

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIÁLNÍ PRÁCE

Eliška Hyková

**Dostupnost sociálních služeb pro
rodiny pečující o seniora na Semilsku**

Obor : Sociální práce

Forma studia : prezenční

Akademický rok : 2006/2007

Vedoucí bakalářské práce : PhDr. Pavla Kodymová

Oponent bakalářské práce : Mgr. Lada Kocourková

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Semilech dne 30.12.2006

Podpis :

Obsah

Úvod.....	1
1. Stáří.....	2
1.1. Biologické stárnutí.....	3
1.2. Sociální aspekty biologických změn.....	4
1.3. Psychologie starého člověka.....	4
1.4. Stáří a nemoc.....	5
2. Pečující - rodina.....	7
2.1. Okolnosti ovlivňující rodinu při péči o své stárnoucí členy.....	8
2.2. Stupně péče o seniora.....	14
2.3. Potřeby pečujících.....	14
2.4. Zátěž pečovatelů v ČR.....	17
3. Pečovaná osoba - senior	19
3.1. Potřeby starého člověka.....	20
3.2. Stupně závislosti starého člověka na pomoci druhých.....	21
4. Legislativa.....	23
4.1. Zákon č.100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení.....	23
4.2. Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách.....	24
4.3. Národní program přípravy na stárnutí populace v České republice na období let 2003 - 2007.....	28
5. Dostupné sociální služby pro rodiny pečující o seniora na Semilsku.....	29
5.1. Sociální služby Semily, Pečovatelská služba.....	30
5.2. Odbor sociálních věcí města Semily.....	33
5.3. Diakonie - Církev československá husitská v Semilech	34
5.4. Respitní péče Nemocnice Semily.....	35
5.5. Domácí péče.....	38
6. Případy z praxe, dostane se rodině té služby, kterou potřebuje?	40
6.1. Fyzicky nesoběstačný senior.....	40
6.2. Senior s demencí.....	43

Závěr.....	46
Seznam použité literatury.....	48
Příloha.....	51

Úvod

Stáří a stárnutí je jedním z hlavních fenoménů dnešní doby. Starých lidí přibývá a nejčastěji se o ně stále stará rodina. Jaké jsou její motivy k převzetí péče o starého, nemohoucího člověka? Kde v sobě pečovatel z řad příbuzných bere sílu to vše zvládnout? Jaké jsou jeho praktické možnosti, kdo mu s péčí může pomoci? A co vlastně starý, nemohoucí člověk potřebuje, jaké jsou jeho potřeby?

Těmito otázkami bych se ráda zabývala ve své práci. Zaměřím se na oblast, kde žiji, a to menší město a možnosti, které zde pečující rodina má. Jakých konkrétních služeb zde může rodina pečující o seniora využít a jak jich využívá. Pokusím se také shrnout jakou úlohu má ve zprostředkování služeb a vlastně jak do celého systému služeb zapadá sociální pracovník a jak může rodině potažmo přímo seniorovi pomoci.

Práce je rozdělena do několika částí. První část se věnuje tématu stáří a stárnutí, různým pohledům na stárnutí. V druhé části se zabývám otázkami, co vede pečující rodinu k tomu pečovat o svého starého člena, jaké zde mohou nastat problémy a s čím se pečující potýkají. Třetí část je věnována pečované osobě, tedy seniorovi. Jaké jsou jeho potřeby, do jaké míry může být závislý na pomoci rodiny. Ve čtvrté kapitole jsou zmíněny právní předpisy týkající se péče o seniora v rodině, na co má rodina, potažmo senior nárok. Pátá kapitola je věnována již praktické části, a to konkrétním službám, které mohou pečující na Semilsku využít. Poslední sedmá kapitola uvádí dvě kazuistiky. Na jejich příkladech je ukázána konkrétní situace a jak pečující v těchto případech využili služeb zde dostupných.

1. Stáří

Obecná definice stáří neexistuje. Z biologického hlediska jde o nezvratnou postupnou involuci - ubývání funkčnosti orgánů. Přirozené stárnutí je určeno souborem genetického naprogramování a dalších vlivů vnějšího prostředí, které na člověka působí během celého jeho života. Stáří nezačíná teprve ve stáří, ale každá životní etapa na něm zanechá svůj „otisk“. V praxi je jednou z nejdůležitějších charakteristik věk.

Rozlišujeme následující :

Kalendářní věk - je dán datem narození

Funkční věk - skutečný, odpovídá skutečnému potenciálu člověka

Podle WHO (Světové zdravotnické organizace) rozlišujeme :

45-59 let : střední věk

60-74 let : vyšší věk

75-89 let : pravé stáří

90 a více let : dlouhověkost

(Návrh komunitního plánu rozvoje sociálních služeb města Český Těšín, 2003)

Stárnutí se jako všeobecně rozšířený jev objevil v západních zemích až ve 20. století. Bylo to způsobeno snížením kojenecké úmrtnosti a zkvalitněním zdravotní péče a životního stylu v rané dospělosti.

V západních zemích je za hranici stáří tradičně považován věk mezi 60-65 lety, který v podstatě odpovídá věku odchodu do důchodu. V tomto věku také dochází k evidentním fyziologickým a psychologickým změnám. Někteří badatelé dělí stáří na mladší stáří - 65 - 75 let a pokročilé stáří - 75 a více let. Další variantou rozdělení je : lidé starší 65 let bývají označováni jako senioři třetího věku (vedou aktivní a nezávislý život) a seniory čtvrtého věku jsou označováni ti, kteří jsou odkázáni na pomoc druhých.

Stáří je především zkušeností žen. Mezi lidmi jsou značné rozdíly v rychlosti stárnutí, které jsou dány jak fyziologickými predispozicemi, tak i enviromentálními faktory, jako například špatnou hygienou, chudou stravou atd. (Stuart-Hamilton, 1999)

„Dvacáté století bylo v mnoha částech světa svědkem kontroly perinatální a dětské úmrtnosti, relativního růstu počtu narozených dětí, zlepšení výživy, zkvalitnění základní zdravotní péče a kontroly nad mnoha infekčními chorobami. V důsledku uvedených skutečností vzrůstá počet lidí dožívajících se vysokého věku. Zatímco v roce 1950 žilo na světě podle odhadů OSN přibližně 200 miliónů lidí ve věku 60 let a výše, v roce 2000 jejich počet vzrostl na 590 miliónů a v roce 2005 přesáhne 1 miliardu 100 mil.. V relaci k celkovému počtu lidí na světě budou tito lidé tvořit 13,7% světové populace.“ (Návrh základních principů Národního programu přípravy na stárnutí populace v České republice, důvodová zpráva s. 1)

1.1. Biologické stárnutí

Jde o objektivní stav fyzického vývoje či degenerace. Existuje několik teorií stárnutí, například *genetická teorie* - dožívají-li se rodiče vysokého věku, je pravděpodobné, že se dožijí vysokého věku i děti; *mutační teorie* považuje za příčinu stárnutí výsledek somatických mutací; *autoimunitní teorie* hovoří o tvorbě protilátek proti vlastním bílkovinám jako o důvodu stárnutí; *teorie volných radikálů* považuje volné radikály reagující s biologicky významnými látkami a měnící jejich biologické složení a tím i jejich funkci za důvod stárnutí. Existují i další teorie.

Obecným důsledkem fyzického stárnutí je zhoršování energetického zásobování mozku. V nervovém systému dochází

k úbytku neuronů centrální nervové soustavy. Ve stáří dochází k úbytku fyzických i psychických sil člověka. (Stuart - Hamilton, 1999)

S pokročilejším věkem se dostavují některé fyziologické změny, zejména : svrašťování a vysušování kůže, šedivění a ubývání vlasů, uši obtížněji vnímají vysoké tóny a jsou citlivější na šumy, slábnutí zraku, obtížnější adaptace na světlo a tmu, ochabování svalstva, ubývání kostní hmoty, rychlejší únava dýchací soustavy, změna hormonální produkce, přetváří se imunitní systém.

1.2. Sociální aspekty biologických změn

Některé z biologických aspektů stárnutí přímo ovlivňují zařazení starých lidí do sociálních skupin. Mohou být také jednou z příčin toho, že se staří lidé vyčleňují ze svého okolí. Tělo se mění a stárne. Není lehké ho přijmout, když společnost uznává kult mládí a všeho, co s ním souvisí. (Pichaud, Thareauová, 1998)

1.3. Psychologie starého člověka

O kvalitě stáří člověka rozhoduje celý jeho život. Některé psychické funkce mají sestupnou povahu. Obecně s věkem klesá elán a vitalita, vázne schopnost navazovat a později i udržovat kvalitní interpersonální vztahy, zvyšuje se nedůvěra a snižuje sebedůvěra, objevuje se rigidita v myšlení a jednání, ulpívání na tradicích a zvycích, staří lidé mají sklon ke smutku, rozmrzelým náladám. Lze říci, že negativní vlastnosti člověka se s léty zvyrazňují. Některé psychické funkce se ale s věkem nemění. Mezi tyto funkce například patří slovní zásoba, jazykové znalosti a intelekt. Někdy pouze starý člověk nemůže svoji inteligenci projevit. Zachována je i schopnost úsudku a zdrženlivost či opatrnost.

Nemoci nejsou výsadou stáří, ale samozřejmě staří lidé stůňou. Starý nemocný člověk akceptuje roli nemocného snadněji a rychleji. Někdy tím pádem rychleji rezignuje. (Stuart - Hamilton, 1999)

1.4. Stáří a nemoc

I když neexistují nemoci charakteristické jen pro stáří, pravdou je, že ve stáří je člověk nemocný. Snad i častěji, protože procesem stárnutí se organismus oslabuje.

Uvedu několik nemocí, se kterými se staří lidé mohou potýkat.

Cévní mozková příhoda - je způsobena zastavením oběhu (trombóza neboli embolie) nebo prasknutím cévy, které následně vyvolají krvácení. Tyto příhody způsobují špatnou výživu mozku a poškození, která mohou mít lehčí nebo těžší následky v závislosti na poškozeném místě a na intenzitě mozkové příhody. Pacient může ochrnout na polovinu těla, horní a dolní končetinu pravé nebo levé části těla, celkově ochrnout nebo utrpět lokální poškození - ztráta paměti, řeči, psaní, sluchu, zraku.

Artróza - je nejčastějším revmatickým onemocněním starých lidí. Může postihnout všechny klouby.

Ateroskleróza - je to jedna z forem arteriosklerózy.

Postihuje tepny a projevuje se tvrdnutím jejich stěn, které jsou normálně pružné. Je to způsobeno hromaděním lipidů. Patologická ložiska v cévní stěně způsobují zúžení průsvitu arterie a špatné prokrvení.

Šedý zákal - vzniká ztrátou průzračnosti a zakalením oční čočky. Člověk vidí vše zamlženě.

Demence - je důsledkem pomalého, ale progresivního a nezvratného mozkového poškození, které ničí paměť, řeč, soudnost a všechny rozumové schopnosti.

Deprese - depresemi může trpět člověk v jakémkoli věku. K depresi obvykle dochází po nějaké vážné události, jako je úmrtí, nehoda nebo nemoc. Člověk se nedokáže „vzchopit“, špatně spí, jí, je stále unavený, smutný, nechce vycházet a setkávat se s lidmi.

Osteoporóza - jde o úbytek kostní tkáně, řidnutí kostí. Následkem je potom křehkost kostí. U velmi starých lidí, zejména u žen, hrozí nebezpečí zlomenin, zvláště v krčku a zborcení páteře.

Parkinsonova choroba - může se projevit třemi způsoby : třesem, svalovou ztuhlostí, nepohyblivostí.

Staré lidi nelze jako skupinu posuzovat samostatně. V dobách, kdy bylo starých lidí málo a společnost ekonomicky prosperovala, bylo stáří obecně akceptováno a ctěno. Ve 20. století došlo k tzv. inflaci stáří. V dnešní době je ctěn kult mládí. (Stuart - Hamilton, 1999)

Stárnutí je „působení času na lidskou bytost“. Fyzické stárnutí přináší primárně změny struktury a následně změny funkcí, některé vlastnosti těla se nemění, nebo se dokonce zlepšují. Změny funkcí nejsou fatální. Vhodná duševní a tělesná aktivita může zpomalit nástup funkčních změn a prodloužit aktivní věk. (Pichaud, Thareauová, 1998)

2. Pečující - rodina

Historicky hraje rozhodující roli v zabezpečení svých členů rodina. Je potřeba tuto odpovědnost rodiny podporovat a posilovat, ale s ohledem na to, že jsou možnosti rodiny limitovány. Jako garant zajištění sociální ochrany oslabených či ohrožených členů společnosti je u nás brán stát. Jeho role je chápána tak, že má podpořit rodinu v péči o své členy, a jednak ji nahradit nebo doplnit tam, kde její síly nedostačují nebo kde rodina chybí. (Kuchařová in Rabušic, 1997)

Kovařík a Šmolka (1996) nabízejí zajímavou definici rodiny. Podle nich je rodina místem setkávání generací - v péči a výchově dětí, stabilizaci dospělých osobností i v péči o staré rodiče. (in Bartoňová in Jeřábek, 2005)

Důležitou podmínkou toho, aby starý člověk mohl zůstat u svých blízkých je samozřejmě to, že rodina musí chtít, umět a moci se postarat. Péče o starého blízkého člověka je velmi náročná a znamená redukovat některé činnosti a přizpůsobit denní život v rodině také potřebám seniora. Je potřeba oživit systém „předávání štafety“, což ve zkratce znamená, jak se ty staráš o své rodiče, tak se budou starat tvé děti o tebe. Rodina starající se o starého rodinného příslušníka potřebuje pomoc, měla by jí být dostupná pestrá nabídka specializovaných i občanských služeb. Hlavní roli by měla hrát péče respitní, tedy úlevová. Psychická zátěž ošetřujících je velká. (Jedlička a kolektiv, 1991)

Dříve bylo běžné soužití více generací pod jednou střechou. Dnes se geografické a často i citové vzdálenosti mezi členy rodiny zvětšily. Ochota poskytovat pomoc a péči se snižuje a je těžké naplnit a uspokojit očekávání těch nejbližších a také dostát i všem společenským očekáváním. Lidé někdy vyžadují své „právo“ přesunout odpovědnost za nemohoucí členy své rodiny na někoho jiného, na státní instituce. Je těžké odpovědět na otázku, jaké jsou povinnosti členů rodiny starat se o své

nemohoucí blízké, kam až mají tyto povinnosti zajít a jaké jsou jejich limity - ekonomické, sociologické i morální. V rodině je péče o staré rodiče založena na principu vděčnosti, lásky a vzájemného sdílení. Zejména dlouhodobé celodenní pečování je vysoce psychicky a fyzicky náročné a představuje pro pečovatele velkou zátěž. (Tošnerová, 2001)

Péče o staré lidi v rodině může mít několik podob. Může jít o neformální rodinnou péči, profesionální péči zajišťovanou formou placených služeb v domácím prostředí, o zdravotní a zdravotně - sociální péči v domácích podmínkách nebo o občasné formy péče a pomoci jako například respitní péče. (Jeřábek, 2005)

2.1. Okolnosti ovlivňující rodinu při péči o své stárnoucí členy

Komplex okolností, které podmiňují možnosti a rozsah péče vlastních rodin o své stárnoucí členy, je možno rozdělit do pěti, často vzájemně propojených, skupin faktorů, které zde hrají více či méně bezprostřední roli.

1. Potenciální počty těch, kdo mohou poskytovat péči v rodině
Do této kategorie spadá ještě několik faktorů.

- Fertilita - V ČR stejně jako v ostatních zemích EU jsou děti pečující o své rodiče druhou nejčetnější skupinou těch, kdo poskytují péči seniorům (nejpočetnější jsou jejich partneři). Jde zejména o dcery a snachy. Tato situace je ohrožena negativním vývojem plodnosti. Tudiž se bude snižovat počet potenciálních pečovatelů z řad vlastních dětí.
- Rozvodovost a opakované sňatky - Rozvodovost ovlivňuje počty těch, kdo mohou poskytovat péči seniorovi v rodině dvěma způsoby. Zvyšování počtu rozvedených znamená zvyšování počtu osaměle žijících, o které

nebude pečovat partner. Rozvedení pečují z ekonomických i sociálně psychologických důvodů o své rodiče méně často než dospělé děti z úplných rodin.

Dalšími potenciální bariérou rodinné péče je zvyšování věku v době prvního sňatku.

- Migrace - Dopady migračních trendů jsou u nás jen okrajové.
- Zdravotní stav - fyzické a psychické zdraví - Tato kategorie je velmi individuální. Lze však shrnout nejvíce relevantní faktory. Těmi je například zvyšující se průměrný věk pečovatelů, což samo o sobě znamená více zdravotních problémů. Další zdravotní či psychická zátěž, kterou přináší péče o člena rodiny se také odrazí na zdravotním stavu pečující osoby.
- Nabídka služeb a finančních příspěvků - Nabídka služeb či finanční pomoci osobám pečujícím o starší osoby spoluurčují možnosti volby rodinné péče. V EU není finanční ocenění této péče založeno na principu ekvivalentní náhrady jiného příjmu nebo vynaloženého času a energie. V Dánsku například taková dávka vůbec není z důvodu rozvinutého veřejného sektoru, péče o staré lidi není považována za odpovědnost rodiny. Oproti tomu například v Řecku neexistuje proto, že odpovědnost rodiny zde má hlubokou kulturní tradici. Proto je výjimkou i nefinanční podpora pečujících, ta je zaměřena přímo na potřeby starých.

V ČR problém spočívá v tom, že převládají institucionální formy služeb (ústavní péče), které tak rodinu staví do dilematu, má-li se rozhodnout, jak se postarat o stárnoucí příbuzné - doma s nepatrnou pomocí, nebo „odložit“ své příbuzné do ústavní péče (ale i zde je nedostatečná nabídka těchto služeb, takže existují řady čekatelů) i když stupeň jejich závislosti ještě není tak vysoký.

Další dva faktory představují vlastně konkurenční zájmy potenciálních rodinných pečovatelů. Je to jednak potřeba péče o děti a jednak profesní kariéra.

- Míra zaměstnanosti - Tento ukazatel se týká zaměstnanosti žen, protože ženy jsou druhou nejpočetnější skupinou pečovatelů. Zaměstnanost žen je v ČR vysoká. Ženy opouštějí trh práce většinou dočasně, a to v době péče o děti. Tradice zaměstnanosti a hodnoty, které ženy své profesní kariéře připisují, působí proti potenciálu rodiny (potřebě a ochotě) pečovat o své příslušníky.
- Zatížení rodiny péčí o děti - Tím jak vzrůstá věk matek při porodu prvních dětí, tak se bude zvyšovat věk rodičů, do kterého jsou na nich jejich děti závislé. Na druhou stranu je zde ale trend ke snižování počtu dětí v rodině. Ten však má současně za následek již zmiňovaný pokles potenciálních poskytovatelů péče z řad rodinných příslušníků.

2. Zájem rodiny pečovat a motivace

Do této skupiny patří subjektivní aspekty ovlivňující ochotu a motivovanost k péči o starší rodinné příslušníky.

- Mezigenerační vztahy - Ve výzkumných datech vyjadřuje souhlas s odpovědností rodiny za péči o staré okolo 80-90% respondentů (STEM, 1994; VÚPSV, 1996 in Kuchařová in Rabušic, 1997). Jistou míru závislosti vlastních rodičů si však připouští pouze malé procento vzorku celé populace. Ve věkové kohortě 45-50 let, u níž se dá předpokládat největší počet stárnoucích rodičů, jejich závislost na vlastní pomoci zažívá stále pouze 11% dotázaných. (STEM, 1995 in Kuchařová in Rabušic, 1997) Pomoc rodiny svým starým členům je převážně považována za samozřejmost (povinnost dětí vůči rodičům), reálně

je však vyžadována poměrně málo - dá se předpokládat, že až v situaci skutečné nouze a nesoběstačnosti.

- Postoje k poskytování péče, tradice - Obecně převládá uznání kulturních tradic, v nichž je závaznost a povinnost zaopatřit příbuzné ve stáří obecně zakotvena. Vstupuje do toho dnešní odlišné pojetí hodnot. Tradiční orientace se během posledních desetiletí působení welfare state transformovaly. Již existující morální motivace pro rodinnou péči se dostávají do konfliktu s hodnotami seberealizace a individualismu. Pečující osoba pak zvažuje svoji motivaci z hlediska možných pozitivních přínosů, z hlediska nákladů na péči (vynakládaná energie, sebeobětování atd.).
- Potřeba ekonomické aktivity - V zemích EU je kombinace poskytování péče v domácnosti a pracovní aktivity dost rozšířená ze dvou důvodů, které nepochybně platí i u nás. Prvním je potřeba kompenzace pečovatelských činností a uzavřenosti do rodiny jinými aktivitami, sociálními kontakty atp. Druhým důvodem je potřeba získání dalších financí, ať už na udržení životní úrovně nebo na náklady na samotnou péči.
- Potřeba podpory - Velmi častým a naléhavě deklarovaným je občasné a dočasné „osvobození“ od pečovatelských povinností, tj. převzetí pečované osoby do opatrování na určitou dobu v týdnu či měsíci jiným subjektem nebo poskytnutí dozoru nad pečovanou osobou v její vlastní domácnosti. Dalším požadavkem je poskytování více informací a odborných konzultací, v neposlední řadě i finanční podpory poskytovatelům péče.

3. Alternativní formy péče

I nabídka dalších subjektů ovlivňuje rozsah péče rodiny o starého člena. Je potřeba zaměřit pozornost na :

- Úroveň a poměr péče poskytované státními, dobrovolnými a soukromými institucemi a na vztah mezi domácími a ústavními službami - Další zdroje mohou rodinnou péči buď doplnit nebo nahradit. To vždy ovlivňuje potřebu a přání rodiny zabezpečit své stárnoucí členy. V ČR je přes řadu iniciativ soukromý a nestátní sektor v péči o seniory nedostatečně rozvinut, takže rezignace veřejné sféry na některé činnosti zvýší úlohu rodiny. Přitom ani dnes státní sektor svou nabídkou nereflektuje dostatečně poptávku. Lze jmenovat přetrvávání dualismu rodinné a ústavní péče, protože jiné formy jsou zanedbatelné, poptávka po ústavní péči nebývá uspokojena, pečovatelská služba nestačí pokrýt ani poptávku osamělých starých lidí, takže rozšíření služeb na pomoc rodinám je nemyslitelné, pro velkou část klientů se i relativně nízké úhrady jeví jako obtížně akceptovatelné, územní distribuce provozovatelů státních služeb je nerovnoměrná a neadekvátní.
- Možnosti bydlení - Kvalita bydlení starých lidí je nevyhovující, a tak nepřispívá jejich nezávislosti. Pro rodiny bývá nemožné přijmout do svého bytu dalšího obyvatele, což je podmínkou zabezpečení jeho potřeb. (Kasalová, 1991 in Kuchařová in Rabušic, 1997)

4. Veřejná politika a koncepce péče

- Vztah mezi povinnostmi státu a rodiny - Evropský trend v oblasti péče o staré lidi bychom mohli definovat jako snahu umožnit lidem co nejdéle setrvat v rodinném kruhu, a to z humanitních i ekonomických důvodů. „Lze rozlišit tři typy řešení vztahu odpovědnosti státu a rodiny : stát přebírá odpovědnost a nahrazuje rodinu (Dánsko), stát plní residuální funkce a rodinnou péči pouze doplňuje (VB, Holandsko), stát podněcuje a podporuje rodiny poskytováním služeb na ulehčení jejich

role (Německo, Itálie).“ (Salvage 1996, s.57 in Kuchařová in Rabušic, 1997)

Záměry dalšího vývoje sociálních služeb v ČR vycházejí z požadavku, že v poproduktivním věku by měl být zachován takový životní standard, který je adekvátní kvalitě života v produktivním věku. Základními vývojovými tendencemi jsou : deinstitucionalizace a individualizace péče, zajištění svobodné volby způsobu zabezpečení služeb (od pasivního pacienství k aktivnímu klientství), využití dynamizujících prvků trhu, flexibilní řešení problémů občana, stírání resortních rozdílů (komplexní zdravotně sociální péče), koordinace péče a sociálního poradenství.

- Finanční podpora pro staré a pro pečující - Většina zemí uplatňuje kombinovaný systém financování korespondující s požadovanou pluralitou poskytování služeb. Obecným trendem v rámci sociální ochrany je přenesení důrazu od plošných finančních transferů k selektivnímu poskytování sociálních služeb. V ČR je nyní vyplácena podpora občanu, který se stal sociálně potřebným z důvodu péče o blízkou osobu, jež je převážně nebo úplně bezmocná nebo je starší 80 let a potřebuje podle vyjádření lékaře péči jiné osoby. Výše podpory je závislá na tom, zda je pečováno o jednu nebo dvě osoby, a je odvozena od životního minima a příjmu pečující osoby. Působnost této dávky je tedy omezená. (Kuchařová in Rabušic, 1997)

V lednu 2007 však nabude účinnosti nový Zákon o sociálních službách, který tuto dávku upravuje.

2.2. Stupně péče o seniora

Podle toho jaké potřeby má starý člověk a podle jejich intenzity lze rozlišit tři stupně péče.

- Podpůrná péče - časově, fyzicky i psychicky méně náročná, jedná se o finanční podporu, drobné opravy v domácnosti, doprava k lékaři, obstarávání záležitostí na úřadech atd. Tento druh péče může rodina seniorovi poskytovat jen občas, podle potřeby. Nevyžaduje společné bydlení, ale stále zahrnuje emocionální složku.
- Neosobní péče - činnosti související s péčí o domácnost, například vaření, úklid, praní, žehlení. Tato pomoc je již většinou pravidelná, nedá se odkládat. Zahrnuje nejen emocionální složku ale i materiální. Tuto pomoc by mohl zajišťovat někdo jiný, než člen rodiny, například pečovatelská služba.
- Osobní péče - jedná se o fyzicky i psychicky náročnou péči spojenou s intimní péčí o starého člověka. Tato péče je vyžadována každý den, vyžaduje nepřetržitou přítomnost pečující osoby. Jde o hygienu, nakrmení, podávání léků, manipulace se starým člověkem atd. Senior je na tuto péči odkázán, je na ní závislý.
(Jeřábek, 2005)

2.3. Potřeby pečujících

Předpokládáme, že pečujícími jsou nejčastěji rodinní příslušníci pečované osoby. Rodina i nadále zůstává jednou z největších institucí, která se ujímá starých a bezmocných lidí. Za slovem rodina se skrývají všichni členové rodiny. Všichni nezaujímají vzhledem ke starému členovi stejnou pozici. Pokud bychom chtěli analyzovat, jak rodina prožívá

vztah ke starým členům, můžeme říci, že se směšují pozitivní pocity a negativními, což může vést k ambivalentním postojům.

Péče o starého člověka v rodině je převážně úkolem ženy. Pro ženu z toho vyplývá velké pracovní zatížení. Může se objevit strach, jestli se její děti také tak postarají o ni, negativní pocity vůči starému člověku, který se chová „nepřiměřeně“, jinak než byli členové rodiny zvyklí. Stává se, že vzniklý vztah mezi pečujícím a pečovaným může vést k postavení člověka podobajícího se dítěti. Starý člověk se ocitá jakoby v situaci dítěte. Někdy se starý člověk „uvelebí“ (i nevědomě) v této pozici a může žádat po druhých čím dál víc a zvyšovat svou pasivitu. (Pichaud, Thareauová, 1998)

Všichni lidé mají potřeby. Dlouhodobě pečující rodinný příslušník je ohrožen syndromem vyhoření stejně jako profesionální pečovatel. Pečovatelská zátěž (tzv. pečovatelské břemeno, carer's burden) je dnes měřitelná veličina, kterou je potřeba sledovat a profesionálové by jí měli věnovat stejnou pozornost jako nemocným seniorům samým. (Topinková 1995 in Janečková in Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005)

„Dlouhodobě pečovat o starého a nemocného člověka v rodině je vyčerpávající. Dědeček či babička se ostatním v okolí mohou jevit jako roztomilí, trochu zapomnětliví, částečně popletení a lehce mnohomluvní. Zkuste však tyto projevy snášet denně po léta, přidejte k tomu námahu plynoucí z každodenní péče a fakt, že situace, pokud se v budoucnu změní, tak k horšímu, a pochopíte vyčerpání a prožívanou úzkost těch starajících se. Ztráta soběstačnosti, nemožnost sebeobsluhy i v těch triviálních, a přesto nejdůležitějších věcech člověka degraduje.“ (Haškovcová, 1990, s.244)

Jedním ze způsobů pomoci a podpory pečujícím jsou svépomocné podpůrné skupiny rodinných pečovatelů.

Pečovatelství má určité společné prvky, mezi ně patří například smutek z představy ztráty „normality“, otřes v rodině, pocit izolace, frustrace, stres. Pečovatelé jsou

ohrožení zhoršením rodinných vztahů, ztrátou přátel, mohou trpět zdravotními problémy a zhoršenou ekonomickou situací. Na druhou stranu jsou ale tyto negativní pocity vyváženy dalším společným prvkem, kterým je jistá vnitřní síla, která žene pečující osoby dál. Pečování posiluje vzájemné vazby mezi pečovatelem a pečovaným, pocit sounáležitosti, společné sdílení a lásku. (Tošnerová, 2001)

Rodinná péče zpravidla začíná, či opět pokračuje po návratu seniora z pobytu ve zdravotnickém zařízení. (Jeřábek, 2005) Proto je velmi důležitá spolupráce daného zařízení s rodinou.

I v případě umístění starého člověka do zdravotnického či sociálního zařízení se musí rodina vypořádat s váhovitostí a nejistotou, postrádá dostatek informací a nezná své možnosti. Řadě konfliktů a nedorozumění mezi personálem a příbuznými by bylo možno zabránit zavedením standardních postupů pro komunikaci s rodinami. Zejména se jedná o naslouchání členům rodiny, jejich starostem, radám a informacím o klientovi. Rodiny by měly být zapojeny do procesu péče a rozhodování o budoucnosti jejich blízkého.

Rodina by měla být zapojena do diagnostického a terapeutického procesu i v okamžiku hospitalizace seniora a měla by se účastnit sestavování plánu propuštění. Sociální pracovník by měl být schopen rozpoznat vůli, ochotu a schopnost rodiny poskytovat seniorovi péči. Plán propuštění by měl být založen na spolupráci s rodinou a musí tedy respektovat nejen potřeby pacienta, ale i potřeby pečující rodiny. Rodina potřebuje motivaci a mělo by se jí dostat informací o nabídce podpůrných zdravotních a sociálních služeb. Důležité jsou i informace o možnostech finanční podpory, na kterou má starý člověk nebo pečovatel nárok. (Janečková in Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005)

O tomto více v kapitole o legislativě.

Gilbert Leclerc zaznamenal čtyři typy pečujících :

Autoritativní typ - má tendenci starému člověku vnučovat svůj názor a svá rozhodnutí. Myslí si, že nejlépe ví, co je pro starého člověka dobré. Nezabývá se moc tím, co by člověk, o kterého pečuje, mohl udělat sám, na co by stačil.

Manipulující typ - nevnucuje svá rozhodnutí z pozice moci a svého postavení, ale manipuluje s osobou, o kterou pečuje. Chování člověka tohoto typu je poznamenáno určitým pohrdáním a chybí mu schopnost vidět skutečné potřeby člověka.

Ochranitelský typ - nepřiměřeně ochraňuje starého člověka do té míry, že mu brání v činnosti. Vykonává pak za něj všechno a tím mu brání rozvíjet jeho autonomii.

Spolupracující typ - je pozorný ke schopnostem starého člověka a nezaměřuje se na jeho závislost. Akceptuje horší kvalitu a menší rychlost činnosti. „Nechává“ starého člověka dělat a nebo „dělá s ním podle jeho rytmu“.

Aby mohla rodina být se svým starým členem a pomáhat mu, potřebuje často také ona sama pomoc. Zvláště když její úkol je těžký a trvá dlouho. (Pichaud, Thareauová, 1998)

2.4. Zátěž pečovatelů v ČR

Následující údaje pocházejí z výsledků výzkumu Ambulance pro poruchy paměti - Reflexe laických pečovatelů v ČR na konci tisíciletí, který byl realizován v letech 1998 - 1999. Cílem studie bylo stanovit míru pečovatelské zátěže a stanovit rizika laického rodinného pečovatele v ČR. Jako „závislá osoba“ byla definována osoba, která v důsledku ztráty fyzické, psychické nebo intelektuální autonomie potřebuje podstatnou pomoc k uspokojování životních potřeb. „Péče“ byla definována jako činnost v rámci, v němž se pečující věnuje osobě tělesně či psychicky postižené takovým způsobem, že se snaží důsledky jejího znevýhodnění zmírnit. Celkový vzorek pečovatelů byl

381. Vznikl „sebevýběrem“ lidí - čtenářů několika periodik a posluchačů Českého rozhlasu, kteří si mohli napsat o výtisk příručky pro pečovatele zdarma, dále vzorek tvořili pečovatelé z různých zařízení a pak pečovatelé pobírající příspěvek při péči o osobu blízkou.

Dotazníky vyplnily především ženy. Z výzkumu vyplynulo, že péče je vnímána jako práce v domácnosti, a že jde o práci určenou především ženě. Nejčastější vztah mezi pečovatelem a příjemcem péče byla středoškolsky vzdělaná dcera starající se o matku. Největší zátěží pro pečující pak bylo bydlení ve společné domácnosti.

Shrnutí výzkumu zátěže pečovatelů v různých souvislostech :
Vztah pečovatel - rodina : Zátěž pečovatele je menší při podpoře nejbližší rodiny, širšího příbuzenstva, pochopení ošetřujícího lékaře.

Vztah pečující - pečovaný : Nejčastější je případ, kdy dcera pečuje o matku. Dále pak převažuje péče mezi partnery.

Vztah pečující - dosažené vzdělání : Čím vyšší vzdělání pečovatele, tím je méně pravděpodobné, že se stará sám.

Vztah samostatnost péče - pohlaví pečovaného : Pokud je osobou, o kterou je pečováno muž, pak 50% pečovatelů uvádí, že se starají sami.

Postižení pečovaného : Pro pečujícího jsou vždy vážnou zátěží poruchy chování. (Tošnerová, 2001)

3. Pečovaná osoba - senior

Pojem pečovaná osoba se většinou nikde neuvádí. V souvislosti s tématem mé bakalářské práce se v zákoně 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení uvádí v případě příspěvku při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu v paragrafu 80, že příspěvek náleží občanovi pečujícímu osobně, celodenně a řádně o blízkou osobu, která je převážně nebo úplně bezmocná či je starší 80 let a je částečně bezmocná. Příspěvek také náleží člověku, který pečuje o jinou než blízkou osobu a žijí spolu ve společné domácnosti.¹

Pokud je člověk schopen žít sám, je to samozřejmě jediné dobře pro jeho nezávislost. Je schopen se sám o sebe postarat a nemusí být tudíž vázán na jiné lidi. Může však potřebovat pomoc s obstaráním či zařízením základních věcí, jako například pomoc s úklidem, nákupem atd. Je tedy potřeba znát potřeby rizikových starých osob a nabídnout jim služby, které pomohou řešit jejich životní situaci, vzniklou ať už ze zdravotních, sociálních či ekonomických důvodů. (Janečková in Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005)

Péče v rodině má pozitivní vliv na psychiku osoby, o kterou je pečováno. Na člověka působí pozitivně nejen domácí prostředí, ale i přítomnost blízkých osob. To se pozitivně odráží na jeho zdravotním stavu. Při péči doma je také omezena možnost různých infekcí, což se v případě pobytu v ústavním zařízení říci nedá.

V některých případech si starý člověk nemusí rodinnou péči přát. Může to být z různých skrytých důvodů, za které se senior stydí, nebo nechce rodině být na obtíž, nebo vztah mezi pečující osobou a pečovaným není dobrý. (Bartoňová in Jeřábek, 2005)

¹ Příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu bude vyplácen do konce roku 2006. Od 1. ledna 2007 platí nový zákon o sociálních službách, který tento příspěvek a jeho vyplácení upravuje.

3.1. Potřeby starého člověka

K hodnocení potřeb starých lidí sociální pracovník obvykle využívá rozhovoru se starým člověkem, pozorování jeho chování a prostředí. U nás však není věnována náležitá pozornost vyhledávání a sledování ohrožených starých lidí. Existují i standardizované diagnostické testy stanovující stupeň závislosti při každodenních činnostech, sebeobsluze a úroveň kognitivní schopnosti, které používají zdravotníci. Při hodnocení potřeby sociální intervence je třeba brát v úvahu funkčnost rodiny a komunity, úroveň aktivity a soběstačnosti klienta, jeho ekonomickou situaci, dostupnost služeb, vhodnost domácího prostředí z hlediska bezpečnosti fyzické i psychické (bezbariérovost, vztahy). Na regionální úrovni neexistuje závazné rozdělení povinností mezi praktické lékaře, agentury domácí péče, pečovatelskou službu nebo pověřeného sociálního pracovníka. Rozvíjí se však komunitní plánování, jež by mělo pomáhat k vyhledávání potenciálních uživatelů služeb. Terénní sociální práce by se měla zaměřovat na staré lidi, kteří neumějí, nemohou nebo nechtějí signalizovat své potřeby. Ohroženi jsou lidé hodně chudí, žijící osaměle, dvojice vzájemně na sebe silně závislých starých lidí, senioři propuštění z nemocnice, senioři odkázaní na péči rodiny.

Ideální situace by byla taková, že by sociální pracovník monitoringem potřeb získal dostatek informací o potřebách klienta, jeho prostředí a dostupných službách a sestavil s klientem a jeho rodinou balíček potřebných služeb. Cílem je udržet starého člověka co nejdéle v jeho domácím prostředí a podpořit rodinu v pečovatelském úsilí. U nás však takováto situace není, protože do této role je sociální pracovník delegován zatím jen výjimečně. (Janečková in Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005)

Všichni lidé mají své potřeby. Stejně tak jako starý člověk, tak má své potřeby i rodina, nebo jednotlivci, kteří o něho pečují, či mu jakýmkoli způsobem pomáhají nebo ho podporují.

Potřeba je určitá síla, která člověkem hýbe a posunuje ho směrem ke člověku, předmětu nebo činnosti.

Americký psycholog A.H. Maslow shrnul základní lidské potřeby a rozčlenil je do pěti kategorií, které sestavil názorně do tvaru pyramidy. Na nejspodnějším stupni se nachází *fyziologické potřeby*, které jsou zcela základní. Neuspokojení jen jedné z nich se může odrazit na našem celkovém stavu. Mezi fyziologické potřeby patří výživa, vylučování, dýchání, spánek, odpočinek, hygiena, pohyb, smích, pláč, fyzické kontakty. *Potřeby jistoty a bezpečí* se netýkají jen materiálních statků, i když ty tvoří jednu část. Druhou vytváří potřeba fyzického a psychického bezpečí a jistoty. Potřeba nemít strach a necítit se opuštěný. Třetím stupněm pyramidy jsou *sociální potřeby*. Mezi ně patří potřeba náležitosti k nějaké společenské skupině, potřeba informovanosti, lásky a přátelství. Předposlední stupeň tvoří *potřeby uznání a ocenění*. Člověk má potřebu náklonnosti, sebeúcty a respektu. Poslední, tzv. potřebou vyššího řádu je *potřeba seberealizace*. Člověk touží po seberealizaci, nalezení smyslu svého života.

Všechny lidské potřeby tvoří celek, který spojuje fyzickou, psychickou a sociální stránku člověka.

3.2. Stupně závislosti starého člověka na pomoci druhých

Staří lidé potřebují uspokojovat všechny potřeby stejně jako každý z nás. Nejsou důležité jen fyziologické potřeby, ale také potřeby psychologického rázu. Málokomu vyhovuje stav, kdy potřebuje pomoc k zajištění základních fyziologických potřeb.

Starému člověku by mělo být umožněno, aby si co nejvíce věci dělal sám. Přemíra péče demotivuje.

Po zmapování situace starého člověka lze vyvodit pět základních stupňů soběstačnosti starého člověka.

1. Člověk může své potřeby uspokojit sám - starší osoba si všechno zvládne obstarat sama, takže pomáhající nemusí nijak zasahovat. Někdy má však pomáhající pocit, že starému člověku to jde pomalu a je v pokušení dělat věci za něj.
2. Člověk nemůže sám uspokojit své fyziologické potřeby - v tomto případě se pomáhající stará o zajištění fyziologických potřeb, ale další potřeby je dotyčný člověk schopen zvládnout sám.
3. Člověk může zčásti uspokojit své fyziologické potřeby - pomáhající pomáhá v běžných denních činnostech, musí však dbát na to, aby za něho nevykonával všechno, nebo naopak nežádal příliš mnoho.
4. Člověk může uspokojit své fyziologické potřeby, ale potřebuje být veden - pomáhající podněcuje a naznačuje dotyčné osobě co má dělat.
5. Člověk už nemůže uspokojit své potřeby a ani nevypadá, že by byl schopen sám rozhodnout o tom, co potřebuje - pomáhající musí zajišťovat tělesné potřeby dotyčného a zároveň za něj rozhodovat. I v tomto případě je třeba, aby nebyla přerušena komunikace. (Pichaud, Thareauová, 1998)

4. Legislativa

4.1. Zákon č.100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení

Zákon se týká důchodového zabezpečení, sociální péče a nemocenského pojištění osob samostatně výdělečně činných.

Sociální péčí zajišťuje stát pomoc občanům, kteří nemají k uspokojení svých potřeb dostatečné prostředky z příjmů z pracovní činnosti, dávek důchodového nebo nemocenského zabezpečení či jiných příjmů. Dále občanům, kteří ji potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku, nebo kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci nebo nepříznivé životní poměry. Mimo další skupiny zahrnuje sociální péče i péči o staré občany a ze služeb zahrnuje i pečovatelskou službu.

Starým občanům jsou poskytovány služby a dávky sociální péče k uspokojování zvláštních potřeb spojených se stářím a k usnadnění života ve stáří. Prostřednictvím pečovatelské služby se zajišťuje udržování domácnosti a osobní péče.

Podle tohoto zákona se v současné době (do konce roku 2006) řídí přiznávání a výplata příspěvku při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu. Jak jsem již zmínila v kapitole o pečované osobě, příspěvek náleží osobě, která osobně, řádně a celodenně pečuje o blízkou osobu, která je převážně nebo úplně bezmocná a nebo starší 80 let a částečně bezmocná. Bezmocnost pečované osoby je posuzována posudkovým lékařem Okresní správy sociálního zabezpečení (do konce roku 2006 jsou částky následující : částečná bezmocnost - 480 Kč, převážná bezmocnost - 960 Kč, úplná bezmocnost - 1 800 Kč; od nového roku zvýšení důchodu pro bezmocnost zaniká). Příspěvek také náleží občanovi, který pečuje o jinou než blízkou osobu a žijí spolu ve společné domácnosti. Příspěvek se vyplácí ve výši 2,25násobku částky na životní potřeby, jestliže je pečováno o

jednu osobu (tj. 5 400 Kč), nebo 3,85násobku této částky v případě péče o dvě nebo více osob (tj. 9 240 Kč)

Pokud osoba, která zajišťuje péči o blízkou či jinou osobu vykonává výdělečnou činnost zakládající účast na nemocenském pojištění, dosahuje výdělku vyššího než je 2,5násobek částky na osobní potřeby občana stanovenou zákonem o životním minimu, tak nemá na výplatu příspěvku nárok.

Příspěvek nemá být odměnou za poskytnutou péči. Dávka byla koncipována tak, že má poskytnout osobě, která se musí vzdát výdělečné činnosti z důvodů poskytování osobní celodenní péče, alespoň základní zajištění v podobě minimálního příjmu, důchodového a zdravotního pojištění. (Barvínková in Jeřábek, 2005)

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

14. března 2006 vstoupil v platnost zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách s účinností od 1. ledna 2007. Zákon vytváří právní rámec pro velké množství vztahů mezi lidmi a institucemi, v případech nutnosti zabezpečení podpory a pomoci lidem, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci.

Zákon vymezuje práva a povinnosti jednotlivce, obcí, krajů, státu a poskytovatelů sociálních služeb. Upravena je i oblast podmínek pro výkon sociální práce.

Lidé mají právo žádat o pomoc a podporu od veřejné správy a poskytovatelů sociálních služeb v případě, že nejsou schopni řešit sami svou nepříznivou sociální situaci. Toto právo vychází z obecného principu solidarity ve společnosti. Zákon jim garantuje, že při poskytování podpory a pomoci bude zachována jejich důstojnost, bude vycházet z jejich individuálních potřeb a působit tak, aby byla posilována jejich schopnost sociálního začlenění. Lidé mají právo na bezplatné sociální poradenství, dále může člověku vzniknout nárok na příspěvek při péči. Na poskytnutí sociální služby

není nárok, její rozsah a charakter je vždy definován ve smlouvě mezi uživatelem a poskytovatelem služby. Tzv. okruh oprávněných osob tvoří občané České republiky, občané dalších členských zemí EU a občané jiných států, pokud mají na území členských zemí EU legální dlouhodobý pohyb.

Státní správu podle tohoto zákona vykonávají Ministerstvo práce a sociálních věcí, krajské úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, úřady práce. Působnost vykonávají také obce a kraje.

Poskytovateli sociálních služeb jsou právnické nebo fyzické osoby, které mají k této činnosti oprávnění podle tohoto zákona. Poskytovatelem sociálních služeb nejsou rodinní příslušníci či jiné osoby, které pečují o své blízké nebo jiné osoby v domácím prostředí. Uživatelem sociální služby je ten, kdo vstoupí do smluvního vztahu s poskytovatelem sociální služby.

Zákon vymezuje pojmy jako sociální služba, nepříznivá sociální situace, dlouhodobě nepříznivý stav, přirozené sociální prostředí, sociální začleňovací proces, sociální vyloučení, zdravotní postižení a plán rozvoje sociálních služeb.

Příspěvek na péči

Druhá část zákona je věnována otázce příspěvku na péči. Příspěvek na péči je určen těm lidem, kteří jsou především z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. Příspěvek náleží osobě, o kterou má být pečováno, nikoli osobě, která péči zajišťuje. Nemůže být přiznán dítěti mladšímu než 1 rok. Zákon rozeznává 4 stupně závislosti na pomoci jiné osoby. O příspěvek lze žádat na obecním úřadě obce s rozšířenou působností, v jejíž spádové oblasti má žadatel trvalý či hlášený pobyt od 1. ledna 2007. V současné době (do konce roku 2006) je těm osobám, které

potřebují pomoc jiné osoby vypláceno tzv. zvýšení důchodu pro bezmocnost a osobám, které o ně pečují je vyplácen tzv. příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu. V těchto případech bude příspěvek při péči náležet ze zákona bez nutnosti podat žádost.

Výše příspěvku je stanovena ve čtyřech stupních (stejně jako jsou čtyři stupně závislosti osoby) a dále jsou stanoveny rozdílné výše příspěvku pro děti do 18 let a pro dospělé. Pro účely své bakalářské práce uvedu pouze výše příspěvku pro osoby starší 18 let.

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let věku za kalendářní měsíc

- a) 2 000 Kč jde-li o lehkou závislost
- b) 4 000 Kč jde-li o středně těžkou závislost
- c) 8 000 Kč jde-li o těžkou závislost
- d) 11 000 Kč jde-li o úplnou závislost

Žadatel podává žádost o příspěvek. Pokud není sám schopen podat tuto žádost, podává ji za něj jeho zástupce. Posuzuje se závislost na pomoci jiné osoby a provádí se sociální šetření v přirozeném prostředí žadatele. Obojí má na starosti sociální pracovník. Po provedení sociálního šetření se žádostí zabývá posudkový lékař úřadu práce, který hodnotí funkční dopady zdravotního stavu na schopnost žadatele o sebe pečovat a být soběstačným. Lékař přitom vychází z výsledků sociálního šetření, z písemné dokumentace od ošetřujícího lékaře. Pokud je potřeba ještě vlastního vyšetření, navštíví lékař žadatele v jeho přirozeném prostředí.

O přiznání příspěvku rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností.

Příspěvek lze použít pouze na výdaje, které souvisejí se zabezpečením pomoci osobě, která je závislá na péči jiné osoby. Příjemcem příspěvku je vždy osoba, která potřebuje

péči. Může se tedy rozhodnout, jestli peníze použije na úhradu za péči, kterou zajišťuje poskytovatel sociální služby nebo na výdaje, které vzniknou pečující osobě (rodinnému příslušníkovi, nebo jiné osobě, která není poskytovatelem sociální služby). Oba způsoby může příjemce samozřejmě kombinovat. Osoba, kterou příjemce označí jako poskytovatele péče může uplatnit potvrzení o této péči jako podklad pro zápočet doby péče jako náhradní doby pro výpočet důchodu a pro uznání statutu „státního pojištěnce“ (tzn. zdravotní pojištění hradí za osobu stát). Příspěvek na péči není považován za příjem tudíž z něho pak nelze vypočítávat důchod.

(http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev2.pdf)

Pokud je stupeň závislosti pečované osoby posouzen jako první stupeň, pak si pečující musí hradit zdravotní a sociální pojištění sám.

Sociální služby

Zákon vymezuje druhy sociálních služeb. Základní formy sociálních služeb jsou tři.

- 1) sociální poradenství
- 2) služby sociální péče
- 3) služby sociální prevence

Sociální služby mohou mít buď formu jako služby pobytové, ambulantní anebo terénní.

Dále zákon rozlišuje zařízení sociálních služeb a základní činnosti při poskytování sociálních služeb.

Některé sociální služby jsou poskytovány zdarma, jiné za částečnou či plnou úhradu nákladů.

4.3. Národní program přípravy na stárnutí populace v České republice na období let 2003 - 2007

Návrh základních principů Národního programu přípravy na stárnutí populace v ČR vychází z těchto skutečností : Stárnutí je celospolečenským i individuálním jevem. Stáří je nejen biologická a medicínská kategorie, ale také je kategorií politicko-ekonomickou a společenskou. Je třeba uznat a respektovat stárnutí a stáří jako normální součást života.

Cílem tohoto dokumentu je podpořit rozvoj společnosti pro lidi všech věkových skupin tak, aby lidé mohli stárnout důstojně, v bezpečí a mohli se i nadále podílet na životě společnosti jako plnoprávní občané.

Vytváření národní koncepce přípravy na stárnutí obyvatelstva v ČR vychází ze závěrů a zásad konferencí Organizace spojených národů a Evropské unie.

Dokument se nezaměřuje pouze na starou generaci, ale obrací se na celou společnost. Má několik principů. Mezi *etické principy* patří respekt k jedinečnosti člověka při současném uznání rovnosti lidí, respekt k důstojnosti, nezávislosti, právu na sebeurčení, soukromí a k právu na vlastní volbu seniora. Dalším principem je *přirozené sociální prostředí*. Je důležité klást důraz na zachování přirozeného sociálního prostředí vlastního domova seniora. Rodina jako základní článek společnosti vytváří prostor pro život seniorů, pomáhá seniorům udržet si nezávislost, samostatnost. Společnost by měla pečujícím rodinám poskytovat podporu a pomoc a vyjadřovat respekt k jejich péči. Třetím principem jsou *komplexní sociální služby*. Sociální systémy by měly reflektovat různost sociální situace seniorů a bojovat proti jejich sociálnímu vyloučení a závislosti. Péči o seniory je nutno chápat jako nabídku komplexních služeb, které se týkají všech sfér jejich života. (<http://www.mpsv.cz/cs/1072>)

5. Dostupné sociální služby pro rodiny pečující o seniora na Semilsku

Nejprve bych ráda vymezila pojem Semilsko. Pod tímto pojmem se pro potřeby této práce rozumí město Semily a jeho spádové obce. Těmi jsou Bělá, Benešov u Semil, Bozkov, Bradlecká Lhota, Bystrá nad Jizerou, Háje nad Jizerou, Chuchelna, Jesenný, Košťálov, Libštát, Lomnice nad Popelkou, Nová Ves nad Popelkou, Příkrý, Roprachtice, Roztoky u Semil, Slaná, Stružinec, Syřenov, Veselá, Vysoké nad Jizerou a Záhoří. Tato oblast čítá cca 30 tisíc obyvatel.

V této oblasti je možno využít několika typů sociálních služeb. Poskytovatelem sociálních služeb pro Město Semily je příspěvková organizace Sociální služby Semily. Tato organizace zastřešuje Domov důchodců, Penzion pro důchodce a služby terénní pečovatelské služby. Na Městském úřadě je odbor sociálních věcí, který organizuje a poskytuje sociální péči pro občany Semil a spádových obcí. Další službou je domácí ošetrovatelská péče. Nemocnice v Semilech poskytuje službu respitní péče.

Církevní aktivity v oblasti sociální péče zde zastupuje Náboženská obec církve československé husitské v Semilech.

Ve spádových obcích jsou pak sociální služby pro rodiny pečující o seniora (resp. pro seniory žijící ve svém přirozeném prostředí) zastoupeny následovně : v Lomnici nad Popelkou je pečovatelská služba, obec Chuchelna nabízí rozvoz obědů pro staré občany. V Lomnici nad Popelkou je stejně jako v Semilech služba domácí ošetrovatelské péče. Pro rodiny může být důležitá i Léčebna dlouhodobě nemocných (LDN), kam se senior někdy po hospitalizaci v nemocnici dostává. LDN je v Lomnici nad Popelkou. Jejím bližšímu popisu se však věnovat nebudu, protože se jedná o zdravotnické zařízení neposkytující žádnou sociální službu. Dále jsou v obcích Košťálov a Libštát domy s pečovatelskou službou. Jejich popisu se též věnovat

nebudu, protože se jedná o zařízení poskytující ubytování. Senior tudíž nebydlí ve svém přirozeném prostředí.

V podstatě jedinou službou pro rodiny pečující o seniora doma je respitní péče a domácí péče. Zmíním zde však i pečovatelskou službu a službu CČSH určenou starým a nemohoucím lidem, protože i to má své opodstatnění. Rodina se může o svého starého člena starat i „na dálku“. Senior bydlí sám a rodina mu jen pomáhá se zajištěním služeb.

5.1. Sociální služby Semily, Pečovatelská služba

Dle zřizovací listiny jsou Sociální služby Semily příspěvkovou organizací, jejímž hlavním účelem je zabezpečení sociálních služeb občanům. Předmětem činnosti je poskytování celoroční komplexní péče obyvatelům domova důchodců, poskytování služeb Domova penzionu pro důchodce a invalidní důchodce, kteří jsou dle zdravotní zprávy lékaře plně soběstační v rozsahu služeb a péče stanovené § 74 vyhlášky č. 149/1998 Sb., pečovatelská služba, která zajišťuje terénní práci ve městě Semily pro osoby potřebné dle § 106 a 107 vyhlášky č. 149/1998Sb., rehabilitace, psychoterapie. Statutárním orgánem organizace je ředitel, jmenovaný a odvolávaný Radou města Semily. Organizace je oprávněna k lepšímu využití svých hospodářských možností a odbornosti svých zaměstnanců jako doplňkovou činnost poskytovat - krátkodobé pronájmy prostor budov svěřených do správy ke kulturním, společenským, podnikatelským a humanitárním účelům, praní a mandlování prádla, prodej výrobků stravovacího zařízení, rehabilitace, zdravotní poradenství, psychoterapie, doprava. Doplňková činnost nesmí narušovat plnění hlavního účelu a musí být poskytována za ceny, které úplně kryjí všechny související náklady. Organizace byla zřízena k 1. červenci 1994 na dobu neurčitou. (Zřizovací listina Sociálních služeb Semily, 1994)

Pečovatelská služba

„Sociální služba, kterou se zabezpečuje potřebná péče o osobu, její výživu a domácnost. Poskytuje základní hygienickou péči, jednoduché ošetrovatelské úkony, pomoc při zajištění, přípravě a podávání stravy a při údržbě domácnosti; u nezletilých dětí též výchovnou péči. Pečovatelskou službu lze poskytovat v domácnostech osob, v domovech - penzionech pro důchodce nebo v zařízeních pečovatelské služby, kterými jsou zejména střediska osobní hygieny, prádelny a zařízení pro denní pobyt, tzv. domovinky. Pomocí této služby je prodlužováno období relativně nezávislého života osob v jejich domácnostech.“ (Matoušek, 2003, s. 142)

Je tedy určena nejen seniorům, ale i zdravotně postiženým občanům, kteří nejsou schopni si sami obstarat nutné práce v domácnosti či další potřeby či pro svůj nepříznivý zdravotní stav potřebuje ošetření nebo pomoc jiné osoby, pokud jí potřebnou péči nemohou poskytovat rodinní příslušníci.

(<http://www.ddsemily.cz/view.php?cisloclanku=2006040301>)

V tomto případě je to služba poskytovaná v domácnosti té dané osoby, ale neomezuje se jen na tento typ, lze poskytovat i domovech-penzionech pro důchodce nebo v zařízeních pečovatelské služby. Služba vede k podpoře samostatného života v domácím prostředí klienta a zachování přirozených vazeb v místní komunitě. Tuto službu si klient hradí sám, může však být hrazena z dávek sociální péče, přihlíží se k věku, zdravotnímu stavu, příjmu a majetkovým poměrům občana a jeho rodinných příslušníků. Ty úkony, kterými jsou zabezpečovány nezbytné životní potřeby se poskytují bezplatně. Pokud je pečovatelská služba poskytována za úhradu, k úhradě se použije především zvýšení důchodu pro bezmocnost.

„Pečovatelská služba se poskytuje bezplatně sociálně potřebným občanům, účastníkům odboje a pozůstalým manželům

(manželkám) po účastnících odboje starším 70 let.“ (Vyhláška 182/1991Sb. § 49, odst. 4)²

Tyto služby se zajišťují také prostřednictvím dobrovolných pracovníků.

Pro člověka, který již nemůže, nebo nechce žít sám doma, ale je schopen vést poměrně samostatný život, může být alternativou domov – penzion pro důchodce. Tato služba poskytuje ubytování a základní péči. Většinou i další placené služby. Obyvatelé mají také možnost účastnit se kulturního a společenského života a zájmové činnosti.

Terénní pečovatelská služba Semily

Pracovnice terénní pečovatelské služby jsou schopny zajistit klientům

- dovoz, donášku oběda
- celkovou koupel včetně umytí vlasů v domácnosti nebo v zařízení Sociálních služeb
- běžné úkony osobní hygieny, pomoc při oblékání, přesun na vozík nebo lůžko
- nákupy a nutné pochůzky, doprovod k lékaři, na pedikúru apod.
- dovoz prádla na praní, žehlení, mandlování v zařízení Sociálních služeb
- práce spojené s udržováním domácnosti
- jednoduché ošetřovatelské úkony
- další úkony dle Vyhlášky č. 182/91 Sb.

Působí zde pouze dvě pečovatelky. Nejčastěji klienti využívají dovozkou obědů. Služby jsou poskytovány od pondělí do pátku od 7 do 15 hodin. Což může být pro klienty značně limitní. Služeb využívá cca 40 klientů měsíčně. Jinak je zde

² Vyhláška 182/1991 Sb. se ruší k 1.1.2007

poskytována i pečovatelská služba v Domově - Penzionu pro důchodce (protože nový zákon neuvádí název Penzion pro důchodce, bude tato instituce změněna na byty zvláštního určení pro seniory a osoby se zdravotním postižením a bude spadat pod bytovou správu Města Semily a nebude tedy součástí Sociálních služeb Semily)

Jak již jsem zmínila služba je zpoplatněna. Vyhláška č. 182/91Sb., kterou se provádí zákon o Sociálním zabezpečení stanovuje maximální ceny za provedení jednotlivých úkonů. Od 1. ledna 2007 se však vyhláška ruší. Nové ceny za jednotlivé úkony bude stanovovat nová vyhláška, kterou se provádí Zákon o sociálních službách.

Pečovatelská služba Lomnice nad Popelkou

Pečovatelskou službu v Lomnici nad Popelkou poskytuje Dům s pečovatelskou službou, nepatří tedy do systému Sociálních služeb Semily. Služba je jednak poskytována přímo v domě a to ve všední dny od 6,30 do 18,30 hodin. Dále je zde i terénní pečovatelská služba, která je podobně poskytována od 6,30 do 15,30 hodin. Jde o stejné úkony jako v případě pečovatelské služby v Semilech. Nejvíce je využívána služba donášky oběda. Dříve byla využívána i služba dohledu nad dospělou osobou, v novém zákoně však tento úkon není obsažen. Celkem je zde 6 pečovatelek, které se starají o cca 120 klientů měsíčně.

5.2. Odbor sociálních věcí města Semily

Činnost odboru sociálních věcí je zaměřena na poskytování sociálních dávek pro nezaměstnané, důchodce a občany se zdravotním postižením, mimořádné výhody pro občany těžce zdravotně postižené, poskytování příspěvku při péči o osobu

blízkou (do konce roku 2006), evidence žádostí o umístění do domu s pečovatelskou službou, penzionu pro důchodce a domova důchodců, vyřizování žádosti o umístění do zařízení sociální péče pro seniory a další aktivity týkající se sociálně-právní ochrany dětí, péče o společensky nepřizpůsobivé občany, etnické a národnostní menšiny a problematika sociálně patologických jevů.

Pro svou práci jsem využila informací z rozhovoru s vedoucí odboru o systému žádostí a vyplácení příspěvku při péči o osobu blízkou a jinou osobu. Žádost o tento příspěvek je nutno podat na tomto odboru. S vedoucí odboru jsem hovořila na konci roku, kdy došlo k výraznému nárůstu žádostí o tento příspěvek. S novým zákonem o sociálních službách se tato dávka výrazně mění. V současnosti je zde evidováno 460 osob pobírajících příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu (jde pouze o občany starající se o osoby pobírající zvýšení důchodu pro bezmocnost). Sociální odbor by měl poskytovat informace týkající se všech dostupných sociálních služeb na Semilsku. Existuje zde brožurka s přehledem služeb. Myslím si ale, že je pro konkrétního klienta vždy lepší, když mu sociální pracovnice sdělí jeho konkrétní možnosti. Často ani lidé nevědí na co mají nárok, nebo jakou službu by mohli využít. Pokud tedy rodina jako klient přijde na sociální odbor, pracovnice jí poskytnou potřebné informace.

5.3. Diakonie – Církev československá husitská v Semilech

Církev poskytuje pečovatelské služby všem potřebným starým a nemohoucím lidem, kteří o službu požádají. Služby jsou poskytovány v Semilech a okolních obcích. Jde o donášku oběda, úklid domácnosti, doprovod k lékaři, pomoc při vyřizování úředních záležitostí, návštěvy osamělých lidí, nemocných a podpora jejich rodinám. Dále Náboženská obec CČSH v Semilech

organizuje sbírky ošacení a dalších věcí, které jsou vydávány lidem v nepříznivé sociální situaci ve Sboru Dr. K. Farského v Semilech.

Se službami poskytovanými Církví československou husitskou mám vlastní zkušenosti, protože jsem měla možnost zde krátkodobě pracovat. V současné době jsou zde tři pracovnice, které obstarávají pomoc a péči starým a nemohoucím lidem. Zaměstnankyně sem přicházejí z Úřadu práce na doporučení v rámci veřejně prospěšných prací. Většinou se jedná o ženy ve středním věku, které těžko shánějí zaměstnání. Ačkoli žádná z nich nemá zdravotnické či sociální vzdělání, z vlastní zkušenosti mohu říci, že práci vykonávají dobře a svědomitě.

V roce 2006 pracovnice naštvily 1533 klientů ve dvou obcích - Semily a Bozkov. Z toho bylo 103 klientům poskytnuta pečovatelská služba. Jde tedy o zhruba 10 klientů měsíčně. Nejčastěji se jedná opět o donášku oběda. Pečovatelky ale chodí klientům pomáhat i s běžnými domácími pracemi a často jde i o to, dělat klientům společnost, pohovořit s nimi. Tyto služby jsou klientům poskytovány zdarma a bez časového omezení. To je hlavní výhodou této služby oproti pečovatelské službě poskytované v rámci Sociálních služeb Semily, která je zpoplatněna a omezena časově. Výhodou také je, že zaměstnankyně docházejí ke klientům dlouhodobě.

5.4. Respitní péče Nemocnice Semily

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

Název je odvozen z anglického respite care. Respite pochází pravděpodobně z latinského respice - odpočívat. Tím je vyjádřeno, že náplní respitní péče je umožnit odpočinek pečujícím členům rodiny. Existují i české alternativy tohoto výrazu - úlevová, odpočinková, odlehčující péče. Respitní péče je tedy definována jako péče o postižené či dlouhodobě nemocné osoby, která dočasně zastupuje a doplňuje péči rodiny. Jde o síť sociálních služeb, které umožňují rodinám i postiženým zapojit se do každodenního života, omezují jejich izolaci a umožňují jim získat čas k práci a relaxaci. (Komárek in Doušová, 1997)

V zahraničí existují čtyři základní modely programů respitní péče.

1. Respitní péče poskytovaná doma
 2. Respitní péče poskytovaná mimo domov - model náhradních rodin
 3. Respitní péče poskytovaná mimo domov - model hromadné péče - např. denní stacionáře
 4. Respitní péče poskytovaná mimo domov - pro osoby, které potřebují po určité období trvalou lékařskou péči
- (Doušová, 1997)

Respitní péče by neměla být zaměňována se zdravotní péčí poskytovanou v bytě postiženého (domácí péče) či jinými sociálními službami.

Smyslem respitní péče je ulehčit blízkým postiženého nebo nemocného člověka v péči o něj, umožnit pečujícím „nabrat nové síly“. Také zabraňuje sociální izolaci pečujících rodin. (Komárek in Doušová, 1997)

Jenom malá část seniorů uvažuje o tom, že by v případě ztráty soběstačnosti volili azylový způsob péče. Pouze několik procent se však nakonec stane obyvateli domovů důchodců. Z toho vyplývá, že v drtivé většině se rodiny nějakým způsobem chtějí starat a starají se, a proto je vhodné poskytovat kromě

sociálních služeb a terénních služeb také služby ošetrovatelské a zdravotní tak, aby byly doplňujícím faktorem péče rodinné. Jedná se o krátkodobé služby na hranici mezi sociálními a zdravotnickými, které dosud v nabídce nemocnic i sociálních ústavů schází.

Respitní péče je vhodná pro rodiny, které běžně o svého blízkého seniora pečují, ale z důvodu nemoci, dovolené či jiných záležitostí potřebují, aby za ně krátkodobě převzal péči někdo jiný. (<http://www.nemsem.cz/>)

Služba respitní péče byla v Nemocnici v Semilech zavedena 1. července 2005. Není však velmi využívána a to hlavně kvůli tomu, že je to služba placená. Za více než rok (červenec 2005 - prosinec 2006) ji využilo pouze pět klientů. Respitní péče není poskytována na samostatném oddělení, ale využívají se lůžka na ORL oddělení a na interním oddělení. Na ORL proto, že je to nejméně vytížené oddělení a na interně z důvodu toho, že onemocnění klientů nejvíce odpovídají zaměření tohoto oddělení. Nemocnice se snaží získat registraci od pojišťovny na ošetrovatelství, je zde snaha, aby za tuto službu klienti nemuseli platit, protože zájem o službu je velký, naráží však na finance. Nejde o akutní medicínu, tudíž jsou náklady na jedno lůžko menší a nemocnice se takto snaží využít tzv. obložnost lůžek.

Agendu ohledně respitní péče má na starosti hlavní sestra. Sociální pracovníce v nemocnici není, tudíž ostatní věci týkající se této oblasti vyřizují vrchní sestry jednotlivých oddělení nebo hlavní sestra.

Doba pobytu na lůžku respitní péče je omezena, nejméně jeden den a nejdéle dva měsíce. Pobyt je možno realizovat opakovaně, nenahrazuje však hospitalizaci. Po ukončení pobytu na oddělení se klient vrací do domácí péče nebo je umístěn do jiného zařízení, ve kterém mu rodina nebo jiná blízká osoba zajistila další pobyt. V nemocnici přijímají klienty starší 18

let, tudíž služba není pouze pro seniory, ale také pro dospělé zdravotně postižené. Žádost o poskytnutí služby může podat kdokoli, ale dohodu musí vždy podepsat samotný klient.

Nemocnice nepřijímá klienty s určitými diagnózami, například demence, psychické poruchy. Klient však nemusí být soběstačný. Pro přijetí klienta do péče je nezbytná záruka úzké spolupráce s rodinou.

Cena pobytu se liší podle typu pokoje. Za jednolůžkový pokoj platí klient 650,- Kč/den, dvoulůžkový 500,-Kč/den a třílůžkový 400,-Kč/den. V ceně je zahrnuto ubytování, stravování, úklid, hygiena, dohled při pobytu, nezbytná asistence při úkonech, vyžádání lékařského ošetření při náhlém zhoršení zdravotního stavu nebo akutním onemocnění a zajištění případné hospitalizace. (<http://www.nemsem.cz/>) Když se podíváme na to, jak je služba využívána, tak zjistíme, že se tyto částky jeví jako vysoké. Z rozhovoru s hlavní sestrou, která má tuto službu na starosti vyplývá, že klienti o ni mají zájem, ale bohužel vždy, když jsou zmíněny výše uvedené částky, rodina či přímo pečovaná osoba si pobyt v rámci respitní péče rozmyslí.

5.5. Domácí péče

Domácí péče je na Semilsku službou ne sociální, ale zdravotní, přesto si myslím, že je třeba ji v mé práci zmínit. Rodiny pečující o vážně nemocného seniora v domácnosti nemají dostatek zdravotnických znalostí ani pomůcek, jak se o svého starého nemocného člena dobře postarat. Domácí péče je indikována lékařem. Ten rodině, která se stará o nemocného, doporučí ošetřovatelky domácí péče.

Matoušek (2003) ve Slovníku sociální práce uvádí, že domácí péče je „péče poskytovaná nemocným a umírajícím lidem v jejich domácnosti kvalifikovanými zdravotníky, sociálními pracovníky

nebo jinými profesionály, případně i laiky. Agentury domácí péče jsou v ČR zřizovány soukromými osobami (lékaři, zdravotními sestrami), nestátními organizacemi i státní správou. Podle nedávného průzkumu (1997) tvoří v ČR 12% náplně domácí péče sociální práce, 4% laická pomoc a všechen ostatní objem domácí péče přísluší zdravotní péči." (s. 56-57)

Pojem domácí péče má svá mezinárodní specifika. Je třeba rozlišovat mezi domácí zdravotní péčí - home care a domácí pomocí - home help. Pojem komplexní domácí péče - comprehensive home care je systémem individuální péče. V něm jsou integrovány jak zdravotní, sociální i laické formy péče poskytované klientovi na základě ordinace ošetřujícího lékaře a rozsahu indikace sociální diagnózy klienta. Domácí péče je individuální a adresná. Většinou se jedná o multidisciplinární týmy agentur domácí péče, které tvoří zdravotničtí pracovníci, pracovníci sociální péče a pomocí i laická veřejnost. Oproti tomu domácí pomoc je poskytována pracovníky sociální péče a pomocí, popřípadě dobrovolníky. (Misconiová, ?)

Jak již jsem zmínila, přímo v Semilech se domácí péče týká pouze zdravotní péče. Je zajišťována třemi zdravotními sestrami. Rozsah jejich klientů se řídí obvody semilských obvodních lékařů. Poskytují zdravotní úkony jako například převazy, injekce apod. Péče je hrazena zdravotní pojišťovnou, tudíž klient za službu neplatí. Sestry pomáhají i v době, kdy pacient umírá. V Semilech (potažmo obvodech semilských lékařů) poskytují službu každá denně cca 15 klientům. Měsíčně pak služby využije cca 70 lidí.

Prakticky stejná je situace v Lomnici nad Popelkou, kde jsou také tři ošetřovatelky poskytující domácí péči čistě jako zdravotní službu. Také se starají o cca 60 - 70 klientů měsíčně.

6. Případy z praxe, dostane se rodině té služby, kterou potřebuje?

Pokud bych měla zhodnotit sociální služby pro rodiny pečující o seniora na Semilsku, tak musím říci, že vlastně všechny služby se obracejí na seniora samého. Rodina jakožto klient služby není v podstatě zohledněna.

Rodina není rodinou profesionálů. Do péče o svého starého člena zapojuje lásku a cit, ale jakkoli pečovanou osobu miluje, může k ní cítit i mnoho negativních emocí, což je pochopitelné, protože takováto péče je velmi zatěžující a vyčerpávající.

Jedním z problémů u nás je právě rozdvojenost systému péče o staré lidi. Zdravotní a sociální péče tvoří dvě větve zabezpečení života starého nesoběstačného člověka a spolupráce těchto dvou systémů je dosud nedořešena. (Jeřábek, 2005)

Zkusme se tedy zamyslet nad tím, co by rodina potřebovala a ukažme si na příkladech z praxe, právě z oblasti Semilsku jakou praktickou pomoc zde rodina může dostat a čeho se jí naopak nedostává. Určitě je rozdíl v potřebách rodiny, pokud jde o seniora, který je fyzicky nemocný a nesoběstačný, nebo pokud je fyzicky ještě zdatný, ale trpí například demencí.

6.1. Fyzicky nesoběstačný senior

Co potřebuje rodina starající se o fyzicky nemohoucího seniora? Je zde samozřejmě několik důvodů, díky nimž je senior fyzicky nemohoucí. V první kapitole jsem zmínila několik nemocí, se kterými se mohou staří lidé potýkat. Ve většině případů však sami péči o takto nemocného seniora nezvládnou, tudíž potřebují pomoc lékaře, potažmo pracovníků home care, či pečovatelské služby. Na Semilsku tvoří pracovníci home care zdravotní sestry a poskytují právě zdravotní služby jako převazy, injekce atd. Rodina se dostane k informacím většinou

přes obvodního lékaře, nebo pokud jde žádat o příspěvek při péči o osobu blízkou na městský úřad. Na odboru sociálních věcí poskytují sociální pracovníce klientům i sociální poradenství.

Jako příklad uvedu rodinu z horské vesnice, která se starala o manžela (tatínka), který prodělal několik cévních mozkových příhod, příklad je z nedávné minulosti, ale nemocný již zemřel.

Paní Olga žije v domě ve vesnici Roprachtice, je jí 74 let a je ve starobním důchodu. Její manžel prodělal 3 cévní mozkové příhody. První mozkovou příhodu prodělal doma a druhou v nemocnici při vyšetření. Po té již byl nepohyblivý. Paní Olga byla v nemocnici poučena sociální pracovnící o možnostech pomoci a o tom, jakých služeb může využít. Nemocný byl převezen do nemocnice v Jilemnici, která nespadá do spádové oblasti Semil, ale je blíž. Paní Olga uvádí, že v nemocnici se k manželovi chovali hezky a věnovali mu veškerou péči. Jako jedinou věc, která ji, jak říká mrzela, bylo to, že ji nemocnice neinformovala o tom, že jejího manžela převezli do LDN do Lomnice nad Popelkou. V LDN dělal manžel pokroky, rehabilitace mu pomáhala. Byl tam 4 měsíce. V nemocnici ji sociální pracovníce informovala, že si může zapůjčit polohovací postel, že má nárok na péči sester domácí péče. Vše na doporučení obvodního lékaře. Po návratu manžela domů byla paní Olze z nemocnice zapůjčena polohovací postel. Sestra domácí péče chodila manželovi pomáhat dvakrát týdně. Pomáhala hlavně s rehabilitací. Péči o hygienu obstarávala paní Olga a její dcera a syn sami. Dokonce uzpůsobili místnost, ve které manžel ležel tak, že probourali okno a místo něj dali balkonové dveře, aby měl manžel možnost se na vozíku, který měli zapůjčený od známých, vyjet i ven do zahrady. Dalšími pomůckami, které měli vypůjčené bylo chodítko a WC židle. Chodítko měli vypůjčené z nemocnice a WC židli od obvodního

lékaře. Dále k němu docházela sestra domácí péče a navštěvoval ho obvodní lékař. Lékař sám navrhl paní Olze, jestli by chtěla, aby doporučil manželovi pobyt v LDN na několik měsíců, aby si od péče o něj odpočinula. To paní Olga přivítala. Několik měsíců dopředu byl tedy objednan pobyt v LDN. Lékař chtěl i doporučit pobyt v Rehabilitačním centru v Hostinném v Podkrkonoší, ale protože manžel prodělal už více jak jednu mrtvici, nebyl přijat s odůvodněním, že již není perspektiva zlepšení jeho stavu. Po návratu domů manžel prodělal třetí mrtvici a byl opět převezen do nemocnice. Po pobytu v nemocnici se opět vrátil domů. Paní Olga se se svojí dcerou a synem o manžela dál starala. Stav byl po třetí mrtvici vážný a manžel zůstal nepohyblivý. Nakonec zemřel doma na zápal plic. Bylo mu 76 let. Paní Olga se spolu se svými dětmi starala o manžela 4 roky.

Paní Olga si na péči, která jejímu manželovi byla ve zdravotnických zařízeních věnována vůbec nestěžuje, jak jsem již zmínala, za jediný problém považuje to, že ji poprvé nemocnice neinformovala o tom, že manžela převezli do LDN. Jela za ním do nemocnice, kde již nebyl. Z kazuistiky vyplývá, že žádných ve své podstatě sociálních služeb paní Olga nevyžívala. Její manžel pobíral zvýšení důchodu pro bezmocnost, náležela mu úplná bezmocnost.

Na tomto příkladu je názorně vidět, jak je péče o nesoběstačné seniory, kteří jsou doma převážně péčí zdravotní. Rodina se vlastně všechny informace dozvídá od obvodního lékaře, nebo personálu nemocnice. Proto je velmi důležitá spolupráce právě s těmito institucemi. Paní Olga zdůrazňuje, že obvodní lékař jí všechno vysvětlil a zařídil vše potřebné. Služby pro rodinu jako takovou chybí. Není zde žádná svépomocná skupina, žádní dobrovolníci. Jak je vidět, paní Olga potřebovala odpočinek od péče, ale služba respitní péče

by pro ni byla finančně neúnosná, proto byla ráda, když lékař sám od sebe navrhl a indikoval pobyt v LDN.

V tomto případě mám pocit, že obvodní lékař je vlastně nejdůležitější postavou v celém systému.

6.2. Senior s demencí

Pojem demence pochází z latinského „de“ -odstranit a „mens“ - mysl. Doslova tedy znamená „bez mysli“. Demence má mnoho forem a je to hromadný termín jako rakovina, revmatismus nebo onemocnění dýchacího ústrojí. Nejběžnější formou je Alzheimerova nemoc. Další formou je vaskulární demence. Dochází k poruchám paměti, orientace v čase a prostoru, rozumových schopností, řeči, chování, poznávání předmětů a lidí.

Život s partnerem nebo příbuzným trpícím demencí a péče o něho není snadný úkol. Chování nemocného je pro okolí často nesrozumitelné, protože je nepředvídatelné. Pečující osoba pak má k nemocnému většinou protichůdné pocity. Cítí k němu lásku a cit a na druhou stranu i hněv a zlost. (Buijssen, 2006)

Z rozhovoru s rodinou, která se stará o dědečka, u kterého se začíná projevovat demence vím, že jsou na něho často rozzlobení a naštvaní. Mají pocit, že jim občas dělá něco naschvál. Ráda bych zde právě uvedla případ této rodiny, jako zástupce těch rodin pečujících o seniora s demencí.

Paní Jitce je 50 let. Žije se svou dospělou dcerou na sídlišti v Semilech, její druhá dcera je vdaná a žije s manželem v jiném městě, jezdí ale k matce na víkendy. Paní Jitka se stará o svého 76 letého otce, který u ní bydlí. Ten má sice svůj vlastní dům ve vesnici nedaleko Semil, ale již ho tam nechtějí nechávat samotného, protože se u něho začínají objevovat příznaky demence. Paní Jitka má jednoho bratra.

Tráví díky svému povolání (dámská krejčová) většinu času doma. Pokud je rodina přes noc pryč, nechávají dědečka u bratra paní Jitky. Dědeček tam vydrží dlouho vzhůru, ale už když jde spát se ptá, kdy zase půjde domů k Jitce. Často zapomíná a často chce, aby ho dcera někam odvezla, ale neví kam. Stalo se už, že šel vynést odpadky do kontejneru před domem a vrátil se až za hodinu, protože nemohl najít cestu zpět domů. Stydí se za to, že u dcery jí, tudíž jí potají. Paní Jitku i její dcery dědečkově chování trápí. Starší dcera paní Jitky s dědečkem nemluví, protože má pocit, že všechno dělá naschvál a je na něho proto rozzlobená. Mladší dcera se ho snaží pochopit, ale i jí už podle jejích slov „leze na nervy“ a začíná jí vadit jeho chování. Jak sama říká, občas je to k smíchu, ale když si pak uvědomí, že to je realita, je to spíš smutné. Dědeček je fyzicky velmi schopný. Rád chodí na různé výlety, nevydrží dlouho být doma a nic nedělat. Je to však problém někam ho pustit, protože se už několikrát ztratil. Rodina ho ale nechce držet doma, takže ho na procházky pouští, on jim vždy řekne kudy půjde.

Paní Jitka ani její otec nevyužívají žádné sociální služby. Její otec bere starobní důchod a přispívá jí na vedení domácnosti.

Myslím si, že pro tuto rodinu by bylo dobré mít více informací o projevech demence. Obvodní lékařka jim sdělila, o co se v případě jejich dědečka jedná, avšak fakt, že starší dcera paní Jitky je na dědečka rozzlobená a myslí si, že ztrácení se, nezavírání dveří a občasné dětinské chování jim dělá naschvál, vypovídá o tom, že dostatek informací o této nemoci nemá. Rodina nutně potřebuje podporu a ocenění toho, že se o dědečka stará. Dále si myslím, že by v tomto konkrétním případě mohla pomoci svépomocná skupina rodin pečujících o seniora s demencí, kde by paní Jitka a její dcery mohly sdílet s ostatními svoje zkušenosti a dozvědět se, že je normální mít

i negativní pocity. Ze služeb dostupných na Semilsku se v tomto konkrétním případě nehodí žádná. Není potřeba pečovatelské služby, protože paní Jitka tráví většinu času doma, takže se o domácnost postará, tudíž není potřeba ani pomoci Diakonie. Dědeček nemá žádné zvláštní potřeby týkající se jeho fyzického stavu, takže domácí péče je také nepotřebná. Jako další možnost pomoci této rodině bych viděla návštěvy jednoho dobrovolníka, který by byl v dědečkově přítomnosti, aby si mohla paní Jitka od péče o něho odpočinout, nebo by s ním mohl případně chodit na procházky, které má rád. Problémem by však bylo, aby si na konkrétního dobrovolníka dědeček zvykl a poznával ho. Muselo by jít o dlouhodobější spolupráci s jedním dobrovolníkem.

Na Semilsku není ani jedna z těchto služeb. Neexistuje zde svépomocná skupina rodin pečujících o seniora s demencí (neexistuje žádná svépomocná skupina, ani pro rodiny pečující o fyzicky nemocného seniora) ani dobrovolníci, kteří by trávili s nemocným seniorem čas.

Závěr

Péče o nesoběstačného či nemocného starého člena rodiny není nic jednoduchého. Rodina se musí potýkat nejen se svými pocity, které jsou často rozporuplné, ale také například s nedostatkem informací a roztržitostí systému. Z rozhovorů s rodinami mám pocit, že ani oni sami si neuvědomují, že pomoc potřebují i oni. Jejich hlavní starostí je zabezpečit seniora. Jisté ale je, že rodinná péče má jednu nespornou výhodu a tou je emocionální péče. Ta není nikde taková jako v rodině. V žádném institucionálním zařízení jí senior nedostane tolik jako v rodině. Samozřejmě ale není vše jen černé nebo bílé. Existují i případy, kdy senior doma být nechce, nebo se rodina o něj starat nechce.

Na Semilsku mohou rodiny využít několika sociálních služeb. Jejich nabídka je však základní. Není zde žádná čistě dobrovolnická aktivita. Neexistuje ani svépomocná skupina. Ta však vychází z iniciativy samotných pečujících. Těžko je tedy nutit do založení svépomocné skupiny. Třeba se jen nenašel nikdy odvážný, kdo by schůzky takové skupiny zorganizoval a třeba by o ni pečující ani neměli zájem. Chybí kurzy pro pečovatele, veškeré poučení, které pečující dostávají přichází od obvodního lékaře, v nemocnici nebo od sester domácí péče. Není zde specializovaná půjčovna kompenzačních pomůcek, ale z uvedeného případu víme, že půjčení pomůcek není problémem, protože pečující dostanou pomůcky zapůjčeny z nemocnice nebo od obvodního lékaře. Právě probíhá příprava komunitního plánu a v jeho rámci proběhl průzkum toho, jaké sociální služby občanům chybí. V souvislosti s péčí o seniora by rodiny přivítali zřízení domovinky, sami senioři by si přáli zřídit klub důchodců, ale tato iniciativa by měla vycházet z nich samých.

Služby pečujícím rodinám se tedy omezují na výplatu dávek a možnosti využití služeb některé z nemnoha institucí, které zde působí.

Sociální pracovník má v systému služeb pro rodiny pečující o seniora několik možností uplatnění. Může se jednat o pracovníka odboru sociálních věcí na městském úřadě, sociálního pracovníka v nemocnici či pracovníka vedení pečovatelské služby, agentury domácí péče nebo v případě Semilského regionu pracovníka církevní pomoci. Uplatňuje se zde především jako ten, kdo podává informace.

Jak již jsem ale zmínila, systém péče o nesoběstačné seniory je roztržštěný, jedná se o zdravotně - sociální služby. Jejich pečující rodiny si vlastně jako klienti mající nárok na sociální služby nepřipadají.

Seznam použité literatury

- Bartoňová J. (2005) : *Modely rodinné péče o starého člověka*. In Jeřábek H. (2005) : *Rodinná péče o staré lidi*. CESES FSV UK, Praha
- Barvínková J. (2005) : *Rodinná péče a profesionální péče*. In Jeřábek H. (2005) : *Rodinná péče o staré lidi*. CESES FSV UK, Praha
- Buijssen H. (2006) : *Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Portál, Praha
- Doušová V. (1997) : *Funkce respitní péče v životě lidí se zdravotním postižením a jejich rodin, místo respitní péče v systému sociální péče ČR in Sborník přednášek ze semináře o respitní péči - listopad 1996*. Ministerstvo zdravotnictví ČR, Nadace Dětský mozek, Sdružení pro komplexní péči při DMO, Praha
- Haškovcová H. (1990) : *Fenomén stáří*. Panorama, Praha
- Janečková H. (2005) : *Sociální práce se starými lidmi*. In Matoušek O., Koláčková J., Kodymová P. (2005) : *Sociální práce v praxi : specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Portál, Praha
- Jedlička V. a kolektiv (1991) : *Praktická gerontologie*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno
- Jeřábek H. a kol. (2005) : *Rodinná péče o staré lidi*. CESES FSV UK, Praha
- Kasalová H. (1991) : *Problémy starých občanů se sníženou sobestačností*. VÚPSV
- Kovařík J., Šmolka P. (1996) : *Současná rodina; problémy - konstanty, proměny - naděje*. Asociace manželských a rodinných poradců ČR, Praha in Bartoňová J. : *Modely rodinné péče o starého člověka*. In Jeřábek (2005) : *Rodinná péče o staré lidi*. CESES FSV UK, Praha
- Kuchařová V. (1997) : *K problematice péče o starší generaci*. In Rabušic L. (1997) : *Česká společnost a senioři : sociální, ekonomické a politické aspekty demografického stárnutí české společnosti : texty celostátní konference konané 16. - 17. října 1997 v Brně*. Masarykova univerzita, Brno
- Komárek V. (1997) : *Respitní péče v České republice*. In Doušová V. (1997) : *Sborník přednášek ze semináře o respitní*

péči - listopad 1996. Ministerstvo zdravotnictví ČR, Nadace Dětský mozek, Sdružení pro komplexní péči při DMO, Praha

Matoušek O. (2003) : *Slovník sociální práce. Portál, Praha*

Misconiová B. (rok neuveden) : *Management komplexní domácí péče. Asociace domácí péče, Praha*

Návrh komunitního plánu rozvoje sociálních služeb města Český Těšín (2003), Město Český Těšín

Pichaud C., Thareauová I. (1998) : *Soužití se staršími lidmi : praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální i zdravotnické pracovníky. Portál, Praha*

Salvage (1996) : *Who will care? European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin in*

Kuchařová V. (1997) : *K problematice péče o starší generaci. in Rabušic L. (1997) : Česká společnost a senioři : sociální, ekonomické a politické aspekty demografického stárnutí české společnosti : texty celostátní konference konané 16. - 17. října 1997 v Brně. Masarykova univerzita, Brno*

Stuart - Hamilton I. (1999) : *Psychologie stárnutí. Portál, Praha*

Topinková, E. (1995) : *Péče o staré v rodině. Praktický lékař, 75, č. 7-8, s. 366-369 in Janečková H. (2005) : Sociální práce se starými lidmi. in Matoušek O., Kolářková J., Kodymová P. (2005) : Sociální práce v praxi : specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Portál, Praha*

Tošnerová T. (2001) : *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky : Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele. Ambulance pro poruchy paměti, Praha*

Výzkum Rodina důchodců, STEM, 1994

Výzkum Formy rodinného života mladé generace, VÚPSV, 1996

Zřizovací listina Sociálních služeb Semily (1994), Město Semily

Zákon 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení

Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách

Vyhláška č.182/1991 Sb. kterou se provádí zákon 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení

Internetové zdroje

<http://www.nemsem.cz/>, ze dne 27.12.2006

<http://www.ddsemily.cz/view.php?cisloclanku=2006040301>, ze dne 6.11.2006

Otázky a odpovědi k zákonu č.108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách,
(online)

http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev2.pdf, ze dne 26.12.2006

Návrh základních principů Národního programu přípravy na stárnutí populace v České republice (online)

<http://www.mpsv.cz/cs/1072>, ze dne 26.12.2006

Příloha 1

Využívání služeb 2006		
Místo poskytování služby, název služby	Počet klientů	Období
Semily - pečovatelská služba	40	1 měs.
Lomnice n.P. - pečovatelská služba	120	1 měs.
Semily - Diakonie	10	1 měs.
Semily - respitní péče	5	17 měs.
Semily - domácí péče	70	1 měs.
Lomnice n.P. - domácí péče	70	1 měs.

Počet pečovatelek : Semily peč.slужba - 2
Lomnice n.P. peč. služba - 6
Semily Diakonie - 3

Resumé

Bakalářská práce se zabývá tématem stárnutí a péče o staré lidi v rodinném prostředí. Co rodinu k péči o seniora vede a jaká jsou úskalí této péče. Jaké potřeby senior má a jak mu rodina může pomoci je uspokojit. Dále jaké potřeby má rodina jako pečující subjekt.

Praktická část se věnuje tomu, jaké konkrétní pomoci se rodinám pečujícím o seniora může dostat na Semilsku a jak jí využívají. Uvedeny jsou i právní předpisy týkající se této oblasti a na případech z praxe je názorně ukázáno jaké instituce pomoc poskytují a jak jí pečující využili.