti zaznamenali, že uživatelé využívají pouze zdravotní oblast jejich služeb (popřípadě rozvoz obědů) a to z důvodu, že pečovatelská služba je od obce levnější.

Kapacita ošetrovatelských služeb byla naplněná z 83 % a DPS byly naplněny z 94 %.

Výzkum se dále zabýval užíváním služeb ze strany seniorů v období 2005–2008. Pečovatelská služba byla využívána seniory se vzrůstající tendencí po celé 4 roky. V každém roce přibýlo 40 klientů (postupně z 656 obslužených klientů za měsíc v roce 2005 na 726 v roce 2008). Zájem o rozvoz obědů byl v letech 2005–2007 podobný. V roce 2008 se počet klientů navýšil o 70, na 635 klientů měsíčně. Naplnění DPS se plynule zvyšovalo po 4 roky, a to z 567 na 615 klientů.

Ošetrovatelské služby byly hodnoceny podle počtu ošetřených pacientů za celý rok. Počet klientů byl v roce 2005 1358. V roce 2006 k nárůstu téměř nedošlo, znatelný nárůst pak nastal v letech 2007 a 2008, kdy bylo ošetřeno celkem 1805 pacientů.

V roce 2008 byl zjištěn na základě zvyšujícího se počtu žádostí také zvýšený zájem o umístění do DPS. Žadostí bylo v roce 2005 159, v roce 2008 183. V letech 2005, 2006 a 2008 bylo umístěných žadatelů do DPS okolo 50 %. Pouze v roce 2007 došlo k výraznému poklesu umístění žadatelů do DPS, a to na 30 %. Někteří zřizovatelé zahájili činnost DPS v roce 2008, podle dotazníkového šetření, a rozšířili tím nabídku bytů a opět zvýšili procento uspokojených žadatelů. Také statistická ročenka LK 2008 uvádí nárůst DPS v kraji od roku 2005, kdy byl jejich počet 42, v roce 2006 82 a v roce 2008 již 88 v kraji (4).

Výrazně se také navýšil počet žádostí o pečovatelské služby. V roce 2005 jich bylo 95, ve dvou následujících letech mírně přes 110 a v roce 2008 jich bylo již 173. V letech 2005–2007 bylo uspokojeno téměř 100 % žadatelů o pečovatelské služby, v roce 2008 už to bylo pouze 88 %. Zájem o dovoz obědů se od roku 2005 do 2008 zdvojnásobil a uspokojeni byli všichni klienti.

Rozdělení uživatelů terénních služeb podle pohlaví bylo zjištěno pouze u DPS, 79 % uživatelů tvořily ženy.

U zkoumaného souboru 182 uživatelů pečovatelských služeb byla hodnocena kritéria ovlivňující využití služeb: stupeň závislosti, věk a pohlaví. 48 % uživatelů pečovatelských služeb nedosahovalo 1. stupně závislosti, 34 % mělo 1. stupeň závislosti, 2. stupeň závislosti byl zjištěn u 16 %, 3. a 4. stupeň závislosti dosahovalo 2 % uživatelů. Muži byli nejvíce zastoupeni ve věkové skupině 65–69 let, a to z 32 %. Nejsilnější věkovou skupinou žen, byly ženy v rozmezí 75–84 let, což tvořilo 55 % všech žen.

Nejčastější onemocnění, které se vyskytuje u uživatelů terénních služeb, je onemocnění kardiovaskulární. O druhé místo se dělí nemoci endokrinní (cukrovka) a nemoci duševní / nemoci nervové soustavy (stav po cévní mozkové příhodě).

Nejčastějším důvodem, proč senioři využívají pečovatelských služeb, byla zhoršená soběstačnost.

Výzkum ošetrovatelské péče byl také zaměřen na délku péče o jednoho pacienta a na nejčastější výkony prováděné v domácím prostředí. Domácí péče poskytovaná pacientovi trvá nejčastěji 2 týdny. Déle je to velmi zřídka a to např. v případech, kdy se jedná o respitní domácí péči. Mezi nejčastější výkony ošetrovatelské péče patří odběry biologického materiálu, převazy ran a aplikace injekcí. Nejmenší zájem je o domácí respitní ošetrovatelskou péči.

Poslední část výzkumu se věnovala nárůstu zájmu ze strany uživatele o služby terénní pečovatelské péče ve vztahu k zavedení příspěvku na péči v roce 2007. V roce 2007 byl poskytovatelem zaznamenán nárůst požadavků o pomoc při chodu domácnosti a na dovoz jídla, v roce 2008 se však snížil zájem o pomoc v domácnosti a pomoc při kontaktu se sociálním prostředím, ale došlo k navýšení zájmu o pomoc při hygieně.

Hypotézy, které byly na začátku práce stanoveny, byly potvrzeny.

Hypotéza 1: Výzkum potvrdil, že kapacita lůžek pobytové služby sociální i zdravotní péče je v souvislosti s dnešní poptávkou ze strany uživatelů nedostačující. Kapacita v LK nedosahuje doporučených normativů vybavenosti, zejména v oblasti pobytových zdravotních a sociálních služeb. Zvyšuje se počet žádostí o služby jak terénní tak pobytové. Narůstá počet neuspokojených žadatelů převážně o pobytové služby, kapacita terénních služeb je dnes na hranici uspokojení všech žadatelů.

Vzhledem k demografickým prognózám a tendencím vývoje institucionálních služeb v LK, kde počet lůžek by se měl podle Střednědobého plánu vývoje služeb spíše snižovat, bude kapacita pobytových zařízení pro potřebnou seniorskou populaci nedostačující. Terénní služby mají sice dostačující kapacitu pro dnešní poptávku služeb, ale domácí zdravotně sociální péče je poskytována ve velmi úzkém spektru, je zaměřena převážně na dovoz a obstarávání jídla, výjimečně je využita pomoc v domácnosti.

Hypotéza 2: V LK se doposud nepromítají v širším měřítku moderní evropské trendy projevující se v propojování sociálních a zdravotních služeb.

Agentury komplexní domácí péče jsou zastoupeny v LK velmi málo. Převážně se vyskytují poskytovatelé buď terénních služeb pečovatelských nebo ošetřovatelských. Následkem toho chybí návaznost a propojení ošetřovatelské a pečovatelské péče v domácím prostředí seniora, trápí se na kvalitě poskytovaných služeb a dochází k vyhledávání institucionální služby seniorem, čímž nelze dosahovat podstaty deinstitucionalizace. Také nízký počet lůžek v LDN, velký počet lůžek na odděleních ošetřovatelské péče v domovech pro seniory a absence hospice v kraji poukazuje na nekoordinaci a nepropojenost těchto dvou na sobě závislých oborů.

Podle výzkumu seniorská populace v LK nevyužívá terénní zdravotně sociální péči v plném rozsahu a při zvýšené závislosti svou situaci řeší opět vyhledáváním institucionální péče. Poukazuje na to šedesáti procentní podíl uživatelů pobytových sociálních služeb, který nedosahuje 3. ani 4. stupeň závislosti.

Většinu zařízení provozují kraj nebo obce. Mezi poskytovateli pobytových sociálních služeb jsou neziskové organizace a jiné právnické osoby zastoupeny jen ve

velmi malé míře a lůžka následné péče provozují pouze kraj a obce. Terénní služby sociální péče jsou také zajišťovány z 90 % obcemi.

Je tedy zřejmé, že ani základní evropské trendy jako pluralizace poskytovatelů zdravotně sociálních služeb, rozšíření subsidiarity na místní úroveň a zvýšení počtu neziskových organizací výzkumem nebyly prokázány.

6 Závěr

Za posledních 20 let došlo v České republice k významným změnám ve vývoji zdravotně sociálních služeb. Tyto změny byly podmíněné aplikací nových principů v poskytování zdravotně sociálních služeb. Mezi tyto principy patří deinstitucionalizace služeb, pluralizace poskytovatelů služeb, demonopolizace služeb, decentralizace státní sociální správy atd. Pro aplikaci nových principů je velmi důležitá příprava, do které patří nejen legislativa, tvorba standardů kvality služeb, ale také doporučené normativy vybavenosti kraje, regionu službami. Normativy vybavenosti službami jsou ovlivněny mnoha faktory. Mezi klíčové faktory patří demografické prognózy, sociální struktura obyvatelstva, velikost obcí, míra urbanizace, geografické podmínky území atd. Všechny výše zmíněné okolnosti by neměly být opomenuty v plánování zdravotně sociálních služeb.

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb pro Liberecký kraj do roku 2013 obsahuje mimo jiné hlavní cíl, který vede k rozvoji terénních služeb pro seniorskou populaci a snížení počtu uživatelů pobytových služeb. Strategické dílčí cíle směřují k rozvoji péče o seniora v domácím prostředí, snížení počtu lůžek v domovech pro seniory za účelem zkvalitnění péče a k náhradě rušených pobytových zařízení např. pečovatelskou službou. Některé cíle však podle výzkumu nekorespondují s požadavky demografického vývoje. Ten prokazuje stárnutí populace v kraji, kdy podíl osob starších 65 let se v populaci zvýší z dnešních 14 % postupně do roku 2050 na 31 % a podíl osob starších 80 let se zvýší ze 3 % na 9 %. Lze tedy usuzovat, že po roce 2020 dojde k výraznému zvýšení zájmu a potřeby zdravotně sociálních služeb pobytového a terénního typu.

Se zvyšujícím se počtem osob vyžadující institucionální péči ve výhledu na roky 2030–2040 nebude stačit ani kapacita pobytových sociálních služeb v Libereckém kraji, která sice dnes téměř dosahuje doporučených normativů, ale ani kapacita zdravotních pobytových služeb, která dnes dosahuje poloviny doporučeného normativu vybavenosti lůžek následné péče.

Terénní zdravotně sociální služby mají sice vyhovující kapacitu pro dnešní poptávku, ale jsou poskytovány ve velmi úzkém spektru. Pečovatelská služba je zaměřena převážně na dovoz a obstarávání jídla, výjimečně je využita služba pomoc v domácnosti. S postupným uplatňováním principů vývoje zdravotně sociálních služeb, které vedou k upřednostňování pobytu klienta v domácím prostředí před institucionální péčí, budou terénní služby dnešní kapacity nedostačující. Již provedený výzkum poukazuje na vzrůstající tendenci potřeby terénních služeb v letech 2005–2007 a také v roce 2008 byl zaznamenán větší zájem o širší spektrum pečovatelských služeb.

Aplikace moderních evropských standardů ve zdravotně sociálních službách se v širším měřítku v LK se zatím neprojevila. Podle výzkumu seniorská populace v LK nevyužívá terénní péči v plném rozsahu a upřednostňuje stále institucionální péči. Agentury komplexní domácí péče jsou zastoupeny v kraji velmi málo. Vyskytují se zde poskytovatelé oddělených terénních služeb, a to buď jen pro pečovatelské služby nebo pro služby ošetrovatelské. Následkem toho chybí návaznost těchto dvou služeb související s kvalitou péče a podporou klienta zůstat ve svém domácím prostředí.

V širší měřítku chybí v LK také návaznost terénních a pobytových zdravotně sociálních služeb. Nemocnému senioru se dostává v síti zdravotnických zařízení akutní léčby. Podle optimálních postupů, by měl být klient přemístěn na oddělení následné péče po vyčerpání akutních léčebných prostředků, pokud onemocnění snížilo jeho soběstačnost a omezilo návrat do domácího prostředí. Na oddělení následné péče by měl senior nabýt nejvyšší možné samostatnosti a soběstačnosti. Poté může být propuštěn zpět do domácího prostředí, a to se zajištěnými službami komplexní domácí péče, pokud to jeho zdravotní a sociální situace vyžaduje. Senior by měl využívat další jiná institucionálního zařízení jako např. LDN, hospic, domov pro seniory až v případě, že služby domácí péče jsou pro něj nedostačující.

Řešení nedostatku pobytových zdravotně sociálních služeb je velmi obtížné. Žadatelé o umístění do domova důchodců by měli podléhat striktnímu výběru pro přijetí, tím by se mohl snížit nápor velkého počtu uživatelů služeb v nastávajících letech. Kritéria výběru by měla brát v úvahu především stupeň závislosti žadatele

a rozsah zdravotní péče, kterou by vyžadoval. Pobytové služby by měly využívat osoby vyžadující každodenní několikahodinovou péči.

V některých domovech pro seniory jsem se setkala s bodovým systémem, který zahrnuje široké spektrum kritérií rozhodující o přijetí, přesto podle výzkumu 31 % uživatelů v domovech pro seniory mohlo být v domácím prostředí a využívat terénních služeb. Také značný podíl lůžek domovů pro seniory obsazují osoby vyžadující zvýšenou ošetrovatelskou péči a měli by spíše využívat zdravotnickém zařízení.

Není jednoduché stanovit číslo, které by stanovilo, jaká má být kapacita LDN, domovů pro seniory a jakou požadovat kapacitu komplexních domácích služeb v daném roce. Významnou součástí plánování kapacity zkoumaných služeb je mimo jiné spolupráce s veřejností a hlavně její informovanost. Důležité je, aby právě osoby, které budou přecházet do seniorského věku, věděly o možnostech využívání terénních služeb, věřily jejich kvalitě a výhodám před institucionální péčí. Měly by dále vědět o možných sociálních příspěvcích na péči, které by měly být využívány právě na služby a ne jako přilepšení k důchodu nebo vnoučatům.

Věřím, že diplomová práce přispěje k osvětě této problematiky mezi poskytovateli služeb i mezi uživateli. Že napomůže také k uvědomění veřejnosti o důležitosti změn ve zdravotně sociální politice, které vyžaduje stárnutí populace. Potřebné změny v sociálně zdravotní oblasti se týkají nejen zlepšení kvality péče o seniorskou populaci, ale také zvýšení prestiže povolání zdravotně sociálních pracovníků, která je důležitá jak pro kvalitu poskytované péče, tak i pro zvýšení zájmu o vykonávání této potřebné profese.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ČERVENKOVÁ, A., BRUTHASOVÁ, D., PECHANOVÁ, M. *Sociálně zdravotní služby poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovech důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. 1. vydání. Praha: VÚPSV, 2006. 87 str. ISBN 80-87007-35-2.
2. Český statistický úřad. Naděje dožití. (on line) Platný [http://www.czso.cz/xs/redakce.nsf/i/21A7A7B5FE79131AC125732B0046DEA2/\\$File/Naddoziti.pdf](http://www.czso.cz/xs/redakce.nsf/i/21A7A7B5FE79131AC125732B0046DEA2/$File/Naddoziti.pdf), 10. listopadu 2008.
3. Český statistický úřad. Statistická ročenka Libereckého kraje 2008. Charakteristika Libereckého kraje. (on line) Platný <http://www.czso.cz/xl/edicniplan.nsf/tab/13002DEE1F>, 10. listopadu 2008.
4. Český statistický úřad. Statistická ročenka Libereckého kraje 2008. Sociální zabezpečení, vybraná zařízení sociálních služeb. (on line) Platný [http://www.czso.cz/xl/edicniplan.nsf/t/13002DEEA1/\\$File/13-5101081021.pdf](http://www.czso.cz/xl/edicniplan.nsf/t/13002DEEA1/$File/13-5101081021.pdf), 17. dubna 2009.
5. Český statistický úřad. Věkové složení obyvatelstva podle jednotek věku, muži – varianta: STŘEDNÍ. (on line) Platný http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/publ/4020-03-do_roku_2050, 10. ledna 2009.
6. Český statistický úřad. Věkové složení obyvatelstva podle jednotek věku, ženy – varianta: STŘEDNÍ. (on line) Platný http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/publ/4020-03-do_roku_2050, 10. ledna 2009.
7. Český statistický úřad. Liberecký kraj: Počet obyvatel podle pohlaví a věku k 31.12 1998-2007. (on line) Platný [http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/750021E9DC/\\$File/4027080308.pdf](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/750021E9DC/$File/4027080308.pdf), 9. ledna 2009.
8. Český statistický úřad. Liberecký kraj: Věkové složení obyvatelstva podle pětiletých věkových skupin: muži a ženy. (on line) Platný <http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/p/4021-03>, 18. března 2009.

9. DYSMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vydání. Praha: Karolinum, 2007. 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.
10. HRDÁ, J. Přednášky na ZSF JU. *Geriatric a Gerontologie*. České Budějovice, 2005
11. KALVACH, Z. a kol. *Úvod do gerontologie a geriatric*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0.
12. Klufová, R. Přednášky na ZSF JU. *Demografické metody a analýzy*. České Budějovice, 2008.
13. Komunitní plán sociálních služeb regionu Liberec na období 2008–2013. (online) Platný http://www.liberec.cz/files/30320/1.Komunitn_pl_n_soci_in_ch_slu_eb_regionu_Liberec_2008_-_2013.pdf, 14. prosince 2008.
14. Komunitní plánování, o.p.s. Metodiky pro plánování sociálních služeb. (online) Platný http://www.komplan.cz/soubory/metodiky_pro_planovani.pdf, 8. listopadu 2008.
15. Komunitní plánování sociálních služeb. (online) Platný http://www.kpss.cz/index.php?art=index&art_id=17, 10. listopadu 2008.
16. KOPECKÁ, P. Kvalita života a zdravotně sociální péče. *Zdravotní politika a ekonomika*. Kostelec nad Černými lesy: IZEP – Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2002, roč. 5, s. 5-11. ISSN 1213-8096.
17. Krajská nemocnice Liberec. Oddělení geriatrické a následné péče. (on line) Platný http://www.nemlib.cz/web/index.php?menu=1_33_6, 26. února 2009.
18. Liberecký kraj. Úhrady zdravotní péče v pobytových zařízeních soc. služeb. (online) Platný <http://www.kraj-lbc.cz/index.php?page=3318>, 26. ledna 2009.
19. Liberecký kraj. Katalog sociálních služeb LK. Terénní pečovatelské a ošetrovatelské služby. (on line) Platný <http://www.krajbc.cz/index.php?page=557>, 3. ledna 2009.
20. LORM, o.s. Průvodce zákonem o sociálních službách. (online) Platný <http://www.lorm.cz/cs/hluchoslepi/pruvodce-zaknem-o-socialnichsluzbach.php>, 3. prosince 2008.

21. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
22. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Registr sociálních služeb, domovy pro seniory, Liberecký kraj. (on line) Platný http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?sd=domovy+pro+seniory&zak=Libereck%C3%BD&zaok=&SUBSESSION_ID=1236681165019_82, 2. ledna 2009.
23. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Registr sociálních služeb, pečovatelská služba, Liberecký kraj. (on line) Platný http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1236680958564_1&zak=Libereck%C3%BD&zaok=&sd=pe%C4%8Dovatelsk%C3%A1+slu%C5%BEba, 10. ledna 2009.
24. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2007. (on line) Platný http://www.mpsv.cz/files/clanky/5942/Statisticka_rocenka_2007.pdf, 2. dubna 2009.
25. Nemocnice Česká Lípa. Lůžka následné péče (LDN). (on line) Platný <http://www.nemcl.cz/cz/oddeleni-nemocnice/nemocnice/luzkova-ddeleni/luzka-nasledne-pece-ldn/>, 26. února 2009.
26. Nemocnice Jablonec nad Nisou. Centrum doléčování a rehabilitace (LDN). (on line) Platný <http://www.nemjbc.cz/cs/oddeleni/centrum-dolecovani-a-rehabilitace/>, 26. února 2009.
27. Nemocnice Tanvald. Oddělení následné péče. (on line) Platný <http://nemtnv.cz/oddeleni/oddeleni-nasledne-pece/>, 26. února 2009.
28. Panochova nemocnice Turnov, s.r.o. Oddělení následné rehabilitace. (on line) Platný <http://www.nemtur.cz/index.php?id=211>, 1. dubna 2009.
29. PRŮŠA, L. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*. 1. vydání. Praha: VÚPSV, 2007. 38 s. ISBN 978-80-87007-73-0.
30. PRŮŠA, L. *Ekonomie Sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: ASPI, 2007. 180 s. ISBN 978-80-7357-255-6.
31. PRŮŠA, L. *Ekonomie Sociálních služeb*. 1. vydání. Praha: ASPI, 2003. 152 s. ISBN 80-86395-69-3.

32. PRŮŠA, L. a kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. 1. vydání. Praha: Socioklub, 1997. 271 s. ISBN 80-902260-1-9.
33. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vydání. Praha: Portál, 2004. 392 s. ISBN 80-7178-829-5.
34. Sociální služby Semily. Domov důchodců Semily. (on line) Platný <http://www.ddsemily.cz/download.php?sekce=2>, 9. března 2009.
35. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Liberecký kraj 2009–2013. (online) Platný <http://www.kraj-lbc.cz/index.php?page=1971>, 6. prosince 2008.
36. TOMEŠ, I. *Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenosti*. 2. vydání. Praha: Socioklub, 2001. 262 s. ISBN 80-86484-009.
37. Ústavní soud České republiky. Listina základních práv a svobod. (online) Platný http://www.concourt.cz/pages/prav_uprava/listina.html, 4. listopadu 2008.
38. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Registr zdravotnických zařízení. (on line) Platný <http://www.uzis.cz/uzis/rzz/rzz.htm>, 2. ledna 2009.
39. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Zdravotnická ročenka Libereckého kraje 2007. (on line) Platný http://www.uzis.cz/article.php?type=1&mnu_id=5100&mnu_action=select, 12. února 2009.
40. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Aktuální informace 39/2004. (on line) Platný <http://www.google.com/search?q=39%2F2004&btnG=Hledat&num=100&site=search=www.uzis.cz%2F>, 12. února 2009.
41. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
42. VURM, V. Generace 50 plus ve stárnoucí Evropě. In: *Sborník II. mezinárodní konference problematika – generace 50 plus*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, ZSF, 2005. ISBN 80-7040-821-9.
43. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Ostrava: Sagit, 2007. 256 s. ISBN 978-80-7208-608-5.
44. Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích (obecní řízení). (online) Platný http://www.municipal.cz/predpisy/128_00.htm, 12. listopadu 2008.

45. Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích (krajské řízení). (online) Platný http://www.municipal.cz/predpisy/129_00.htm, 12. listopadu 2008.
46. Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře. Ostrava: Sagit, 2007. 256 s. ISBN 978-80-7208-608-5.
47. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Ostrava: Sagit, 2007. 320 s. ISBN 978-80-7208-614-6.
48. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění. Ostrava: Sagit, 2007. 320 s. ISBN 978-80-7208-614-6.
49. ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.
50. Zdravotní politika Libereckého kraje. (online) Platný <http://www.kraj-lbc.cz/index.php?page=12>, 26. ledna 2009.
51. Zdravotně sociální služby Turnov. Domov důchodců Pohoda. (on line) Platný http://www.zsst.cz/index.php?page=main/ddp_odlehcovaci_sluzba_poskytovane_sluzby.php, 9. března 2009.

8 Klíčová slova

Komunitní plánování

Komplexní domácí péče

Služby sociální péče

Služby zdravotní péče

Stáří

Stárnutí populace

9 Přílohy

Příloha 1: Organizační struktura komunitního plánování sociálních služeb Liberec

Příloha 2: Geografická mapa a administrativní členění Libereckého kraje

Příloha 3: Dotazník pro poskytovatele pobytových služeb sociálních péče

Příloha 4: Dotazník pro poskytovatele pobytových služeb zdravotní péče

Příloha 5: Dotazník pro poskytovatele terénních služeb sociální a zdravotní péče

Příloha 6: Očekávaný vývoj populace ČR podle hlavních věkových skupin do r. 2050

Příloha 7: Očekávaný vývoj průměrného věku obyvatel ČR do roku 2050

Příloha 8: Věkové složení obyvatelstva Libereckého kraje k 31. 12. 2007