

Univerzita Karlova v Praze
Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

Rozsah respitní péče u seniorské populace

*Scope of respite care for the old people
population*

Vedoucí práce:

RNDr. Jana Leontovyčová, CSc.

Autor:

Vladimíra Toulová

Praha 2008

Poděkování :

Především děkuji vedoucí RNDr. Janě Leontovyčové, CSc. za ochotu vést mou bakalářskou práci, za podněty a připomínky k ní.

Dále bych chtěla poděkovat vedoucí Střediska pečovatelské služby ADCH Dagmar Antonové, se kterou jsem práci konzultovala za cenné rady a poznámky z praxe.

A děkuji také rodině a všem svým blízkým bez jejichž podpory bych práci nedokončila.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci „Respitní péče u seniorské populace“ zpracovala samostatně a použila uvedené prameny a literaturu.

V Praze dne 15. dubna 2008

Vladimíra Toulová

Anotace

Bakalářskou prací „Rozsah respitní péče u seniorské populace“ jsem chtěla poukázat na využití možností sociální práce v této oblasti. Odlehčovací péče, jak se také tento typ sociální práce nazývá (a zákon používá zásadně tento termín), u nás nemá zatím dlouhou tradici.

V teoretické části jsem se zaměřila na vývoj respitní péče především v zemi jejího původu, Spojených Státech, jejího použití v evropských zemích a poté i u nás. Dále jsem se zabývala stářím, jeho pojetím a problémy, soustavou změn, morbiditou staršího věku. Ti, kdo používají odlehčovací služby, jsou buď rodinní příslušníci nebo osoby blízké a proto jsem rozvedla i otázku rodiny a péče v ní. Položila jsem důraz na to, jak mohou pomoci organizace, které se na tuto oblast zaměřují, na jejich standardy a rovněž i na jejich pracovníky. V souvislosti s respitní péčí jsem se zmínila i o nebezpečí syndromu vyhoření, který je častý při práci s lidmi.

V praktické části jsem popsala metody, jež jsou používány v odlehčovací péči. Uvedla jsem zde zákonné směrnice ze zákona o sociálních službách. Na závěr jsem připojila výsledky průzkumu, provedeném na základě dotazníku, pomocí kterého jsem potom vyhodnotila své původní hypotézy.

Klíčová slova

Respitní péče, senior, rodinný pečující, terénní odlehčovací služba, stacionář, pobytová služba, zaměstnanci služeb, syndrom vyhoření, standardy kvalit sociálních služeb

Annotation

It was my intention use my dissertation „Scope of respite care for the old people population“ to cover the possibilities of implementation of welfare work in respite care. This type of welfare work has not enjoyed a long lasting tradition in our country.

In the Theoretical Part I concentrated on the development of respite care in its country of origin, the United States of America, on its application in European countries and in the Czech Republic. I went on to talk about old age, its definition and the problems it brings, as well as the range of changes in life that come with it, and the illnesses, typical for the old age. Since the people resorting to respite care are most often either family members or people close to the senior person, I decided to also encompass the notions of family and care within the family. I also emphasised the question of how organisations that concentrate on this sphere can provide help, and talked about their standards and workers. I went on to address the danger of burnout syndrome, a frequent issue arising in connection with welfare work.

In the Practical Part I described the methods used in respite care. Needless to say, I made references to legal directives that follow from the Law on Welfare Services (zákon o sociálních službách - Zákon č. 108/2006 Sb.) In the final part of the dissertation I supplied the results of my research based on the questionnaire, which I used to assess the results of my original hypothesis.

Key words

respite care, old people, family member, field respite care, social welfare institution, shot-term residence service, social worker, burnout syndrome, quality standards in social welfare services

OBSAH:

1. Úvod	9
1.1 Cíle práce	10
1.2 Hypotéza	10
<i>Teoretická část</i>	11
2. Vymezení sociálních služeb a respitní péče	11
2.1. Základní rozdělení	12
2.2. Adresáti služby	15
2.2.1 Odlišení uživatelů.....	15
2.2.2 Poskytovatelé.....	16
2.2.3 Grafické znázornění.....	17
2.3. Historie respitní péče v zahraničí	17
2.3.1 USA.....	18
2.3.2 Velká Británie.....	19
2.3.3 Německo.....	20
2.4. Historie respitní péče v ČR	20
3. Stáří	21
3.1 Definice stáří	25
3.2 Proměna života ve stáří	26
3.3 Projevy	27
3.4 Rodina	27
3.4.1 Osamělý pár.....	29
3.4.2 Rodiče a děti.....	29
3.4.3 Patologické jevy.....	30
3.5 Nemoci ve stáří	31
3.5.1 Zdravotně postižení senioři.....	31
3.5.2 Tělesně postižení senioři.....	32
3.5.3 Senioři s nemocemi CNS.....	33
3.5.4 Senioři s kombinovanými vadami.....	36
3.6 Čas a rituály	36
3.7 Syndrom vyhoření v rodině	36
4. Standardy zařízení nabízejících odlehčovací službu	38
4.1 Jak vypadá práce s klientem	38
4.2 Zaměstnanci služeb	39
4.3 Syndrom vyhoření	41
<i>Praktická část</i>	43
5. Metody práce s klienty	43
5.1 Příklady metod	43
5.1.1 Trénink paměti.....	44
5.1.2 Ergoterapie.....	44
5.1.3 Arteterapie.....	45
5.1.4 Muzikoterapie.....	45
5.1.5 Reminiscenční terapie.....	45
5.2 Rozdíly v práci s jednotlivými klienty z hlediska diagnózy	46
6. Právní předpisy a zákony	47
6.1 Zákon č. 108/2006 Sb.	47
6.2 Kde hledat pomoc	49
7. Výsledky a cíle odlehčovací služby	50
7.1 Terénní odlehčovací služba	50
7.2 Ambulantní odlehčovací služba	50
7.3 Pobytové odlehčovací služby	51
8. Ověření hypotéz	52

<i>9. Závěr práce</i>	54
<i>10. Summary</i>	55
<i>11. Seznam literatury a zdrojů</i>	57
<i>12. Seznam příloh</i>	60

Seznam zkratk

OPS – Obecně prospěšná společnost

RC – Respite care

OSVČ - Osoba samostatně výdělečně činná

MHMP – Magistrát hlavního města Prahy

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

ÚMČP7– Úřad městské části Prahy 7

POV – Pražská organizace vozíčkářů

DMO – Dětská mozková obrna

RS – Roztroušená skleróza

CMP – Cévní mozková příhoda

CNS – Centrální nervový systém

WHO – Světová zdravotnická organizace

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

Sb. – Sběrka zákonů

1. Úvod

„Dar stáří je darem, za který nikdo nic nechce. Nedá se na něj vydělat nebo jej koupit nebo si na něj našetřit. I my se z něho jednoho dne budeme těšit.“¹

Ač tato slova znějí krásně, ne všichni lidé berou stáří jako něco, na co se lze těšit. Na stáří lidé pohlížejí různě. Není pochyb o tom, že stáří je životní etapa, která souvisí s žitím každého z nás a ke které směřujeme, ať jsme v jakémkoli věku (přestože reklama a konzumní styl života se nám snaží předložit něco jiného). Každý člověk má ve své vývojové etapě na světě místo. Malé dítě, dospělý člověk, stejně jako senior. Musíme si uvědomit, že stáří není nemoc. Úroveň společnosti, lidstva jako takového, se neposuzuje podle toho, jak se chová k mocným a bohatým lidem, ale podle toho, jak se chová k bezmocným, postiženým a těm, kdo potřebují pomoci.

Seniorský věk neznamená, že lidé ztratili svou cenu, i když je období, kdy se ve světě, kde žijeme, uznává především mládí, krása, zdraví, rychlost, flexibilita a úspěšnost. A stáří samozřejmě těmto mantinelům světa vyhovět nemůže a nevyhovuje. Stáří jako by se stalo určitým handicapem, který postihuje ty dříve narozené, ty, kteří už nestačí mít přehled o všech věcech kolem nás a nejsou nejrychlejší. Problém bych viděla spíše v současných hodnotách, které jsou vyznávány, než v pokročilém věku.

Stáří je dlouhodobý proces, který probíhá v podstatě celý život. Nesouvisí jen s časem a ani s rokem narození. Je potřeba připočítat biologické, psychologické a sociální faktory. Mnohé věci z našeho života mohou ovlivnit náš vztah ke stáří a také ho neustále ovlivňují. To, jak v přítomné chvíli žijeme, co konáme, máme šanci co nejdříve ovlivnit to, jak budeme žít v následujícím okamžiku až do své smrti. Lze odvrátit zjevné příznaky (plastická chirurgie), nikoli zvrátit samotný proces stárnutí.

Této problematice se musíme věnovat, ne vytlačovat ji nebo bagatelizovat ... A věnovat se jí z úcty a respektu k přirozenému běhu života.² Pokud má člověk to štěstí a naučil se žít s pocitem, že „mladší už nebude“, a opravdu jednou zestárne a „hvězda“ jeho osobnosti přestane tak silně a podmanivě zářit, troufám si tvrdit, že jsme schopni větší empatie k těm, kteří již jsou nositeli výše zmiňovaných stigmat – stáří a nemoci. Čas může být naším spojencem, ne nepřitelem. **Každý člověk by si měl uvědomit, že stáří je přirozený proces celého života.**

¹ STROUDOVÁ, M. Stáří je dar, Kostelní Vydří, KN 1996, str. 5

² JANKOVSKÝ, J. Etika pro pomáhající profese, Praha, Triton 2003. str. 126

Senioři jsou specifickou skupinu populace se specifickými nároky a nutností zvláštního zacházení a péče. Mám tím na mysli, že je v tomto období života člověk zranitelnější, citlivější a lékařská péče bývá v tomto období využívána častěji. V některých případech je dokonce nutná trvalejší péče ať již lékařského charakteru (hospitalizace) či spíše sociálního (potřeba společníka či kontaktu s druhým a celodenní zajištění uspokojení potřeb jedince, například právě u Alzheimerovy choroby). Uspokojení potřeb seniora může přinést jisté úlevy pečujícímu. Je tedy důležité, aby se do péče vložily i ostatní instituce, které mohou pečujícímu přinést celou řadu pomocných faktorů, pomůckami a poradenstvím počínaje a zajištěním trvalé či přechodné péče o seniora.

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma respitní péče u seniorů, protože je to oblast, která mě profesně zajímá a chtěla bych se jí věnovat. Pravdou je, že tato péče není nejčastější formou sociálních služeb o seniorskou populaci a skrývá se mnohokrát pod jinými jmény institucí zabývajících se sociální péčí (mimo jiné i touto).

1.1 Cíle práce

Cílem této práce je poukázat na rozsah respitní péče, na to jak může naše společnost pomoci seniorům a jak může touto péčí prospívat.. Dále chci poukázat na využití respitní péče v ČR, respektive v našem hlavním městě a na výhody i nevýhody této péče.

1.2 Hypotéza

Stanovuji si tyto hypotézy, které bych v závěru práce chtěla potvrdit či vyvrátit:

1. Protože je pro seniory důležité bezpečí vlastního domova, rozvíjejí se nejvíce ze služeb odlehčovací péče služby terénní a stacionární.
2. Ve všech službách v rámci celého spektra je jednou z neúspěšnějších metod trénink paměti.
3. Počet uživatelů těchto služeb se zvyšuje.
4. Zákon 108/2006 Sb. neměl na rozvíjení těchto služeb příznivý dopad.
5. Nejvíce využívají forem odlehčovací péče rodiny seniorů trpících demencí.
6. Financování těchto služeb je vícezdrojové.

³ KOZLOVÁ, L. Sociální služby, Praha, Triton 2005, str. 12

Teoretická část

2. Vymezení sociálních služeb a respitní péče

„Sociální služby můžeme označit jako soubor činností aktivně směřujících k pomoci jednotlivci nebo skupině občanů při zabezpečování jejich životních potřeb.“³

Cílem služeb sociální péče je vyrovnání příležitostí tak, aby bylo umožněno lidem, kteří jsou v důsledku zdravotního nebo sociálního stavu znevýhodněni, zapojení do života společnosti. Pojem péče, který uvádím, je podle Průši L. použit v přesném významu tohoto slova, neboť jde o péči o člověka. Dle současného zákona o sociálních službách jsou definovány tři typy sociálních služeb. Jsou to: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Celý náš systém sociálních služeb prochází od devadesátých let 20. stol. změnami, vznikají nové metody a formy práce s klienty a nové typy zařízení (zřizovatelé: městské části - rozpočtové organizace, neziskové organizace, občanská sdružení, OPS, atd.). Tyto služby významným způsobem přispívají nejen ke zkvalitnění života seniorů, ale i významně přispívají k lepšímu sociálnímu obrazu současného mezigeneračního soužití velice také napomáhají prostřednictvím poskytovaných sociálních služeb k aktivní integraci seniorů zpět do společnosti.

Tab.1.: Cíle sociálních služeb v poslední době

Poskytování služeb v zařízeních		Poskytování služeb v domácnosti
Poskytování služeb v domácnosti	⇒	Služby přizpůsobené potřebám
Rigidní časové určení		Časově flexibilní, přizpůsobené klientovi
Neprojojenost služeb		Propojení různých typů služeb

Respitní (odlehčovací) péče je jedním z typů služeb sociální péče, mezi které řadíme i osobní asistenci, pečovatelskou službu, tísňovou péči aj. Jejich cílem je pomáhat zajistit potřebným osobám soběstačnost, důstojné prostředí a zacházení.

Respitní péče se původně specializovala pouze na tělesně postižené, ale časem se ukázala potřebnost této péče i v rámci seniorské populace v naší republice. Tato péče bývá často poskytována jako jedna z dalších zaregistrovaných služeb v rámci sociálních projektů agentur zabývajících se sociální problematikou, dále sociálních projektů při centrech sociálních služeb nebo ošetrovatelských zařízení. Protože podle zákona o sociálních službách 108/2006 Sb., který budu většinou citovat, došlo ke změně formulací a s místo respitní se používá název **odlehčovací**, proto budu používat spíše tuto stylizaci.

2.1. Základní rozdělení

Matoušek⁴ uvádí k dané problematice, že rodiny, u kterých nastala situace při níž nemůže další člen rodiny setrvat v domácnosti bez pomoci, musí vědět, že nezůstaly samy. Jsou tu služby osobní asistence, odlehčovací služby, denní stacionář, přechodné umístění v domově důchodců či krátkodobá hospitalizace (tzv. sociální pobyty), když si pečující potřebuje kvalitně odpočinout a věnovat se také jiným věcem, které se netýkají péče o osobu blízkou. Poskytování sociálních služeb osobám blízkým také významným způsobem přispívá jako prevence před pochopitelným syndromem vyhoření.

Respitní péče se týká občanů se zdravotním, tělesným či jiným postižením. U seniorů se přidružují i problémy s větší morbiditou člověka, a ten se tak vlivem nemocí a přidružujících problémů stává člověkem nemohoucím. Dalším mnohdy opomíjeným rizikovým faktorem mohou být narušené sociální mezigenerační vztahy. V rámci tohoto faktoru vzniká neúměrný tlak na psychiku seniora, který může vyústit až k psychickému týrání tohoto seniora. I tomuto rizikovému faktoru, by se měly snažit v rámci možností již výše zmiňované služby zabránit a svým působením se snažit vytvářet prostor i k tzv. sociální prevenci. Dále v práci budou zmíněny choroby, které mohou zapříčinit určité omezení tělesných, psychických a jiných životních funkcí u seniora. Přes tato všechna omezení, se snažíme v rozumné míře zachovat provozování koníčků u seniora. Respitní péče je poskytována všem, kdo ke svému životu potřebují stálý dohled a péči druhé osoby. Většinou se jedná o osobu blízkou. Vzhledem k nejčastější věkové kategorii osob blízkých jde o osoby pracující, veřejně činné a odcházející za svými koníčky, proto potřebují k zajištění časové kontinuity péče o seniora využít zřizované respitní služby. Bez využití těchto služeb by následně mohlo dojít k syndromu vyhoření pečujících osob.

Rozdělení dle článku Respitní péče ve vztahu k péči o seniory od V. Doušlové:⁵

- a) Služby poskytované rodině
- b) Služby poskytované mimo domov – krátkodobě
- c) Služby poskytované mimo domov – dlouhodobě
- d) Rodinná spolupráce

Lépe a přesněji můžeme odlehčovací péči rozdělit na...

- a) Dlouhodobé služby poskytované v domácnosti – odlehčovací služby, osobní asistence
- b) Krátkodobou službu stacionárního charakteru
- c) Dlouhodobé služby poskytované v zařízení

a) Dlouhodobé služby poskytované v domácnosti

Jde o poskytování odlehčovací služby. Tuto službu většinou poskytují, terénní střediska pečovatelské služby. Služba je poskytována v domácnostech klientů. V souladu se zákonem č.108/2006 Sb.

Bohužel u nás stále platí, že střediska terénní pečovatelské služby poskytují v našem státě spíše pečovatelskou službu, než službu odlehčovací. Obě tyto služby, pokud je střediska poskytují musí být zahrnuty v registraci poskytovatele a musí být zaevidovány na sociálním odboru Magistrátu hlavního města Prahy (MHMP).

V některých státech jsou tyto služby bezplatné, v jiných státech dostávají občané peníze nebo kupóny na tyto služby(což je prognóza i našeho vývoje sociálních služeb). U nás od roku 2007 je přiznáván příspěvek na péči, který má čtyři stupně. Některým uživatelům, kteří měli přiznaný příspěvek dle starého modelu (tři stupně bezmocnosti) se tento příspěvek pouze přetransformoval na nový. U těchto uživatelů nebyl přezkoumáván zdravotní stav, proto se mnohdy stalo, že uživatelé kteří ho pobírají ho ani nepotřebují a na nákup služeb v rámci sociálního sektoru ho nevyužívají.⁶ Podle zkušenosti ve Velké Británii lépe vyhovuje druhá varianta. Neboť po několika letech zkušeností došli k tomu, že úroveň poskytovaných služeb je nižší, pokud má asistent fixní plat a je přidělován do rodiny administrativní cestou.

⁴ MATOUŠEK, O. A KOL., Sociální práce v praxi, Praha, Portál 2005 str. 48

⁵ DOUŠLOVÁ, V. Pražské gerontologické dny, Praha, MZ 1996 str. 89 - 90

⁶ rozhovor na sociálním odboru ÚMČP7 návratnost do 10%

Osobní asistence

Všechny typy a druhy sociální péče zahrnutý v zákoně č.108/2006 Sb., se řídí vyhláškou č. 505. Pokud má poskytovatel zaregistrovanu osobní asistenci dle výše jmenovaného zákona, musí být schopen tuto službu, poskytovat 24 hodin všechny dny v týdnu. Tato služba je poskytována všude tam, kde si ji klient přeje poskytovat (domácnost, práce, výlety atd.), tato služba pomáhá uživateli prožít plnohodnotný život. Službu mohou pro svého blízkého objednávat i ti, kteří o něj pečují (rodina, přátelé, příbuzní) jako doplněk jejich péče. V roce 1997 vešel v platnost zákon, že si asistenty a pomocníky bude z peněz státu vybírat osoba, která je bude využívat (centrum samostatného života POV) a ta také rozhodne o tom, jestli byla s asistencí spokojená a zda v budoucnu nevyužije služeb jiného asistenta, kterého si sama, ale musí sehnat. Tato osoba mnohdy žije c domácnosti s někým, kdo jí s výběrem asistentů pomáhá. I odměňování těchto asistentů bude záviset na objemu odvedené práce, tzn. na tom jak často budou vyžadovány klientem jeho služby.⁷

b) Služby poskytované mimo domov – krátkodobě.

Tyto služby provozují zařízení, které mají jako cílovou skupinu seniory a jejichž standardy a registrace splňují charakter odlehčovacích služeb (domovinky, denní a týdenní stacionáře.). Mnohé z výše jmenovaných zařízení, provozují vedle standardních služeb (i svoz a rozvoz uživatelů, tato služba bývá hrazena jednotlivě) poskytovatelé na tuto službu, žádají přidělení speciální dotace. Mezi seniory je tato služba velmi vítána, neboť smysluplně zaplní jejich volný čas.

c) Dlouhodobé služby poskytované v zařízení - Sociální pobyty

Jedná se o situace, kdy si rodina potřebuje odpočinout od dlouhodobé péče či odjet na dovolenou řeší většinou využitím nabídky tzv. sociálních pobytů, které nabízejí některá ze zřizovaných zařízení Klient zůstává v péči organizace na přechodnou dobu, obvykle s dobou trvání od 2 týdnů po tříměsíční pobyt (dle typu zařízení). Dle nového modelu zákona by měl mít uživatel, který bude přijatý do tohoto typu zařízení, alespoň druhý stupeň příspěvku na péči (4000,- Kč). Zbytek si hradí sám. Existuje již širší škála soukromých domovů, které poskytují až měsíční pobyt seniorům avšak pro mnohé rodiny přesahuje tato varianta finanční možnosti rodiny.

⁷

BERKOVÁ, J. Možnosti sociální péče o dlouhodobě nemocné v Praze, UHK 2006

Senioři obvykle chtějí zůstat doma, souvisí to s potřebami jistot a bezpečí, které u nich jsou pociťovány velmi silně (viz. kap. 3, tab. 3). V instituci tuto součást identity starší člověk ztrácí např. umístěním do domova důchodců. Odchod do jakéhokoliv ústavního zařízení jej anonymizuje, což se mimo jiné projeví i ochuzením identity.

d) Rodinná spolupráce.

Jedná se o typ RC, pro nějž zatím není naše populace dosti morálně vyspělá, proto se u nás ve větší míře nevyskytuje.

Funguje tak, že si rodiny navzájem vypomáhají, ovšem za předpokladu, že v rodině funguje komunikaci správným způsobem. V případě opačném pomáhá s nastavením péče poskytovatel. s péčí o postiženého člena rodiny nebo dokonce rodiny, které takového člena nemají, pomáhají těm, které o něj pečují. Tato forma má jak dobrovolnou variantu, to znamená sousedská bezplatná pomoc, tak i variantu zákonnou – rodiny sepíší smlouvu o formě péče, podmínkách, objemu i odměně a někde je hrazena ze zákona, hlavně u zaregistrovaných poskytovatelů a pečovatелů na OSVČ.

2.2. Adresáti služby

Adresátem služby je uživatel, rodina, nebo jiná pečující osoba. Tato služba je poskytována osobám, které mají z důvodu nemoci, stáří nebo svého zdravotního postižení sníženou soběstačnost a o které je pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem této služby je zejména poskytnout nezbytný odpočinek dlouhodobě pečující fyzické osobě uživatele sociální služby.

2.2.1 Odlišení uživatelů

a) zdravotně postižení senioři – do této kategorie patří lidé zrakově a sluchově znevýhodnění ti, kteří mají problémy kardiovaskulárního charakteru, dále lidé s dýchacími či metabolickými problémy, problémy zdravotního charakteru způsobené stářím.

b) tělesně postižení senioři – lidé s vrozeným tělesným postižením (DMO, deformace končetin, degenerativní nervosvalová onemocnění – RS), ti kteří postižení

pohybového ústrojí získali během svého života (úraz nebo amputace končetiny z důvodu získané nemoci např. diabetes mellitus a následná gangréna, dále plegie nebo paréza po CMP)

c) senioři s nemocemi CNS (demence kortikální Alzheimerova nemoc, subkortikální, smíšená, cévní mozkové příhody, psychické poruchy)

d) senioři s kombinovanými vadami (obvykle se nemoci pojí a vzniká takzvaná multimorbidita)

2.2.2 Poskytovatelé

Seznam poskytovatelů odlehčovací péče mající v cílové skupině uvedené seniory dle registru Ministerstva práce a sociálních věcí:

Odlehčovací služby:

Arcidiecézní charita Praha

Centrum sociální a ošetrovatelské pomoci – Parnská

Centrum sociální a ošetrovatelské pomoci Praha 5

Centrum sociálních služeb Běchovice

Centrum sociálních služeb Nebušice

Centrum sociálních služeb Praha - Jižní Město

Centrum sociálních služeb Praha 2

Cesta domů

Česká alzheimerovská společnost

Domov pro seniory Elišky Purkyňové

Domov sv. Karla Boromejského

Dům sociálních služeb Praha 8

POHODA o.s.

Ošetrovatelské zařízení Jílovská

Středisko soc. služeb Praha 3

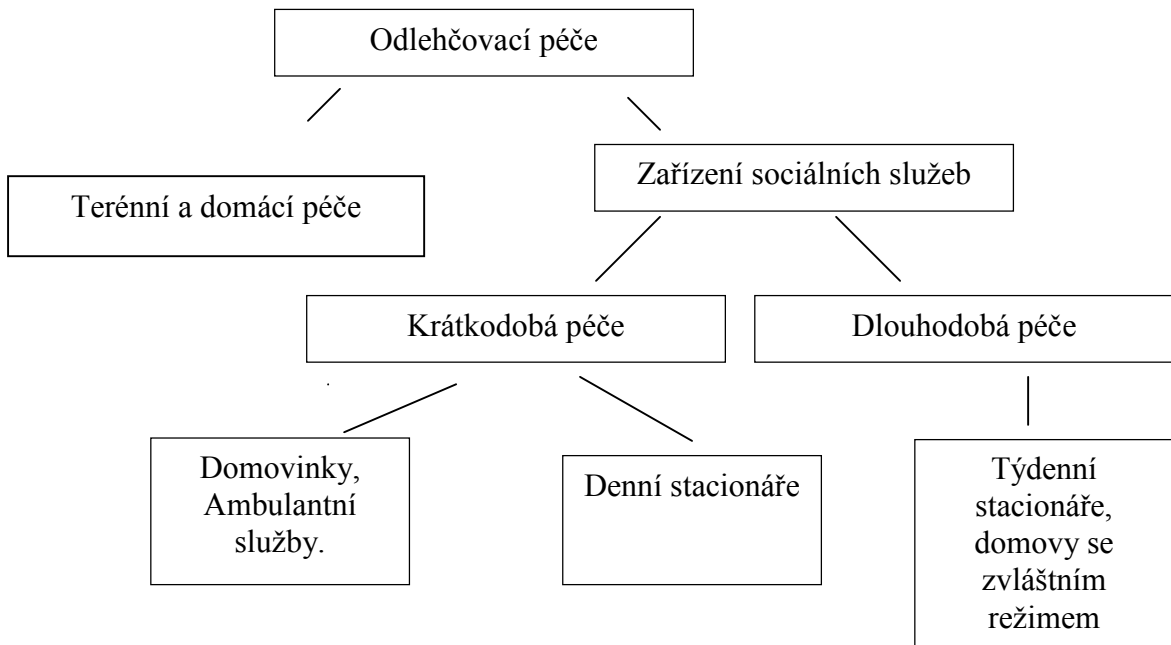
Sociálně odlehčovací centrum Praha 7

Sociální služby Městské části Praha 12

ŽIVOT 90 o.s

2.2.3 Grafické znázornění

Graf 1: Formy poskytování sociálních služeb dle § 33 (popis služeb)



2.3. Historie respitní péče v zahraničí

Pojem respitní péče (respite care) není stará záležitost, dnes se však u nás nahrazuje termínem *odlehčovací péče*. Termín respitní péče se začal používat (a objevil se v odborné literatuře) v 60. letech minulého století v USA. Přišlo s ním deinstitucionalizační hnutí. Základní myšlenky tohoto hnutí jsou následující:

1. *O člověka, který ke svému běžnému každodennímu životu potřebuje pomoc druhého, ať už je to člověk handicapovaný, gerontologický, nebo člověk po úrazu, by se mělo (dovoluje-li to jeho zdravotní stav, tj. nepotřebuje-li akutní medicínskou péči) pečovat v jeho přirozeném prostředí, tj. v rodině nebo v jeho bytě. Vychází se z toho, že člověk se snaže vypořádá s tím druhem bezmocnosti, kterým dočasně či trvale trpí, pokud je ve svém přirozeném prostředí, kde je zvyklý, kde jsou jeho blízcí a kde nemusí měnit své zvyklosti a navykat na nový způsob života, na nové lidi.*

2. *O takového člověka v případě, že zůstává v rodinném prostředí, pečuje rodina, respektive některý z jejich členů na plný pracovní úvazek a takový člověk má*

*nárok na odpočinek, na regeneraci sil, na zábavu. Zkrátka není povinen vzdát se všech svých občanských práv jen proto, že se rozhodl pomoci druhému.*⁸

Brzy tedy vzniklo široké spektrum služeb pomáhající účinně rodině v péči o jejího bezmocného člena a v roce 1986 uznal americký kongres nezbytnost respitní péče (dále RC) – schválil „prohlášení o dočasné péči o zdravotně handicapované a o péči v krizi“ a tím zavedl státní dotace pro projekty RC. Od r. 1988 dostávají granty veřejné i soukromé společnosti, které zabezpečují služby RC ve všech obcích Spojených států.

2.3.1 USA

Server domácích pečovatelů říká toto: Odlehčovací péče se poskytuje tomu, kdo se stará o blízkého člověka doma, proto aby příslušníci domácí péče nemuseli být v zdravotnických nebo ústavních zařízeních. Repitní péči se říká „krátká přestávka“. V USA je 50 milionů lidí, kteří doma pečují o své rodinné příslušníky (starší rodiče, děti zdravotně či mentálně postižení, lidi s chronickým onemocněním). Bez této péče by museli být v různých zařízeních, což by bylo nevýhodné z hlediska lidských sil i financí. Protože péči o osobu nejde zvládnout bez podpory pečujícího, podporuje tyto lidi RC v poskytování potřebných přestávek. Tyto služby jsou nejžádanější a nejvíce chybí (nezáleží na místě kde jsou či mají být poskytovány, ani na postižení). Důraz je kladen na péči o pečujícího. Studie nadace Commonwealth Fund (nadstátní organizace zabývající se charitativní a zdravotní péčí) ukázala, že díky RC se pečovateli udržuje lepší zdravotní i psychický stav, než kdyby tuto péči neměli.

Díky této práci nemusí být lidé, o které je pečováno, být v nemocničních zařízeních a ústavech, kde by se určitě nezaručilo přiměřené jednání, zvyšovala by se jejich deprivace a agresivita vůči personálu.

Způsoby poskytování respitní péče v USA:

- 1) **Domácí RC** – pracovník dochází do domácnosti a tam pečuje o svěřenou osobu. Dělá všechny domácí práce, stejně jakou rodinný pečovatel. Klient (starý člověk, člověk postižený, dítě) není vystaven transportu a změnám prostředí, na které si musí zvykat. Tuto službu zajišťují přátelé, příbuzní i placení profesionálové.

⁸

DOUŠLOVÁ, V. Pražské gerontologické dny, Praha, MZ 1996 str. 88

Ve Státech mohou tuto formu respitní péče poskytovat jak charitativní či státní organizace, které jsou pokrývány financemi z různých zdrojů.

- 2) Místní stacionární zařízení – osoba, která potřebuje péči, zde může strávit několik dní, většinou kvůli krátké indispozici rodinného pečujícího. V těchto institucích je obvykle lepší a snadnější přístup k zdravotnické péči.
- 3) Krizová respitní péče – tento způsob péče je na dlouhodobějším charakteru. Používá se jako smlouva s pečujícími před následnou krizí. Než k dané situaci dojde, zařízení si osobu berou do péče, je provozována na opakovaných pobytech, které rodina (pečující) dohodne. Touto formou se zabývá hodně center pro dospělé osoby s některou nemocí.
- 4) Krátkodobá respitní péče – hlídání – obvykle funguje tak, že osoba, která si potřebuje udělat „přestávku,“ zavolá do organizace odkud přijde dobrovolník. Tuto službu nabízejí dobrovolnické a náboženské organizace a je možná na několik hodin v týdnu. Protože se obvykle nejedná o profesionály, nebývají poučeni o tom, jak jednat v krizových a havarijních situacích.
- 5) Terapeutická denní péče pro dospělé – forma našich denních stacionářů. Je v nich zajištěna péče pouze v pracovních dnech a v hodinách, v kterých lidé běžně chodí do práce.⁹

Odměna za tyto služby je různá vzhledem k agenturám (poskytujícími spolkům) a způsobu poskytování této služby. Státy USA i různé lokální programy na přispívají na tuto péči. U dlouhodobé péče je finanční zátěž kompenzována příspěvky sociální politiky a pojištěním. V roce 2000 vyšel zákon (Public Law 106/501), který sjednocuje pravidla respitní péče a jejich poskytovatelů. Vznikla zastřešující unie, která poskytuje informace a na kterou se může jakýkoli člověk obrátit s prosbou o pomoc a za účelem ověření kvality poskytované péče v daném místě.¹⁰

Respitní péče se postupně z USA rozšiřovala do ostatních států, v Evropě je prakticky uzákoněna jako jedna z forem sociální péče.

⁹ <http://en.wikipedia.org>

¹⁰ <http://www.eldercare.gov>

2.3.2 Velká Británie

Ve Velké Británii je značný nárůst seniorské populace. V roce 2004 bylo dle odhadů 1,25 milionů obyvatel, kteří potřebovali sociální péči. Ve Velké Británii je 20 000 domů, kde se poskytuje péče potřebným, z toho 70 % domů je určeno seniorům. Dále je ve Velké Británii registrováno 4 300 agentur, které poskytují domácí péči. Tyto agentury jsou z velké části provozovány nestátními organizacemi.

Pro sociální péči mají dobře vypracované standardy kvality, ale potýkají se s nedostatkem pracovních sil. Proti tomuto stavu bojuje nabízením míst v zemích Evropské unie. Standardy v ČR jsou vypracovány dle britského vzoru.¹¹

2.3.3 Německo

V Německu kladou důraz především na domácí péči. Funguje zde účinná legislativa na ochranu zájmů a potřeb osob vyžadujících péči. Agentury poskytující tuto péči si stanovují kvalitativní standardy dle svých potřeb. Téma domácí péče je v Německu dlouhodobě zpracováváno. Díky státním, církevním a neziskovým organizacím je poskytování této péče na vysoké úrovni.¹²

2.4. Historie respitní péče v ČR

Respitní péče se v naší republice začala rozvíjet v 90. letech. Prvními iniciátory možných forem respitní péče v České republice jsou rodiny, kterých se osobně dotýkaly nedostatky stávajících sociálních služeb, nebo občanské aktivity či iniciativy zdravotně postižených občanů.¹³ Mezi tyto lidi jsou samozřejmě staří lidé začlenění. V dané knize je poukázáno na to, že životní podmínky těchto rodin patří mezi nejtěžší. Repitní služba je přínosem pro společnost v rovině ekonomické i humanitní.

¹¹ MÁTL, O. JABŮRKOVÁ, M. Kvalita péče o seniory II, Praha, Galén 2007 str. 24

¹² tamtéž, str. 65

¹³ KOZLOVÁ, L. Sociální služby. Praha: Triton 2005 str. 29

3. Stáří

„...než se člověk skutečně stane evidentně starým, prožívá relativně dlouhé období, ve kterém je nomenklaturně i sociálně za starého považován, ač se tak necítí.“¹⁴

(Haškovcová, Fenomén stáří)

Demografický pohled je vlastně úvodem do problematiky stáří a stárnutí. Mnohé publikace se v dnešní době zabírají tímto trendem, který ve společnosti v současnosti nastává. Jedná se právě o stárnutí populace. Dle údajů z posledního sčítání lidu u nás žijí asi dva miliony osob ve věku šedesát a více let.¹⁵ Publikace pojednávající o těchto skutečnostech se shodují ve dvou základních věcech. Jednak v tom, že tento fenomén značí, že lidé se dožívají čím dál vyššího věku. Jednak to ale také znamená, že je třeba se touto oblastí do budoucna zabírat, jelikož narůstá počet starých osob. Shodují se také na tom, že se po roce 2010 bude stárnout rychleji, což opět přivádí k tomu, že je třeba se tímto nadále zabývat. Také bych připomněla, že si každý stát si vytváří vlastní program, který se týká stáří v ČR je to „Národní program přípravy na stárnutí populace“. Cílem tohoto programu je vytvořit podmínky pro řešení problematiky stárnutí a seniorů a docílit změny postojů a přístupů na všech úrovních. Cílem je tedy dosáhnout společnosti, která bude otevřená všem generacím bez rozdílů.

Tab. 2 Projekce počtu a podílu seniorů v ČR podle různých věkových hranic

rok	Věková skupina (absolutně i v % jako podíl z celkové populace)								Celkem obyvatel
	60+		65+		70+		85+		
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	
2002	1 932 198	18,9	1 417 962	13,9	1 004 254	9,8	98 179	1,0	10 203 269
2010	2 337 013	22,7	1 596 812	15,5	1 048 567	10,2	144 515	1,4	10 283 042
2020	2 719 639	26,4	2 088 333	20,3	1 420 418	13,8	187 301	1,8	10 283 929
2030	2 973 672	29,4	2 308 073	22,8	1 698 801	16,8	275 613	2,7	10 102 433
2040	3 481 408	35,5	2 633 554	26,9	1 847 481	18,9	441 684	4,5	9 795 118
2050	3 650 619	38,7	2 956 079	31,3	2 276 561	24,1	497 127	5,3	9 438 334

Zdroj: Projekce obyvatelstva, 2004

Stárnutí je fyziologický proces charakteristický řadou pochodů a změn, ale nejedná se jen o onu tělesnou stránku.

¹⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. Praha, Panorama 1990 str. 21

Jako každý člověk mají i staří lidé základní životní potřeby. Základní životní potřeby jsou u každého živého člověka stejné. Známe je řazení, jak ho uspořádal klinický psycholog Maslow. Priorita potřeb se může měnit také v závislosti na aktuální situaci, vnitřním naladění člověka či v průběhu nemoci. M. Svatošová¹⁶ uvádí, že jestliže na začátku nemoci byly prvořadě potřeby biologické, v závěrečné fázi velmi často nabývají na důležitosti potřeby spirituální.



Z výzkumu Kaufmanové¹⁷ vyplývá, že senioři považují za důležité potřeby, které vnímají jako ohrožené. Jsou to především fyziologické a sociální potřeby a potřeba bezpečí. Z fyziologických potřeb měli senioři problém s uspokojováním potřeby hygieny, výživy, pohybu, vylučování a bezbolestného stavu. Potřebu fyzického bezpečí senioři pociťovali zejména v situacích, kdy není na blízku druhá osoba. Důležitá je pro ně také potřeba psychického bezpečí, především možnost žít ve vlastní domácnosti.

Součástí identity starého člověka je i jeho teritorium, tj. místo, kde žije, a společenská skupina, k níž náleží (a která je mnohdy definována širěji než jen příslušností k rodině). Tuto součást identity starší člověk ztrácí např. umístěním do domova důchodců. Odchod do jakéhokoliv ústavního zařízení jej anonymizuje, což se mimo jiné projeví i ochuzením identity.

¹⁵ SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří, Praha, Slon 2007 str. 46

¹⁶ SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet, Praha, ECCE HOMO 1999 str. 21

¹⁷ KAUFMANOVÁ, P. Pohled seniorů na pečovatelskou službu, In. Sociální práce 2004 str. 101 – 102

Tab. 2: Představy seniorů o zabezpečení v případě nesoběstačnosti - podle věkových skupin (v %).

	60 - 69 let	70 - 79 let	80+ let
chtěl bych žít ve vlastním bytě za pomoci rodiny či sociální služby	52	58	63
Chtěl bych žít v domě s pečovatelskou službou	13	12	15
Chtěl bych žít v penziónu pro důchodce	14	13	7
Chtěl bych žít v domově důchodců	5	6	5
nevím, neuvažoval jsem o tom	16	11	10

Zdroj: Veselá (2002: 25)

Senioři se obávají, že v případě výrazného snížení soběstačnosti budou nuceni odejít ze známého prostředí vlastní domácnosti někam do ústavního zařízení, kde by museli dodržovat řád, což souvisí s jejich problémem adaptace na nové podmínky. Ve své domácnosti dodržují určité stereotypy, na které jsou léta zvyklí a které nehodlají měnit.

Tab.3: Potřeba pomoci při sebeobsluze ve vazbě na míře závislosti a věku (v %).

věk osoby	podíl osob, které potřebují pomoc při sebeobsluze				
	celkem	podle míry závislosti			
		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: Nežádal (1998: 31)

Život starších lidí se odehrává v určitém teritoriu, které může mít různý rozsah. Osobně nejvýznamnější je skoro vždycky teritorium vlastního bytu, které představuje soukromí naplněné symboly prožitého života, k nimž se pojí mnoho vzpomínek. Domov přispívá k uchování pocitu kontinuity života a je místem, kde se starší člověk cítí být bezpečný. Důležité je i šíře pojaté teritorium okolí domova, chaty nebo chalupy. Představuje určitou formu jistoty, protože se v něm starší člověk dobře orientuje a má zde i své osobně

významná místa (např. pohled z okna, strom nebo oblíbený obchod). Kontakt s jinými lidmi se obvykle odehrává v tomto teritoriu nebo v jejich bytech, domech či zahradách. Teritorium instituce, ať už jde o nemocnici nebo domov důchodců, má neosobní charakter a platí zde pravidla, o nichž senior nemůže sám rozhodovat, a přesto je musí respektovat. To v soukromí není nutné, zde si svůj řád určují starší lidé sami.¹⁸

Výrazný vliv na uspokojování potřeb, které senioři považují za ohrožené (a tudíž pro ně důležité), má jejich zdravotní stav.

Elias uvádí, že psychosociální potřeby začne člověk výrazně pociťovat právě ve stáří, protože jsou intenzivní a zároveň má nejnižší možnost je plně uspokojovat. Je totiž nedobrovolně odsouván ze světa mladých a zdravých lidí. Najednou má jiné priority a hodnoty, a jako by ztrácel to, co měl dříve s ostatními společného. Již nemoc vyřadí stárnoucího člověka ze společnosti živých. Jeho tělesný úpadek jej izoluje. Schopnost kontaktu a citové valence slábnou ale potřeba společenství s ostatními lidmi nevyhasíná. A to je nejtěžší nenápadné vyřazování, postupné ochladnutí někdejších vztahů a náklonností, ztráta těch, kdo dávali životu smysl a bezpečí.¹⁹

Vágnerová poukazuje na sociální význam stáří, na obecné postoje většinové společnosti, který je spíše negativní a podceňující. Člověku je „povoleno“ chátrat, případně si zachovávat to, co získal dříve. Nejsou už tak ceněny jeho zkušenosti, které tedy ztrácejí význam. Staří lidé jsou společností znevýhodněni. Bohužel tuto tendenci podporují i média, jež různým způsobem svěžest a mládí proklamují a to, co nevyhovuje, je pokládáno za podřadné.²⁰

Hranice stáří si vytváří člověk převážně sám v sobě. Není to přesné vymezení kalendářního věku, a už vůbec nemůžeme všechny lidi přesně zařadit do určitém kategorie, protože jsme každý individualita. Každý člověk se má právo cítit na tolik, na kolik si připadá. Tak jako si mladý člověk v době splínu může připadat na osmdesát, tak si starší člověk může připadat na dvacet pět.

Staří lidé získávají po odchodu po odchodu do penze (je vnímáno jako důležitý předěl) čas, o kterém celá léta snili. Problém je, že nyní nevědí, co s ním, a proto si připadají nevyužití a zbyteční. Dříve měli pořád co dělat a vadilo jim to, teď nemají co dělat a jsou na tom stejně. Proto je důležité co nejrychleji sehnat novou aktivitu, něco co by je naplňovalo

¹⁸ VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie, Praha, Karolinum 2007

¹⁹ ELIAS N. O, osamělosti umírajících, Praha, Nakladatelství Franze Kafky 1998

volný čas a na co by se mohli těšit. Projevuje se tu mnohem víc charakter člověka, v tom jakým vše bere způsobem. Vždy lze najít bod, ke kterému můžeme upínat svůj životní směr. Život má stále svůj smysl, jen jsou období, kdy je pro nás obtížné nějaký najít, proto kolem nás existují přátelé a na úrovni institucí pomáhající profese, které často mohou pomoci a nasměrovat tím správným směrem. Cílem každého věku je být spokojený, a ne se honit za něčím nedosažitelným. Toto se nikde neučí, to je úkol nás jako lidí, ke kterému máme dojít, a šťastný ten kdo se tomuto naučí v brzkém věku.

3.1 Definice stáří

Kdo vlastně senior je a koho si pod tímto pojmem lze představit? V publikaci „*Psychologický slovník*“ je tato definice seniora:

➤ **Senior**

„Jednak znamená označení staršího člena ze dvou osob stejného jména, např. otec. Jednak označení staršího člena učitelského sboru, horní komory parlamentu i různých jiných spolků a organizací. A jednak označení občanů starší šedesáti let. V ČR tvoří 18 % populace (1998).“²¹

Pro účely této práce je důležitý pojem třetí, tedy ten, který hovoří o senioru jako o označení člověka staršího šedesáti let.

Z hlediska vývojové psychologie (Švancar,1983): „Stáří je sestupnou periodou vývoje a začíná již dřívějších vývojových stádiích.“

Také Vágnerová (2007), která se zabývá vývojovou psychologií, uvádí o stáří toto: „*Stáří je poslední etapou života, fázi, která bývá označována jako postvývojová, protože již byly realizovány všechny latentní schopnosti rozvoje. Přináší nadhled a moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci. Je obdobím relativní svobody, ale i dobou kumulace nevyhnutelných ztrát ve všech oblastech. Rané stáří, resp. třetí věk, je obdobím života, v němž sice dochází k evidentním změnám daným stárnutím, které ale nemusí být ještě tak velké, aby staršímu člověku znemožnily aktivní a nezávislý život“.*²²

²⁰ VÁGNEROVÁ M, Vývojová psychologie, Praha, Karolinum 2007

²¹ HARTL, HARTLOVÁ, Psychologický slovník, Praha: Portál 2000, str. 503

²² VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie, Praha, Karolinum 2006

„Stárnutí je fyziologický proces, charakteristický řadou pochodů a změn. Jednak jsou to změny tělesné, a to jak viditelné, tak skryté, a změny psychické“²³.

Stáří se může různě rozdělovat. Tento model je převzat z knihy Fenomén stáří²⁴ a je to rozdělení podle věku, který shodně použila kvalifikaci Světové zdravotnické organizace (WHO). Od 60 – 74 let mluvíme o raném stáří. Nenastávají zde výraznější změny ani problémy. Věkem 75 začíná vlastní stáří. Od roku 75 do roku 89 mluvíme o vyzrálém stáří tedy pokročilý stařecký věk, v tomto období již tito lidé mají menší fyzickou i psychickou sílu. Ti, kdo žijí déle než 90 let, jsou považováni za dlouhověké.

Dále zmiňovaný zákon rozděluje stáří do dvou kategorií. Mladší senioři, kam spadají lidé od 65 – 85 let a starší senioři od 85 a více let.

3.2 Proměna života ve stáří

Je nepopíratelné, že se stářím přichází také změny tělesné i duševní. Tyto změny bývají individuálně variabilní z hlediska času, rozsahu i závažnosti projevů. Člověk by je měl akceptovat a naučit se je používat co nejlépe ve svůj prospěch. Tento proces má své tělesné (viditelné na povrch i skryté) změny, které se v tomto věku projevují.

Biologické faktory jsou dané. Byli nám dány narozením genetické dispozice, které v našem těle sídlí v hypofýze neboli podvěsku mozkovém.²⁵ Závisí na interakci dědičných předpokladů a důsledků různých exogenních vlivů, které se v průběhu života stárnoucího člověka postupně nakumulovaly.

Faktory „psychické“ a „sociální“ se nejen v péči o seniory kolikrát překrývají, proto je vhodnější užívat pojem „psychosociální“. Vymětal přímo uvádí, že „psychické“ je u člověka vlastně „sociální“.²⁶

Psychosociální změny souvisí s aktivitou, věkem, ztrátou kontaktů. Především se do této kategorie započítává odchod do důchodu, tedy přechod z aktivního zaměstnání do penze, kde postupně slábnou kontakty a člověk si musí hledat jiné, nové priority, dávat si nové cíle a dosahovat jich. Jiných, než byl zvyklý ve svém profesním životě. To vše dříve narozeného člověka stigmatizuje.

²³ HOLESKOVÁ, T. Ležící nemocný člověk v domácím prostředí, Praha, Grada 2002 str. 11

²⁴ HAŠKOVCOVÁ, K. Fenomén stáří. Praha. Panorama 1990

²⁵ DESSAINTOVÁ, M-P. Nezačínajte stárnout, Praha, Portál 1999 str. 20

²⁶ VYMĚTAL, J. Lékařská psychologie, Praha, Portál 2003

Připočteme-li ještě fakt, že v tomto věku se člověk častěji setkává s úmrtími svých blízkých i vzdálenějších osob které zná, je senior (záleží na jeho povaze) ohrožován více depresí než člověk v produktivním věku.

Kladné stránky stáří nejsou zanedbatelné: moudrost a prožité zkušenosti, obvykle v tomto věku mají senioři vnoučata a péči o ně si, jsou-li v dosahu jejich možností, náležitě užívají, protože na nich neleží tíže výchovy.

3.3 Projevy

Mezi **fyziologické** (biologické) **projevy** patří především naše genetická dispozice (úbytek funkční zdatnosti, atrofie tkání, zmenšování výšky, zmenšování velikosti orgánů, změny kůže změny adaptačních schopností), ale také změny adaptačních schopností. Tempo je ovlivňováno různými na sebe navazujícími vnějšími faktory, které hrají nemalou roli (ovlivněných např. životním stylem, výživou, nadměrným zatěžováním některých orgánových systémů). Stárnutí neprobíhá u všech lidí podle stejného vzorce, ale u každého individuálně a specificky.

Stáří není samo o sobě chorobným stavem, ale dochází ke sčítání nepříznivých vlivů, a tím i k četnosti onemocnění v tomto věku. Vzniká polymorbidita, tzn. větší počet onemocnění, většinou již trvalého – chronického charakteru. Bohužel není to jen tělesná stránka, ale i psychická. Uvádí se, že až 20 % seniorů má nějaké duševní onemocnění.

Psychosociální změny jsou obecně takové, že očekávají stagnaci staršího člověka a přibývá také jeho pohodlnost. Mnohé z naučených schopností a dovedností již nejsou užívány a tím dochází ke snížení schopností. Ke změnám přispívá i očekávání společnosti, jež manipuluje staré lidi do určitého modelu chování, což může mít příznivé i nepříznivé důsledky (odchod do důchodu, výplň volného času, zdůraznění povahy, větší smysl pro detail, vyšší zájem o všeobecnou informovanost a rozhled).

3.4 Rodina

Velmi důležitou složkou identity je rodina. V tomto věku je ještě o něco významnější, než byla dřív. Starší člověk se definuje příslušností k partnerovi, dětem, vnukům, ale i místem, kde žije - domovem. I v této oblasti dochází k postupné proměně. Úmrtí partnera je spojeno se ztrátou určité role, která byla součástí identity staršího člověka.

Ovdovění ji ochuzuje a má i v tomto směru negativní význam. Vztah k dětem a vnukům mívá až charakter identifikace. Lidé tohoto věku si své sebepojetí dost často vylepšují pozitivními vlastnostmi a úspěchy svých potomků, jejichž vznik považují, přinejmenším do určité míry, za svou zásluhu, protože děti jsou součástí jejich života, oni je zplodili a vychovali.

Primárním zdrojem pomoci při snížení soběstačnosti seniora jsou jeho partner a děti. Od nich očekává praktickou a materiální pomoc i emocionální podporu. Od ostatních neformálních pečovatелů (přátel, sousedů, sourozenců, vnoučat, ostatních příbuzných) žádá především emocionální a kognitivní podporu nebo občasnou pomoc.

Nejčastěji jsou pečovateli děti seniorů (53 %), dále manžel nebo manželka (21 %) a vzdálení příbuzní (10 %). V 16 % pečují o seniory cizí osoby.²⁷ Výrazně častěji pečují ženy než muži. I když se o péči dělí s muži, zpravidla vykonávají větší část povinností – převážně každodenních, rutinních, spojených s osobní péčí a zajištěním chodu domácnosti. Podle Sýkorové²⁸ je to dáno kulturní definicí pohlavních rolí a s tím souvisejícím zaměřením socializací na pečovatelské funkce, údajně užšími citovými svazky s rodiči a silnějším pocitem odpovědnosti, větší kapacitou a flexibilitou volného času žen. Tošnerová k tomu dodává, že péče je vnímána podobně jako práce v domácnosti - jde tedy o práci určenou především ženě, ke které není třeba žádná kvalifikace či znalosti a dovednosti. Podle Rubášové²⁹ ženy roli pečovatelky obvykle přijímají: *Samy sebe vnímají nejen jako toho, kdo má zodpovědnost nejen za podpůrnou, neosobní a osobní péči, ale cítí se zodpovědné i za štěstí a za emocionální pohodu starých příbuzných, potažmo za štěstí a emocionální pohodu celé rodiny.* Muži se zapojení do péče také obvykle nebrání, jen pomáhají s jinými typy prací než ženy. Povaha péče poskytované muži odpovídá jejich mužské genderové roli v rodině. Pomáhají zejména s údržbou domácnosti, finančně a s finančními záležitostmi a s úkony, které jsou pro ženy příliš fyzicky náročné. Vykonávají spíše podpůrnou péči. Primárním pečovatelem se muži stávají jen zřídka.

Frekvence a rozsah pomoci závisí na pohlaví příjemce péče, vztahu mezi pečovatelem a seniorem, zdravotním stavu seniora, postoji pečovatele k péči a vzděláním pečovatele. Nejvyšší procento samostatně se starajících pečovatелů je mezi partnery. Samostatná péče je také více věnovaná mužům než ženám. Podobné je to s časem, který pečovatel pomocí stráví. Více času věnují pečovatelé mužům, partnerům, rodičům bez partnera a seniorům, s kterými žijí ve společné domácnosti. Častá (pravidelná) péče je

²⁷ ZAVÁZALOVÁ, H vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha. Karolinum 2001 str. 54.

²⁸ SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří, Praha. Slon 2007

většinou založena na vědomí povinnosti, závazku pečovatele vůči seniorovi, který potřebuje péči. Pečovatelé se základním vzděláním tráví více času pečováním než vysokoškolsky vzdělaní. Navíc čím vyšší vzdělání pečovatele, tím je méně pravděpodobné, že se stará sám.

3.4.1 Osamělý pár

Starší osamělé páry jsou dle výzkumů shledávány stejně šťastnými, nebo ještě pravděpodobně šťastnějšími než mladší manželské páry. Manželé také tvoří největší skupinu pečovatelů o seniory žijících ve společné domácnosti. Sami sebe, ale nevnímají jako pečovatele a svého partnera či partnerku jako nemocného, hendikepovaného či starého.

Vzájemná pomoc manželů je považována za relativně nejspolehlivější, nejkvalitnější a nejméně rozpornou³⁰. Péči výrazně ovlivňuje povaha manželství a jeho historie. Wenger (1990 in Parker 1996: 151) uvádí, že intimita a zdravý vztah v manželství vedou k pozitivnímu přístupu k pečování. S přibývajícím věkem a zhoršením zdravotního stavu se ale snižuje možnost manželů o sebe pečovat (přichází postižení, různé choroby s nastupujícím věkem). Pečující o svého partnera se může cítit přetížen - má zodpovědnost za péči i vedení domácnosti. Pro partnery je péče více stresující, protože více cítí se svým partnerem. Někdy mohou odmítat zapojení dalších neformálních nebo formálních pečovatelů do péče, protože se stydí za to, že péči o svého partnera nezvládají (Parker 1996: 150-151). Tito pečovatelé jsou asi nejvíce ohroženi syndromem vyhoření.

3.4.2 Rodiče a děti

Nejčastějšími pečovateli o seniory jsou jejich dospělé děti. Nejčastěji pečují o ovdovělé rodiče žijící ve společné domácnosti nebo s vážnějšími zdravotními problémy. Intensivnost péče o starého člověka se nezvyšuje s počtem dětí. O nesoběstačného seniora obvykle pečuje nejbližší bydlící nebo spolubydlící dcera. Senioři popisují svůj vztah k dětem jako intimní, bez konfliktů (výjimky samozřejmě jsou). Ve výzkumech se nepotvrdil předpoklad, že v některých případech senioři svůj vztah k dětem nadměrně idealizují v rámci zachování dobrého obrazu o rodině. Také dospělé děti vnímali svůj vztah k rodičům jako důvěrný a ne nijak zvlášť konfliktní.

Kvalita vztahu mezi seniory a dětmi více ovlivňuje rozhodování o péči, jedná-li se

²⁹ JEŘÁBEK, K. RUBÁŠOVÁ, M. Rodinná péče o staré lidi, Praha, UK 2005 str. 46

o nesoběstačného rodiče manžela či manželky (tedy tchána či tchyni). Roli zde také může hrát pomoc, kterou poskytli dětem v mládí nebo v počátcích jejich rodinného cyklu.³¹

3.4.3 Patologické jevy

Služba u klienta má vzhledem k pravidelné docházce ke klientům možnost vidět i situace nepříliš chtěné, které rodiny “schovávají pod pokličku,” případně o ní klienti hovoří jen v náznacích. Jde o fyzické či psychické týrání například v souvislosti s manželským konfliktem, případně s dětmi zneužívajícími rodiče. Problematictí bývají pachatelé mladšího věku – synové a dcery nacházející se na okraji společnosti, např. nepracující a pobírající podporu, ti, kteří mají problém společenského rázu (alkohol, drogy, problematika výkonu trestu) a psychiatrického rázu. Může vzniknout také situace spojená se sociálními změnami po odchodu do důchodu či po prodělané nemoci, případně ve spojitosti s problematikou demence. Tušíme-li problém a nemáme dostatek informací, neděláme předčasné závěry, situaci řešíme týmově a konzultujeme je s dalšími lidmi (praktický lékař, sociální odbor, policie).

Ze zákona vyplývá povinnost ohlášení týrané osoby (oznamovací povinnost § 168 trestního zákona), když máme hodnověrné důkazy o týrání svěřené osoby.

Pod pojmem týraný a zneužívaný starý člověk patří

- a. Fyzické zneužívání (fyzický útok, poranění předmětem nebo zbraní, úmyslné vystavování nepříznivému počasí aj.)
- b. Sexuální zneužívání
- c. Psychologické a emocionální zneužívání (slovní i mimoslovní napadání, ponižování, ohrožování, zacházení s ním jako s dítětem)
- d. Zanedbávání (odmítnutí či selhání v uspokojování některých potřeb např. dehydratace, podvýživa, proleženiny, neléčené zdravotní problémy, nevhodné hygienické podmínky)
- e. Vlastní zanedbávání (ne vždy se jedná o zanedbání jinou osobou, i starý člověk někdy sám ohrožuje své zdraví. Nepatří sem situace, kdy starý člověk ví co dělá a je odpovědný za své chování.)

³⁰ SÝKOROVÁ, D. Prázdné hnízdo – šance nebo břemeno? Olomouc. UP. 1996 str. 65

³¹ SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří, Praha. Slon 2007

- f. Opuštění (opuštění pečovatelem v době, kdy má pečující za dotyčného odpovědnost)
- g. Finanční nebo materiální vydírání a vykořisťování (podvodné hospodaření s hotovostí a majetkem, padělání podpisů na dokumentech a smlouvách, nevhodné zneužívání poručnictví)

Výzkumy Jihočeské fakulty v Českých Budějovicích ukázaly že 33 % seniorské populace se s nějakou formou násilí setkalo (13 % fyzické napadení, 20 % psychické týrání). Jako u jiného násilí vychází najevo jen malá část těchto případů – asi 16 %.³²

3.5 Nemoci ve stáří

Pokládám za důležité uvést nemoci, které se vyskytují u stárnoucí populace. To proto, že právě nemocní lidé a jejich blízcí a rodiny využívají tuto službu. Nejvíce tu rozvedu onemocnění CNS - demenci.

3.5.1 Zdravotně postižení senioři

nemoci zraku – **katarakta** (šedý zákal) – degenerativní onemocnění čočky. Lze léčit operativně, ale po čase se může opakovat. Brzy se objevuje u nemocných diabetem.

- **glaukom** (zelený zákal) – způsoben zvýšeným nitroočním tlakem, nebezpečnější může vést k oslepnutí

- **presbyopie** – fyziologická změna, kdy s přibývajícím věkem klesá schopnost čočky; zhruba od 40 let začne člověk vidět hůře na blízko

- **degenerace sítnice** – zúžení až uzávěr očních tepen, brzy se objevuje u nemocných diabetem – odumírání sítnice

nemoci sluchu – **chronické poškození ucha hlukem** – nedoslýchavost, pokles sluchu, bolest hlavy, šelesty, léčba není buňky se neobnovují

presbyakuze – poškození sluchových buněk (na podkladě nedostatečného prokrvení), korekce sluchadlem

³² Popagační leták ŽIVOTa 90

- **othoskleróza** – dědičné onemocnění, onemocnění převodních kůstkách. Je možná operace – nahradí se třmínek malou protézou

- **tinnitus** – ušní šelesty, jsou na úrovni vláskových buněk, jsou subjektivní – nevnímá je okolí, po 60. roce touto nemocí trpí každý třetí člověk

nemoci srdce a cév – **infarkt myokardu** – neprůchodnost věnčitých tepen

- **arterioskleróza** – lomivost tepének z důvodu ukládání vápníku do tepen, může dojít k následným komplikacím (infarkt myokardu, angina pectoris, cévní mozková příhoda)

- **varixy**

- **hluboké žilní trombózy**

nemoci metabolické – **diabetes mellitus** – senilní forma – mírné příznaky, obvykle se obejde bez závažnější léčby – inzulinu, za předpokladu, že člověk omezí uhlohydráty, dopřeje si více pohybu a zdravou stravu

3.5.2 Tělesně postižení senioři

I. lidé s vrozeným tělesným postižením

DMO

deformace končetin

degenerativní nervosvalová onemocnění – roztroušená skleróza

II. lidé, kteří postižení pohybového ústrojí získali během svého života

osteroporóza – prořídnutí kostí, dělí se na primární (ženy po menopauze, senilní) a sekundární (po delším znehybnění, u selhávání ledvin, při léčbě kortikoidy)

revmatická onemocnění

artrózy – nezápřetlivé onemocnění kloubů

úrazy

amputace končetiny z důvodu získané nemoci – např. gangréna končetiny z důvodu diabetu

dekubitis – chyba zdravotního personálu

plegie nebo paréza po CMP – postižení vzniká po cévní mozkové příhodě

3.5.3 Senioři s nemocemi CNS

Epidemiologie: asi 15 % obyvatelstva světa trpí duševními poruchami a chorobami, maximum psychopatologie je v mladším věku a posléze dochází k rozvoji. Od 45-ti let dominují deprese a nad 60/75 let narůstá frekvence demence. U starých osob které žijí doma je 4 x větší výskyt než u dospělých, v institucích ve 30 – 50 %.

a) Demence

Je především známka nemoci, která se projevuje oslabením rozumových schopností v důsledku degenerativních přeměn v mozkové tkáni. Nejčastěji se vyskytují ve stáří, ale lze je diagnostikovat již od dvou let věku, do toho věku se tyto změny kvalifikují jako mentální retardace. Demence je tedy nemoc nebo spíše důsledek mnoha onemocnění, ve kterých dochází ke snížení intelektové a paměťové úrovně oproti té, která byla získána premorbidně. Bývají při ní v různé míře narušeny také psychické funkce (emotivita, vnímání, pozornost, osobnost, ...). A zasahuje především intelekt, změny temperamentu a charakteru Jiráček (1998, str. 15) uvádí, že ve věku 65 let trpí asi 5 % populace středním až těžkým stupněm demence. Z tohoto počtu - nejčastěji vzniká v důsledku Alzheimerovy choroby - čistá forma 55 %, dále je to vaskulární demence 15 %, kombinace těchto dvou také 15 %, zbývající počet se rozděluje mezi jiné demence.³³ Alzheimerově chorobě se budu ještě věnovat v následující podkapitole.

Rozdělení demencí:

Kortikální demence, která narušuje korovou oblast mozku

- a) Alzheimerova choroba
- b) Pickova choroba

Subkortikální demence, která narušuje podkorovou oblast mozku a postihuje hybnost

- c) Parkinsonova choroba
- d) Hutkingtonova choroba

Smíšená demence na základě

- a) Vaskulární demence
- b) Crutzfeldt-Jacobs nemoci

Diagnostika demence

³³ BUIJSSEN, H. Demence. Praha. Portál 2006 str. 16 – 17

1. úbytek intelektových schopností tak, že ovlivňují sociální a pracovní funkce (způsobuje invaliditu)
2. porucha paměti krátkodobé – dlouhodobé
3. přítomno jedno z následujících (porucha abstraktního myšlení – interpretovat přísloví, porucha soudnosti, jiné poruchy vyšších korektivních funkcí – afázie = ztráta mluvních funkcí, apraxie = ztráta naučených schopností, agnozie = ztráta schopnosti poznávat, osobnostní změny)
4. vědomí – ztrácí se uvědomění času, souvislostí...
5. může/ nemusí být organický nález (pomáhá spíš lékařům)

Diagnostika se provádí screeninkovými testy.

Demence se dříve považovala a stále považuje za nevratnou, ale dnes můžeme ve většině případů tento proces včasnou diagnostikou a terapií tuto nemoc pozastavit či alespoň zpomalit. Pomáhá k tomu více než léčba medikamenty intenzivní řečová kognitivní terapie (méně léků, zvýší se kvalita a délka života).

Příznaky demence podle stádií 1) mírná demence (porucha krátkodobé paměti, amnézie pojmů, zhoršená orientace, poruchy v prostorovém vnímání, změny nálad a chování), lidé v tomto stádiu popírají, že by je něco takového mohlo takového že zapomínají. Může se projevit nedůvěra vůči lidem v jejich okolí v kontrastu s naivní důvěrou vůči lidem cizím. Mění se celková osobnost a nemocní se často stávají sobeckými a soustředí jen na sebe

2) střední demence (vzrůst deficitu krátkodobé i dlouhodobé paměti, silná dezorientace času i míst, časté amnézie s poruchami řeči, bludy či jiné myšlenkové problémy, ztráta náhledu do svých poruch a potíží). Zde se prohlubují negativní vlastnosti nemocného. Je třeba dbát, aby se nemocný nezranil, neztratil a aby mu byly zajištěny základní lidské potřeby. Ale k tomu je nutné najít si k nemocnému cestu, poznat jeho nálady a naučit se rozpoznat jeho potřeby. V tomto období neexistují přesné návody ani postupy, každý může mít jiné projevy a příznaky.

3) těžká demence (stálé opakování pohybů, zhoršení poznávacích schopností, labilní či mizivý oční kontakt, mutismus, nepřiměřené sociální chování, inkontinence, vyzáblost, bloudění). V tomto stádiu je organismus člověka již natolik zesláblý a zranitelný, že je třeba

dbát vyšší opatrnosti. Je třeba dbát na to, aby se mu nepřidružila jiná nemoc, ale také o jeho další potřeby.

a) Alzheimerova choroba

Symptomy Alzheimerovy choroby se projevují postupně, proto člověk může jednotlivé příznaky přehlédnout, především to platí zejména když je senior zdravý a nic jiného ho netrápí. Zejména u této choroby (jako i u jiných demencí) platí že nemoc se projevuje jedinečným způsobem. Rychlost postupu nemoci je také individuální.

Nejdříve se u nemocného zhoršuje krátkodobá paměť a není se schopen postarat o všechny věci v domácnosti. Má čím dál větší problémy s vyjadřováním - pragmaticky (neumí vést dialog) a sémanticky (zapomněl, co slovo či fráze znamená), rozhodováním, nedokončuje myšlenky a mění se celá jeho osobnost. V posledních stádiích nemoci se není schopen sám o sebe postarat.

Diagnózu může učinit lékař, který je s touto nemocí obeznámen. Musí pečlivě zhodnotit anamnézy a poslední změny paměti a chování člověka, aby vyvrátil ostatní možnosti jiných nemocí.

Cévní mozkové příhody

Touto nemocí u nás bohužel onemocní velké množství lidí, udává se 0,3 %. I když byly zahájeny intenzivní programy na ovlivnění životního stylu, v ČR zatím výskyt nemoci neklesá. Nejvíce ohrožení jsou lidé s nezdravým způsobem života ve věku 35 – 45 let, ale četnost případů této nemoci, je až v pozdním věku a to díky opotřebování cév.

První, čím se tato rychlá choroba projevuje, jsou poruchy hybnosti celého těla včetně mluvidel. Podle včasnosti léčby a závažnosti postiženého centra v mozku se zpravidla objeví důsledky této nemoci. Což může být porucha hybnosti, paréza – částečné – nebo plegie – úplné ochrnutí části těla (obvykle postihuje vertikální polovinu včetně mluvidel), eventuálně jiné postižení.

Psychické poruchy

Psychopatie – změny podmíněny oslabením regulačního vlivu mozkové kůry, současně probíhajícím organickým procesem, zněnou životního stereotypu a snížení adaptability ve stáří. Může se rozvinout depresivně depresivní syndrom, lakota, paranoia, konflikty s okolím, dysociální projevy (zanedbávání zevnějšku).

Deprese – je nejčastější poruchou ve stáří, při níž jsou v popředí vážné změny nálad (spojené s úzkostí, motorickým vzrušením, sklonům k sebevraždám). Deprese se od smutku liší tím, že změna má delší trvání (až měsíce) a intenzita je tak závažná, že je postižený sám nezvládá a považuje je jako jemu cizí. Utrpení nelze zmírnit ani pomocí členů rodiny ani přátel. Někdy dochází i poruchám paměti a tím se může zdát, že trpí demencí.

3.5.4 Senioři s kombinovanými vadami

Polymorbidita - do této sekce patří uvedené nemoci z předchozích stánek, rozdíl je pouze v tom, že se k převládající chorobě se pojí obvykle ještě další nemoc.

3.6 Čas a rituály

Je dobré, aby klient měl ve svůj stanovený čas „své“ aktivity. Rozdíl vždy bude v tom, jestli je tato služba poskytována v domácím prostředí, v krátkodobém či dlouhodobém stacionáři, nebo zda senioři jsou adaptováni na podmínky v déletrvajícím sociálním pobytu.

Do denní aktivit je vhodné zabudovat všechny denní rutiny, jako je osobní hygiena, jídlo, práce v domácnosti a přidat další aktivity jako třeba fyzické (procházky), sociální (rozhovory u kávy), intelektuální (čtení knih, hry), duchovní (modlitba), kreativní (malování, hraní na hudební nástroj), spontánní (návštěva přátel, výlet). Záleží osobnosti a návycích dotyčného a na možnostech prostředí.

3.7 Syndrom vyhoření v rodině

Pečující rodinný příslušník bývá s nemocným či zdravotně postiženým seniorem takřka po celý den. Mnohdy do toho vstupují i problémy v rámci mezigeneračního soužití. Například pečovatel pečující o seniora zanedbává rodinu (manžela, děti).

Mnohdy, a to hlavně u seniorů (v některých případech), vzniká chorobná fixace a citová závislost na pečujícím rodinném příslušníku. Nemocný si ho chce přivlastnit. Pečující bývá vyčerpán jak energeticky, tak i psychicky. Při dlouhodobé péči má také mnohdy pocit, že je nemocným ohrožován. Někdy se může objevit i agresivita.

Typy syndromu vyhoření:

1. Typ hyperaktivní: tento typ pečujícího pracuje v šíleném tempu. Neustále má pocit, že dělá pro nemocného málo. Ve volném čase vymýšlí nemocnému neustále nějakou činnost, a to na úkor zdraví nemocného. Hyperaktivní typ pečujícího přestává vidět možnosti a schopnosti nemocného a mnohdy ho nutí do činností, které díky své nemoci nemůže, či není schopen vykonávat. Na upozornění profesionálních pečovatелů, které tam posílá poskytovatel reaguje zlostně a agresivně a proto není vždy jednoduché se takto psychicky zkoušeného nemocného adekvátně a citlivě zastat. Při zhoršení zdravotního stavu velmi těžce nese umístění nemocného do zdravotnického zařízení. Usiluje o co nejkratší dobu hospitalizace, aby mohl zase opět začít pečovat o nemocného. V době hospitalizace je velmi napjatý a doslova trpí nečinností.

2. Typ plačtivý a bolestínský: tento typ má pocit, že na něho spadla celá tíha současného světa a že pro nemocného toho dělá málo. Přepadají ho pocity úzkosti a viny. Má pocit, že jeho péče není dostačující a že on sám není k ničemu. Tento stav také vede k syndromu vyhoření.

3. Typ majetnický a uzurpátorský: tento typ má pocit, že jedině on všechno zná a ví nejlépe. Nemocného doslova a do písmene šikanuje. Mnohdy si ani nechce objednat sociální služby žádného poskytovatele. Trpí totiž pocitem ztráty kontroly nad nemocným. Domluva s tímto typem pečujícího je velmi náročná a obtížná.

4. Typ agresivní: tento typ pečujícího je již mnohdy situací natolik zdecimován, že se cítí nemocným ohrožen. V nemocném vidí nepřítele a začíná ho i v některých případech i nenávidět. obvuje se i agrese v podobě tělesného násilí.

Všechny výše vyjmenované typy, jsou důsledkem syndromu vyhoření a v žádném případě nejde o klasické modely osobností standardních rodinných pečujících. Těmto stavům a typům syndromu vyhoření, lze předcházet, včasným objednáním služeb u konkrétního poskytovatele.

4. Standardy zařízení nabízejících odlehčovací službu

Standardy kvality sociálních služeb byly vypracovány pod vedením MPSV v letech 2000 - 2002. Popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba, jsou dány obecně a jejich smyslem je umožnit průkazným způsobem posoudit kvalitu poskytované služby. Od roku 2007 je povinnost každého zařízení, mít vypracované standardy.

Procedurální standardy – cíle a způsoby poskytování služby

- ochrana uživatelů sociální služby
- jednání se zájemcem o službu
- dohoda o poskytování služby
- plánování a průběh poskytované služby
- osobní údaje
- stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
- návaznost na další zdroje

Personální standardy – personální zajištění služby

- pracovní podmínky a řízení poskytování služeb
- pracovní podmínky a řízení poskytování služby
- profesní rozvoj pracovníků a pracovních týmů

Provozní standardy – místní a časová dostupnost

- informovanost o službě
- prostředí a podmínky pro poskytování služby
- nouzové a havarijní situace
- zajištění kvality služby
- ekonomika³⁴

4.1 Jak vypadá práce s klientem

Práce s klientem se opět liší podle daného zařízení. V domácí a terénní službě jsou jiné podmínky než ve stacionáři nebo v pobytových zařízeních. Ve všech typech si mají být zaměstnanci vědomi toho, že senior, jako klient využívající nabídku služeb, má právo na vlastní rozhodnutí a uplatňování své vůle (výjimka u klientů s demencemi, kdy podstatnou

část jednání a rozhodování musí brát pečující na sebe). Zcela samozřejmě má být zachována úcta a důstojné jednání k individualitě člověka.

4.2 Zaměstnanci služeb

*Hlavním nástrojem pracovníka v pomáhajících profesích je jeho osobnost.*³⁵

Na rozdíl od jiných povolání zde hraje podstatnou roli lidský vztah mezi profesionálem pracovníkem a klientem. Jsou zde zvláštní nároky. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že nevíce jsou ceněna vztahová rovina (náklonnost, trpělivost, vcítění a až poté odbornost).³⁶ Pomáhající pracovník by měl být vyzrálou osobností, ale pro navazování vztahu ke klientům by měl být empatický. Empatie pomůže pracovníkovi lépe porozumět klientovi, jeho pocitům a tím přijmout jeho potřeby. Další potřebné a neméně důležité vlastnosti jsou srdečnost, trpělivost a kreativita. Člověk, který má pomáhaní za svou profesi, má být profesionálem. Znamená to, že ke kvalitám osobnosti má mít také jisté teoretické znalosti a dovednosti, které musí uplatňovat s citem, protože pracuje s živou bytostí. Jestliže pracovník nemá tyto vlastnosti může ho potkat syndrom vyhoření, kterému bude věnována následující kapitola.

Rozdělení typů pomáhajících podle míry jejich zapojení do rozhodování o péči:

- Autoritativní typ: Má tendenci starému člověku vnucovat svůj názor a svá rozhodnutí, předpokládá, že nejlépe ví, co je pro seniora dobré. Dbá spíše na to, co osobě, o kterou pečuje, chybí, než co by mohla dělat sama.
- Manipulující typ: Jedná se seniorem tak, aby dosáhl svého cíle - využívá tzv. svůdného způsobu řeči (Máte mě rád? Důvěřujte mi!), psychické odměny nebo psychického vydírání, výhrůžek, vysmívání se, trestů.
- Ochranitelský typ: Snaží se seniora ochránit před nebezpečím (např. před pády, zraněním, nachlazením), proto za něj vykonává téměř všechno a brání mu v tom, aby dělal věci, na které sám stačí.
- Spolupracující typ: Staví na schopnostech starého člověka a nechává ho dělat věci, které zvládne sám (i za cenu menší kvality a menší rychlosti činnosti).³⁷

³⁴ JOHNNOVÁ, M. ČERMÁKOVÁ, K. Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe, Praha, MPSV 2002

³⁵ KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese, Praha. Portál 1999, str.17

³⁶ KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese, Praha. Portál 1999, str.14

A jakou vlastně funkci může člověk, který pracuje v těchto službách, zastávat? V terénní respitní péči je to obvykle pozice pečovatelky, opatrovnice, osobního asistenta (i když osobní asistence má svá specifika, dá se i říci že i střediska osobní asistence provádí respitní péči). V stacionářích se o staré lidi starají zvláště ergoterapeuti, arteterapeuti, sociální pracovníci, pracovníci centra např. řidiči a záleží na službách, které tam provádí (kadeřník, pedikúra, odborníci na jednotlivé terapie např. rehabilitační pracovník, psycholog či psychoterapeut). Jestliže se jedná o odlehčovací služby pobytové tak se o lidi stará obvykle pomocný (sanitáři, ošetřovatelky), nižší (zdravotní sestry s maturitou, bez akreditace), střední (zdrav sestry s akreditací) nebo vyšší (zdravotní sestry s vyšší zdravotnickou školou nebo bakalářským studiem) zdravotnický personál.

Sociální pracovníci

*Cílem sociálního pracovníka je pomáhat klientovi k jeho větší samostatnosti – tím tedy směřuje k tomu, že ho klient již nebude potřebovat. Dalo by se říci, že se snaží o to, aby jeho profese zanikla.*³⁸

Ve vztahu k seniorům to není v některých případech možné, klient se ale může osamostatnit do také míry, že sociální pracovník bude „pouze“ jako osobní asistent. Může dojít k jinému vztahu mezi oběma. Ze strany pracovníka je uplatňována menší míra moci než z počátku a spoléhá více na dovednosti klienta.

*„Pro individuální práci s klientem znamená koncept hranic vymezení územního okruhu působnosti sociální služby, vedle toho i stanovení okruhu odpovědnosti klienta a profesionála, vymezení výše finanční pomoci poskytované klientovy apod. Při skupinové práci je koncept hranic používán zpravidla pro zásady fungování skupiny, jež by klienti měli spoluurčovat ve všech případech, kdy je to možné.“*³⁹

Náplň a pravomoci sociálního pracovníka jsou takovéto:

- Sociální pracovník je psychickou a odbornou oporou pro starého člověka a jeho blízké.
- Věnuje pozornost adaptaci klienta na dané podmínky (zařízení, terénní služby) a jeho zdravotní stav.

³⁷ PICHAUD, C. – THAREAUOVÁ, I. Soužití se staršími lidmi, Praha, Portál 1998 str. 42

³⁸ KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese, Praha, Portál 1999

³⁹ MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce, Praha, Portál 2003

- Provádí šetření sociální situace starého člověka z hlediska sociálních potřeb a připravuje individuální plán sociální péče a pomoci, včetně harmonogramu aktivit. Formuje sociální diagnózu klienta a zabezpečuje poskytování individuální sociální péče a pomoci.
- Podporuje rodinu klienta
- Vede a doplňuje dokumentaci
- Poskytuje sociálně právní poradenství, seznamuje rodinu různými organizacemi a seznamuje s výhodami, které je možné získat prostřednictvím legislativy. Dává kontakty.
- Sleduje aktuality a právní normy z oborů, s nimiž přichází do styku.
- Vede statistiku.
- Pomáhá v právních úkonech.

4.3 Syndrom vyhoření

S termínem syndrom vyhoření (burn-out) se dnes setkáváme často. Odborně byl popsán a pojmenován anglickým psychologem Heindrichem Freudebergem v 70. letech 20. století.. Ale myslím že se s ním můžeme setkat už dříve, třeba v knize Kazatel ve Starém zákoně výrokem: „Marnost nad marnost.“ Což mi připadá výstižné právě pro problém syndromu vyhoření.

Burn-out je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně těžké. Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací dvou věcí: velkým očekáváním a chronickými situačními stresy.⁴⁰ Syndrom vyhoření se může týkat kohokoli. Zvláště jsou v nebezpečí tohoto vyhasnutí pracovníci v pomáhajících profesích. Syndrom vyhoření není obyčejná únava, je to ztráta smyslu vlastních cílů v práci. Vzniká postupem času a za jeho příčiny může přílišný idealismus, se kterým do povolání vstupujeme a kdy si ještě neumíme stavit hranice, a workoholismus.

⁴⁰ KŘIVOHLAVÝ, J. Jak neztratit nadšení, Praha, Grada 1998

Syndrom vyhoření je stav totální ztráty a vyčerpání fyzických citových a duchovních zdrojů, které člověka udržovaly v činnosti. Tento stav ochromuje nebo dokonce znemožňuje pokračování v dosavadní práci.⁴¹

Fáze, kterými člověk prochází popisuje literatura takto:

- Nadšení, kdy má pracovník velké ideály a vysoce se angažuje pro klienty i svou práci
- Stagnace, jelikož se nedaří ideály realizovat a mění se jejich zaměření, požadavky klientů i organizace začínají být obtěžující
- Frustrace – pracovník vnímá klienty negativně, častěji používá donucovací prostředky, jeho práce je pro něj zklamáním
- Apatie – pracovník je vůči klientům nepřátelský, dělá jen to nejnutnější, vyhýbá se odborným rozhovorům a jakýmkoli aktivitám
- Syndrom vyhoření – dosažení úplného vyčerpání

Projevy se ukáží na všech rovinách lidské osobnosti

Rozumová rovina – ztráta nadšení, nechuť lhostejnost, negativní postoje, únik do fantazie, potíže se soustředěním

Emoční rovina – sklíčenost pocitu bezmoci nedostatku uznání, nespokojenost

Tělesná rovina – poruchy spánku, chuti k jídlu, větší unavitelnost, náchylnost k nemocem, vegetativní obtíže

Sociální rovina – ubývání angažovanosti, omezení kontaktu s klienty a jejich blízkými, omezení kontaktu s kolegy, přibývání konfliktů v soukromí

⁴¹ HECZKO, D. Už nemohu dál, Třinec, Biblos 2000 str. 7

Praktická část

5. Metody práce s klienty

Zde bych chtěla uvést jaké metody práce se mohou používat u odlehčovacích služeb. Jsou různé a jejich rozdělení také závisí na tom zda jsou tyto služby poskytovány v domácí péči nebo v jiném zařízení sociálních služeb. Zásady, kterých je potřeba se držet, jsou dány pro všechny typy práce se seniory.

1. nutno počítat s heterogenitou starší populace (různý věk)
2. integrovat seniory do společnosti (intergenerační programy)
3. podporovat soběstačnost, aktivitu
4. podporovat vzdělávání (moderní technologie)
5. služby musí přicházet za seniory (dostupné finančně apod.)
6. důraz je kladen na zajištění bezpečnosti a pocitu bezpečí (bezbariérovost apod.)
7. interdisciplinární práce
8. poskytované služby je třeba rozlišovat v závislosti na měnících se potřebách jednotlivce (kontinuita, komplexnost, flexibilita)

5.1 Příklady metod

Kvalitní program je nejen nutným doplňkem péče o seniory, ale je vysoce terapeutický a důležitý pro jejich dšení i fyzický stav. Poskytuje lidem nutnou fyzickou činnost, adekvátní mentální stimulaci a příležitost ke vzájemnému sbližování a společenskému životu, který je pro psychiku člověka nutný.⁴² Pro práci s lidmi v seniorském věku používáme většinou ty metody, které posilují pocit hodnoty jejich života, upevňují funkční schopnosti, zvyšují fyzickou a pohybovou zdatnost. Měla by se podporovat nejvyšší možná kvalita života, tak aby se člověk necítil osamocen a tím nepropadal smutkům a depresím, které ho mohou ovlivňovat negativně. Činnost nemusí být nezbytně projevována navenek, být objektivně pozorovatelná (např. přemýšlení, meditace aj.).

Existuje řada terapeutických přístupů každý však začíná v úrovni navázání kontaktu. Nikdy by pracovník neměl nutit aktivitu, kterou klient nechce být zaměstnán. Proto velmi záleží na pracovnících daného zařízení. Motivace, ostatně znamená pro práci se všemi lidmi velice žádaný produkt komunikace, ti kdo tyto programy vedou by měli být nadáni citlivým přístupem a empatií, aby byli schopni přijmout i jinou komunikaci a na tu adekvátně reagovat. Podněcování aktivit snižuje ohrožení deprivací a sociální izolací.

5.1.1 Trénink paměti

Trénink paměti souvisí s vnímáním, komunikací. Je to řečově-kognitivní trénink – lze ho použít kdekoli. Specifické trénování psychických funkcí může nervové buňky stimulovat k vytváření nových větvení a sítí. Psychické deficity jako oslabení vstřípivosti, narůstající zapomnětlivost, poruchové nalézání slovních pojmů nebo ubývající schopnost koncentrace mohou být proto zlepšovány pomocí odpovídajících cvičení. U lidí s psychickými deficity podmíněný nemocí (např. demence) to znamená stabilizování stavu, využívat a budovat tímto způsobem ještě existující rezervy.

Tréninkový efekt zajišťuje a) trénink se smysluplnými úkoly a tématy

- b) trénink nejrůznějších mozkových funkcí
- e) podpora prohloubeného zpracování informací
- f) hravý trénink strategií uskladňování
- g) vícekanálové cvičení
- h) vystříhat se stresu a časovému tlaku

Cíle těchto programů se dají shrnout do 3 cílů: – optimální tréninkový efekt

– motivace k tréninku (déltrvajících)

– podpora sociálních kontaktů⁴³

5.1.2 Ergoterapie

Ergoterapie je komplexní úsilí o zachování či obnovu soběstačnosti. Jedná se o metodu, která je důležitá, jak z praktického (nacvičují se běžné úkony), tak z pohledu sociálního (dochází ke zlepšení soc. statutu a sebedůvěry). Využívá postupy a činnosti, které

⁴² RHEINWALDOVÁ, E. Novodobá péče o seniory, Praha, Grada 1999 str. 12

⁴³ STENGEL, F. Hrátky s pamětí, Stuttgart, Hedwig Lander 1996, str. 5 - 7

pomáhají k obnově postižených funkcí. Tato forma se provádí individuálně nebo skupinově. Pracovník by měl aktivitu organizovat, povzbuzovat, pomáhat a reagovat individuálně na jednotlivé klienty.

Cílem ergoterapie je dosažení soběstačnosti v základních úkonech, nezávislosti a zvýšení kvality klientova života.

5.1.3 Arteterapie

Arteterapie nebo-li výtvarné techniky se konají především ve větším prostředí tzn. stacionářích či při déletrvajících pobytech. Je to metoda, pro kterou nemusí mít člověk zvláštní nadání, stačí, aby měl chuť zapojit se.

Arteterapie nabízí se množství technik, které lze využít (tvorba koláží z různých materiálů, drátování, keramika atd.). V úvahu se musí brát individuální možnosti a schopnosti klienta.

5.1.4 Muzikoterapie

V této terapii hraje hlavní roli hudba, ale samozřejmě se zde používá i slova, gesta a mohou se hudební nástroje. Může jít o receptivní muzikoterapii tj. poslech různých nahrávek nebo o produktivní muzikoterapii, při níž jsou vyjadřovány nálady, city, vztahy, buď hrou na hudební nástroje nebo hlasovým projevem tzn. zpíváním písní.

Cíl, na který se v muzikoterapii zaměřujeme je neverbální komunikace, navázání jiných komunikačních technik a lze proniknout blíže k prožívání člověka

5.1.5 Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie je vlastně zrcadlení minulosti člověka. Probírání jeho vzpomínek, které mají pro daného člověka hodnotu. Preferují se vzpomínky pozitivně emočně

zbarvené.⁴⁴ Vzpomínky jsou přirozenou součástí většiny lidí, proto tuto metodu je možno použít téměř u všech klientů.

Když na něco vzpomínáme, odkrýváme malé, ale významné okolnosti našeho života, které normálně nesdílíme. Kombinování mnoha lidských specifických vzpomínek tvoří kontinuitu, zkušeností, ve kterých se všichni cítíme být zainteresováni. Nově sdílené zkušenosti a vzpomínky tvoří základy, na kterých se může dále stavět.

Dochází tu k prohlubování pozitivních vztahů a tím i ke zlepšení komunikace. Tato terapie může probíhat různě (vzpomínkové posezení při kávě či čaji, setkávání generací – vyučování dětí, tvorbě vzpomínkových krabic).

5.2 Rozdíly v práci s jednotlivými klienty z hlediska diagnózy

Při práci ve veškerých sociálních službách se můžeme potkat s různými typy klientů. U odlehčovacích služeb u seniorů to není jiné. Rozdělení již vlastně bylo dáno dříve, a to v kapitole 3.5. Nemoci ve stáří. Většinou mnohé závisí na pokročilosti a stavu choroby se senior nachází.

Zatímco u klientů tělesně nebo zdravotně postižených je pečující pomocníkem, partnerem, a oni sami si danou činnost řídí. U nemocných s poruchami CNS v odlehčovací péči pečující nabízí pomoc v aktivizaci a sám usměřňuje činnost požadovaným směrem.

⁴⁴ MATOUŠEK O.a kol., Sociální práce v praxi, Portál, Praha 2005 str. 188

6. Právní předpisy a zákony

Sociální služby do nich respitní pomoc patří, pod názvem odlehčovací služby, je ustanoven zákonem o sociálních službách. Tuto péči jak již bylo na začátku zmíněno nazývá odlehčovací služby, protože však tu nejsou ostré hranice mezi jednotlivými službami, jež jsou v zákoně uvedeny, mnohé splývají.

6.1 Zákon č. 108/2006 Sb.

Tento zákon vešel v platnost začátkem roku 2007 a přesně vymezuje sociální služby. Zákon byl již třikrát novelizován a v této chvíli se připravuje již čtvrtá novelizace. Této službě se týká § 44 – odlehčovací služby, který níže uvádím. Do odlehčovacích služeb se dají zahrnout ještě tyto paragrafy: č. 46 (denní stacionáře – celé), paragraf č. 47 (týdenní stacionáře – celé), dále č.50 domovy se zvl. režimem.

I jiné paragrafy služeb sociální péče však mají formu odlehčovacího charakteru. A to § 39 týkající se osobní asistence, § 40 pečovatelské služby, § 41 o tísňové péči, § 43, která je o podpoře samostatného bydlení a § 45 centra denních služeb.

Zákon o sociálních službách

§ 44 Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodů věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

Služba poskytuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*
- d) poskytnutí ubytování v případě pobytové služby,*
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- f) sociálně terapeutické činnosti,*
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,*

h) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.⁴⁵

Tento zákon je dále rozpracován vyhláškou č. 505/2006 Sb., kde se dále rozvádí.

§ 10 Odlehčovací služby

(1) Základní činnosti při poskytování odlehčovacích služeb se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

- a) *potoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu:*
Ошибка! Закладка не определена.
- b) *potoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:*
Ошибка! Закладка не определена.
- c) *poskytnutí stravy nebo potoc při zajištění stravy:*
Ошибка! Закладка не определена.
- d) *poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby:*
Ошибка! Закладка не определена.
- e) *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
Ошибка! Закладка не определена.
sociálně terapeutické činnosti:
- f) *socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,*
- g) *potoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
Ошибка! Закладка не определена.
- h) *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:*
Ошибка! Закладка не определена.

(2) Maximální výše úhrady za poskytování odlehčovacích služeb činí

- a) *85 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů, za úkony uvedené v odstavci 1 písm. a), b), písm. c) bodě 2, písm. e) až h); pokud poskytování těchto úkonů, včetně času nezbytného k jejich zajištění, netrvá celou hodinu, výše úhrady se poměrně krátí,*
- b) *za úkon uvedený v odstavci 1 písm. c) bodě 1*
Ошибка! Закладка не определена.
- c) *160 Kč denně celkem za úkony uvedené v odstavci 1 písm. d), včetně provozních nákladů souvisejících s poskytnutím ubytování.⁴⁶*

To, že je odlehčovací služba rozpracována má výhody, ale je i trochu kontraproduktivní, protože dochází k již zmíněnému splývání zákonů, určité úřednické zdlouhavosti zařízení a neúplné definice bych umístila na prvním místě.

⁴⁵
⁴⁶

Sociální právo, texty zákonů, Praha, C.H. Beck 2007 str. 109
www.mpsv.cz

6.2 Kde hledat pomoc

Informace o místech, kde tuto péči poskytují, a formách jak ji poskytují se obyvatelé mohou dozvědět více způsoby. Především z internetu, kde jsou stránky Ministerstva práce a sociálních věcí. Dále se dají sehnat informace především na Úřadech jednotlivých městských částí, které většinou z tyto instituce podporují. Také a to především z propagačních materiálů daných organizací a míst kde mají své stálé informační místo.

Od navštívených organizací, jsem se dozvěděla, že nemalá část uživatelů těchto služeb se o této péči dozvěděla na doporučení uživatele nebo jeho rodiny. V momentě, kdy organizace naváže první kontakt, se dá začít pracovat s vznesenými požadavky nebo případně odkázat na jinou instituci, která má lepší podmínky pro uspokojení požadovaných služeb.

7. Výsledky a cíle odlehčovací služby

Na to jaké cíle by měla služba naplňovat, stanovuje uživatel služby. V případě, že si již uživatel neuvědomuje cíl, kterého chce dosáhnout, pomáhá mu se stanovením cíle organizace. U odlehčovacích služeb je uživatelem jak osoba, která má z různých důvodů sníženou soběstačnost, tak i pečující. Proto musí dojít k souladu obou požadavků. Cílem odlehčovacích služeb je tedy zejména zajistit dlouhodobě pečující osobě dostatečnou dobu na odpočinek a načerpání sil k opětovné péči o seniora a omezit sociální izolaci těchto seniorů i rodin. Smysl dostává pro všechny, kdo pečují o jakýmkoli způsobem zdravotně znevýhodněné. Respitní péče se odráží pozitivně v psychickém i fyzickém zdraví rodin a jejich kvality života.⁴⁷

Seniorům kteří jsou v péči odlehčovacích služeb potom zajistit dostatečný a v rámci možností služby uskutečnitelný komfort. Tím, že se tato péče poskytuje v několika odlišných typech zařízení jsou i cíle trochu rozdílné, ale zároveň se také shodují na základní podstatě a to ulehčit rodině.

7.1 Terénní odlehčovací služba

Klient odlehčovací péče zůstává v domácím prostředí a pracovník této služby se nahrazuje péči osoby blízké v době její nepřítomnosti. Pracovník klientovi nabízí a vykonává s ním běžné denní aktivity probíhající v normálním časovém plánu.

Pokusí se o všestranné využití jeho schopností a možností a není-li to možné, zajistí vše pro průběh stráveného času. Poskytovatel a pracovníci této služby se budou snažit v rodině klienta působit až do konce života klienta a v rámci možností se snažit o zlepšení jeho zdravotní situace.

7.2 Ambulantní odlehčovací služba

Díky ambulantní krátkodobé péči může senior trvale bydlet v domácím prostředí, s tím rozdílem, že dochází do domovinek či stacionářů (denních či týdenních), kde probíhají různé aktivizační programy pro udržení stávajících schopností (viz. metody). Ambulantní

odlehčovací služby mají výhodu oproti terénním odlehčovacím službám, že lze v kolektivu lépe pracovat, lidé se mezi sebou snaží komunikovat a dají se dělat aktivity, které se nedají dělat o samotě. Klient je obvykle do organizací, které provozují tento typ služeb, dovezen a po uplynutí dané doby zase vyzvednut rodinou nebo jinou blízkou osobou.

Pracovníci stejně jako u předchozích služeb se snaží vycházet z schopností klienta a jejich potenciálu, který se snaží využít právě v daném kolektivu.

7.3 Pobytové odlehčovací služby

Při pobytových odlehčovacích službách (tzv. sociální pobyty) je brán, zřetel na regeneraci sil a to jak klienta, tak pečujícího. Tyto služby jsou využívány plánovaně v době dovolených, tak i v nenadálých případech, jako třeba při úrazu nebo hospitalizaci pečujícího. Klientům umožňuje snadnější návrat (než např. hospitalizace) do běžného života v přirozeném prostředí. Tato služba přispívá i rychlejšímu uvolňování zdravotních lůžek pro akutní péči.

8. Ověření hypotéz

V ověřování hypotéz jsem postupovala podle mnou stanoveného dotazníku s otevřenými otázkami, kterými jsem chtěla docílit širších odpovědí. Organizace, které se touto formou péče zabývají musí, jak již bylo řečeno v teoretické části, být zaregistrovány jednak na MHMP ale především u MPSV, který na svých stránkách uvádí i registr všech poskytovaných služeb. Právě z tohoto registru jsem nejvíce vycházela, také jsem při hledání informací opírala o brožuru Městského centra sociálních služeb a prevence z roku 2005.

Z 36 uvedených odlehčovacích služeb, má 18 organizací uvedeno mezi cílovou skupinu seniory. Z tohoto počtu se oddělila ještě jedna organizace (o.s. POHODA), která se zaměřuje převážně na osoby s mentálním postižením, protože v péči má jednoho seniora, který využívá služby osobní asistence. Zmíněným organizacím jsem poslala svůj dotazník na uvedené internetové adresy. Bohužel vrátilo se mi jich málo, proto jsem se s organizacemi navázala telefonický kontakt a začala je konkrétně navštěvovat, tím se mi zvýšil počet vyplněných dotazníků. Od organizací, které ani po příslibu mi dotazník nevrátily, jsem se pokusila dané informace získat z webových stránek těchto institucí.

1. Protože je pro seniory důležité bezpečí vlastního domova, rozvíjejí se nejvíce ze služeb odlehčovací péče služby terénní a ambulantní.

Bohužel tato hypotéza se mi nepotvrdila, zařízení které odlehčovací péči provozují dávají přednost službám pobytovým. Myslím, že je to tím že v zákoně jsou vedle sebe uvedené tyto služby a služby stacionární (ať denní nebo týdenní). Od terénních pečovatelských služeb vím, že tuto službu považují za samozřejmou součást, ale oficiálně ji pod touto registrací neposkytují.

Ze zmiňovaných organizací v Praze poskytují terénní služby čtyři instituce, pátá (která poskytuje již pobytové) ji má otevírat tento rok. Ambulantní služby mají uvedeny také čtyři organizace (většina je registrována u denních stacionářů).

2. Ve všech službách v rámci celého spektra je jednou z nejúspěšnějších metod trénink paměti.

Tato hypotéza byla potvrzena. Důvody pro tuto metodu jsou uvedeny v kapitole 5.1.1. Zdá se, že ve většině zařízení se tímto způsobem snaží pracovat.

3. *Počet uživatelů těchto služeb roste.*

Podle vrácených statistik lze souhlasit. Zvláště u odlehčovacích služeb pobytových je zájem velký (obzvláště letní termíny jsou obsazovány dlouho dopředu). V případě nenadálých příhod (hospitalizace rodinného pečujícího aj.) se vždy hledá řešení, ve kterém tato péče figuruje na prvním místě.

4. *Zákon 108/2006 Sb. neměl na rozvíjení těchto služeb příznivý dopad.*

Z dotazníků, které se mi vrátili mi polovina uvedla kladné dopady na jejich organizaci, potažmo uživatele (kupříkladu standardy kvality a tím zkvalitnění služeb, zlepšila se platební schopnost uživatelů služeb a tím i dostupnost péče pro ně). Ale asi polovina spíše uvádí zbytečnou byrokratizaci při a tím i zdouhavost při jednání, mlhavost definicí v zákoně a také to, že ne všem potřebným lidem byl uznán příspěvek na péči, čímž je pro ně neúnosné zaplatit péči (ceny se samozřejmě vejitím zákona v platnost zvýšily).

5. *Nejvíce využívají forem rodiny seniorů trpících demencí.*

Bohužel na tuto hypotézu nemohu odpovědět, protože se mi nepodařilo formulovat otázku tak, aby nezněla pejorativně. Protože jsem však již získala nějaké zkušenosti na pracovištích, které tuto formu péče poskytují a v zařízení, kde jsem byla osobně, jsem se ptala bych tuto domněnku potvrdila. Pobytové zařízení však většinou odmítají brát lidi s pokročilou Alzheimerovou chorobou (potíže s orientací v čase i prostoru, časté „útky“), z důvodu že tyto organizace nemají uzavřené oddělení. Naštěstí již ovšem existují speciální zařízení pro Alzheimerovu chorobu (např. Gerontocentrum).

6. *Financování těchto služeb je vícezdrojové.*

Tato domněnka se potvrdila. Zdroje financí organizací provozující odlehčovací službu se skládá obvykle z plateb Magistrátu hlavního města Prahy formou grantů, Ministerstva práce a sociálních věcí také touto formou, příspěvky Městských částí s nimiž mají uzavřenu dohodu, financováním od uživatelů i sponzorskými dary a to jak finanční, tak materiální pomocí. Určitou výhodou mají instituce pobytových služeb, protože mají pevně stanovenou kapacitu, kdežto u terénních služeb je kapacita pohyblivá a závisí na počtu jedinců užívajících danou službu.

9. Závěr práce

Myslím, že rozsah odlehčovací péče je velký, ale charakterově se tato služba příliš neliší od ostatních službách v sociální péči. Ukázala jsem na hlavní směry této péče, kterými se ubírá v ČR. Výhody, které se dají najít na odlehčovací péči, tzn. především pobývání v přirozeném prostředí domova a úlevu pečujícím rodinám pokládám za dostatečně výmluvné argumenty pro tento typ služeb. Nevýhody, které se týkají daných služeb jsou udány nepřesnými formulacemi v zákoně o sociálních službách a byrokratizací v tomto odvětví.

Respitní neboli odlehčovací péči vidím jako potřebnou formu sociálních služeb. Tato forma bohužel není tak, rozvinutá jak by mohla být. A nepřispívá k tomu ani znění našich zákonů. Sice platností sociálního zákona došlo k vymezení, ale toto vymezení v mnoha směrech splývá a překrývá se s jinými definicemi. Mezi nimi by se dalo mluvit spíše o charakteru těchto služeb, než o samostatném typu péče.

Tato forma služeb byla a je vyžadována od rodin, které o své blízké pečují a chtějí pečovat v domácím prostředí. Tito lidé mají vysoký morální kredit a společnost by si jich měla vážit, proto by tyto služby měly být dostupné jakémukoli takto pečujícímu. Nejlépe v nabídce všech tří typů služeb, aby si mohl vybrat. Bohužel tato vize asi není možná, ale vždy by měl pečující mít povědomí o tom, že službu ať terénní, ambulantní nebo pobytovou může využít, pro svou vlastní potřebu a to dříve než se objeví náznaky syndromu vyhoření.

Protože demografický hledisko se shoduje na tom, že celá populace, jak v Evropě, tak u nás stárne, bude služeb respitní péče více potřeba. Bude nezbytné profesionalizovat tuto službu, což je ostatně dané i zákonem o sociálních službách. Zároveň vidím jako nevyhnutelné bojovat proti předsudkům stáří (ageismu) a zachovávat zdravou úctu k životu ve stáří. Vždy bychom se měli vyvarovat bezohlednosti a toho, že bychom se přikláněli k principu kolektivní viny.

V úvodu jsem připomínala jak je důležité uvědomit odpovědnost za vlastní život, snažit se ho pozitivně ovlivňovat, mít vždy před sebou perspektivu nějaké cíle. A nemusí to být zdolávání hor v rekordním čase. Nemoci, vrásky, slabost k lidské existenci patří, jak na začátku, tak na konci. Nesnižuje to však hodnotu života

Nemyslím, ale že by se mi do této práce vešla celková problematika odlehčovacích služeb, na druhé straně bych řekla cíle, které jsem si v úvodu stanovila, se mi podařilo alespoň z části splnit.

10. Summary

While I understand that the scope of respite care is quite wide, I believe that there is no distinctive difference between this service and the other social welfare services. I have pointed out the main development trends of respite care in the Czech Republic. The advantages respite care offers, i.e. first and foremost the possibility to stay in the natural environment of home and to relieve the family members in need of rest, definitely make this form of care a definitely needed service within the range of the social welfare services offered. The disadvantages connected with this type of care are caused by inaccuracies in the text of the Law on Welfare Services (zákon o sociálních službách - Zákon č. 108/2006 Sb.) and by excessive bureaucracy in this branch.

I regard respite care as a necessary form of social welfare services. Regrettably this form is not as developed as it should have been. Current legislature offers no significant stimulus for the development of the abovementioned services. Although the latest text of the captioned law provides a definition of the respite care, this definition in many ways merges and overlaps with other definitions. Thus in this context we are rather discussing the character of the services than an independent type of care.

This form of services was and is most needed by the families who take care after their members and do not desire to move the person(s) away from home. These people have a high moral standard and the society really should respect them, therefore the services in question should be available to anyone who provides the care under discussion. In an ideal situation the person should have a choice of the types of services. Unfortunately, as of today this remains but a dream; but the person in need of respite care should be always aware of the fact that respite care, be it in the form of a field or ambulatory service, is always an option before the burnout syndrome starts to show.

There is no doubt that, from the demographic point of view, the population grows old, in Europe as well as in the Czech Republic; hence the need for respite care is going to grow. It shall be necessary to make respite care more professional, something that also follows from the Law on Welfare Services (zákon o sociálních službách - Zákon č. 108/2006 Sb.). At the same time I find inevitable the need to fight against the prejudice of ageism and to respect to the old age. But at all times we should avoid irresponsibility and trying to hide behind the «collective guilt».

In the Introduction I have mentioned the need to be responsible for one's own life, to try to influence in positively and to always have a goal to go towards. And the goal does

not have to be timed mountain climbing. Illnesses, wrinkles and weakness form an inseparable part of human existence from birth to death. However these do not diminish the life value.

I do not believe my dissertation to contain a comprehensive description of the problems of respite care services, however I do believe that I managed to at least partially solve the tasks as set at the beginning of the paper.

11. Seznam literatury a zdrojů

- 1) BERKOVÁ, J. *Možnosti sociální péče o dlouhodobě nemocné v Praze*, UHK 2006
- 2) BUIJSSEN, H. *Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*, Praha: Portál. 2006
ISBN 80-7367-081-X
- 3) DOUŠLOVÁ, V. *Respitní péče ve vztahu k péči o seniory*, In. Pražské gerontologické dny, Praha: MZ 1996
- 4) DESSAINTOVÁ, M-P. *Nezačínajte stárnout*, Praha: Portál 1999
ISBN 80-7178-255-6
- 5) ELIAS, N. *O osamělosti umírajících*, Praha: nakl. Franze Kafky 1998
ISBN 80-85844-39-7
- 6) HARTL, P. HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*, Praha: Portál 2000
ISBN 80-7178-303-X
- 7) HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, Praha: Panorama 1990
ISBN 80-7038-158-2
- 8) HECZKO, D. *Už nemohu dál*, Třinec: BIBLOS 2000
ISBN 80-900240-8-4
- 9) HOLESKOVÁ, T. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*, Praha: Grada 2002
ISBN 80-247-0212-6
- 10) JANKOSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, Praha: Triton 2003
ISBN 80-7254-329-6
- 11) JOHNOVÁ, M. ČERMÁKOVÁ, K. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*, Praha: MPSV 2002
ISBN 80-86552-45-4
- 12) KACANU, E. *Jsme lidé*, Praha: Mutabene 2001
ISBN 80-86745-05-8
- 13) KAUFMANOVÁ, P. *Pohled seniorů na pečovatelskou službu*, In *Sociální práce*, 2004, č. 2,
- 14) KOBĚRSKÁ, P. A KOL. *Společnou cestou*, Praha: Portál 2004
ISBN 80-7178-981-X
- 15) KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*, Praha: Portál 1997
ISBN 80-7178-318-8

- 16) KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*, Praha: Triton 2005
ISBN 80-7254-662-7
- 17) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, Praha: Grada 2002
ISBN 80-247-0179-0
- 18) KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*, Praha: Grada 1998
ISBN 80-7169-551-3
- 19) MÁTL, O. JABŮRKOVÁ, M. *Kvalita péče o seniory II*, Praha: Galén 2007
ISBN 978-80-722-62-524-6
- 20) MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, Praha: Portál 2003
ISBN 80-7178-549-0
- 21) MATOUŠEK, O. A KOL. *Sociální práce v praxi*, Praha: Portál 2005
ISBN 80-7367-002-X
- 22) NEČASOVÁ, M. MUSIL, L. *Pracovní podmínky a dilemata pomáhajících pracovníků, Poznatky z výzkumu charitní pečovatelské a ošetrovatelské služby*, In *Sociální práce* 2006
- 23) NEŽÁDAL, K. *Terénní sociální služby pro staré a občany těžce zdravotně postižené*, Praha: Institut pro místní správu 1998
ISBN 80-238-3623-4
- 24) NOVOSAD, L. *Pseudošetrnost versus lidská práva*, In. *Sborník přednášek o respitní péči*, Praha: MZ 1996
- 25) PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*, Praha: Portál 1998
ISBN 80-7178-184-3
- 26) RUBÁŠOVÁ, M. 2005. *Solidarita v rodině: genderové role v péči o závislé osoby*. In JERÁBEK, J. a kol. 2005. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK.
- 27) RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*, Praha: Grada 1999
ISBN 80-7169-828-8
- 28) STENGEL, F. *Hrátky s pamětí*, Stuttgart: Weinsberg 1996
ISBN 3-929317-61-3
- 29) STROUDOVÁ, M. *Stáří je dar*, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakl. 1996
ISBN 80-7192-090-8
- 30) SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, Praha: Ecce homo 1999
ISBN 978-80-902049-2-9

- 31) SÝKOROVÁ, D. *Prázdné hnízdo – šance nebo břemeno?*, Olomouc: UP 1996
ISBN 80-7067-622-1
- 32) SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. Praha: Slon 2007
ISBN 978-80-86429-62-5
- 33) TEXTY ZÁKONŮ, *Sociální právo II.*, Praha: C.H. Beck
ISBN 987-80-7179-982-5
- 34) TOŠNEROVÁ, T. A KOL. *Vzdělávání pro pracovníky sociální péče*, Praha: Česká asociace pečovatelské služby 2006
ISBN 80-239-6951-X
- 35) VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*, Praha: Karolinum 2007
ISBN 978-80-246-1318-5
- 36) VESELÁ, J. *Sociální služby poskytované seniorům v domácnostech*. Praha: VÚPSV 2003
ISBN 80-239-1353-0
- 37) VIDOVIČOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí z pohledu české veřejnosti*, Brno: VÚPSV 2003
ISBN 80-239-1351-4
- 38) VYMĚTAL, *Lékařská psychologie*, Praha: Portál 2003
ISBN 80-7178-740-X
- 39) ZAVÁZALOVÁ, H. A KOL. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum. 2001
ISBN 80-246-0326-8
- 40) ZGOLA, J.-M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha: Grada 2003
ISBN 80-247-0183-9

Elektronické zdroje

<http://www.iregist.mpsv.cz>

<http://en.wikipedia.org>

<http://www.eldercare.gov>

12. Seznam příloh

- I. Kasuistiky
- II. Průvodní dopis
- III. Dotazník
- IV. Procedurální standardy soc.služeb
- V. Seznam organizací poskytujících odlehčovací péči

Příloha I.a

Kasuistika pana L.

Terénní odlehčovací služba – středisko pečovatelská služba ADCH

Pan L. se narodil ve dvacátých letech minulého století. Od mládí projevoval svůj talent v kreslení a po skončení války se rozhodl studovat architekturu, kde v roce 1952 promoval. Po ukončení školy a vojenské služby se oženil a začal pracovat ve svém oboru. S manželkou, která je hlavní pečující osobou, měli dvě dcery. Díky své práci mohl i svobodněji cestovat v období, kdy to nebylo příliš možné. Z tohoto období má spoustu materiálů, na kterých pracoval (rekonstrukce Národního divadla, interiéry navrhovaných místností aj.) a fotografií.

Pan L. trpí Alzheimerovou nemocí, kdy již potřebuje celodenní péči. Tu mu poskytuje manželka (jedna dcera před deseti lety zemřela, druhá bydlí mimo Prahu). Oba manželé jsou již v důchodu. Pan L. není mnohdy schopen rozlišovat mezi skutečností a fikcí. Díky nemoci trpí stavy úzkosti, depresí a halucinacemi. Změny v jeho chování mohou být zapříčiněny jak nemocí, tak různými jinými rušivými vlivy. Pan L. chodí rád na procházky, pozoruje dění ve svém okolí, protože ve svém dřívějším oboru vyučoval, doposud rád vede výklady na téma architektura a umění.

Pracovnice odlehčovací služby chodí 1x týdně, v který si manželka pana L. určila, aby mohla bez obav, odejít vyřídit potřebné věci. Charakter služby se vždy odvíjí od momentálního stavu pana L. Pomoc, která je poskytována, je pomoc při kulturních aktivitách což jsou předně rozhovory na téma, které sám určí. Pracovnice se zaměřuje na trénování dlouhodobé paměti, krátkodobá je již hodně zasažena nemocí.

Cíle této služby jsou poskytnout pečující manželce a pomocí různých aktivizačních technik se pokusit stabilizovat progresi nemoci u pana L.

Příloha I.b

Kasuistika paní A.

Terénní pečovatelská služba – Česká alzheimerovská společnost

Paní A. se narodila v roce 1920. Měla přísnou výchovu, ale byla podporována ve svých zájmech, což byl zpěv a hra na klavír. Paní A. byla velmi praktická a skončení školní docházka se vyučila kadeřnicí u svého strýce. Vdala se a měla dvě děti. Charakterově byla velmi energická a ve všem vyžadovala preciznost. Dokázala si zorganizovat čas, aby ji vyšel čas i na koníčky (hudba a zpěv, zvláště operní). Před dvaceti lety ji umřel manžel a pečuje o ni dcera (syn bydlí mimo Prahu)

Paní A. trpí alzheimerovou nemocí a to již v třetím posledním stádiu, proto je bezpodmínečná celodenní péče. Péče je jak, již bylo zmíněno, postavená na dceři paní A. U této paní se již výrazně zhoršil zdravotní stav. Je narušena hybnost, ale s oporou jiného člověka se může ještě pohybovat. Má problémy s příjmem potravy a tekutin, s inkontinencí a dezorientací. Paměť je již také hodně narušená. Velké obtíže nastávají ve vyjadřování, kdy mnohdy nelze úplně porozumět. To činí problémy zvláště v situacích, kde je potřeba na něčem se domluvit.

Do domácnosti dochází pečovatelská služba (3x týdně) a terénní odlehčovací služba (1 – 2x týdně). Charakter služby je zachovat pomoc při zvládání běžných úkonů, podpora při samostatné orientaci, pomoc při osobní hygieně a při poskytování stravy. Jelikož stav paní A. je natolik vážný užívá se metoda validace, což je metoda, která se používá u lidí s kognitivními poruchami, především u demence. Dcera paní A. si během služby vyřizuje nezbytné věci a načerpává síly.

Cílem služby u paní A. je umožnit právě odpočinek dceři, přinést změnu do domácnosti a paní A. zajistit dostatečnou péči.

Příloha II

Dobrý den,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, kterým bych chtěla zjistit poskytování respitní péče na území hlavního města Prahy. Tento dotazník bude použit pouze pro účely mé bakalářské práce s názvem „Rozsah respitní péče u seniorské populace“. Adresu organizace jsem se dozvěděla z registrace organizací na MPSV a z informační brožury Městského centra sociálních a služeb a prevence.

Děkuji za ochotu a vstřícnost při vyplňování tohoto dotazníku.

Vladimíra Toulová
Studentka HTF obor Sociální pedagogika

DOTAZNÍK NA ROZSAH odlehčovacích služeb

Název organizace:

1. Cílová standardizovaná skupina uživatelů konkrétního zařízení:
2. Typy poskytovaných sociálních služeb, které jsou v konkrétním zařízení předmětem registrace u MHMP:
 3. Zřizovatel konkrétního sociálního zařízení:
 4. Typ poskytované respitní péče:
(statistika údajů a uživatelů odlehčovacích služeb za poslední 3 léta)
 - a) terénní:
 - b) zařízení sociálních služeb:
krátkodobá – denní a týdenní

dlouhodobá – měsíční až tři měsíční. (popřípadě uveďte jiný časový rozsah poskytování)
- výcviková střediska
- přechodné pobyty – po jakém čase se mohou tyto pobyty opakovat?
5. Metody a techniky práce s klienty:
 - a) výtvarné činnosti
 - β b) trénování paměti
 - c) ergoterapie
 - d) muzikoterapie
 - e) taneční a pohybová terapie
 - χ f) četba
 - g) rehabilitační cvičení
 - h) jiné.....
6. Zdroje financování:
 - a) Uživatelé
 - b) MPSV
 - c) MHMP
 - d) Jiné (granty, sponzorské dary, kraje).
7. Cena služeb (dle zákona 108/2006 Sb, vyhláška č.505, výše příspěvků od uživatelů služeb, doplatek á den).

8. Možnosti zařazení jednotlivých uživatelů do terapeutických skupin (uveďte názvy skupin a přípustný počet zařaditelných uživatelů).
9. Jakým způsobem je možné získat informace o provozu vašeho zařízení? (kontaktní sociální centra, webové stránky, informační vitríny organizace).
10. Uveďte věkovou strukturu cílové skupiny vašeho sociálního pobytového zařízení.
11. Jakým způsobem se mohou zájemci o Vaše služby zařadit do pořadníku čekatelů na umístění ve vašem zařízení?

Pokud má Vaše zařízení nějaké pevně stanovené čekací lhůty na přijetí do programu uveďte:
12. Uveďte postup při navazování kontaktu s potencionálním čekatelem na služby vašeho zařízení? Nejčastější varianty řešení: (telefonická, písemná ,elektronická forma kontaktu).
13. Uveďte skupiny čekatelů, které díky své kontraindikaci nepatří do vašich terapeutických sociálních projektů?
14. Co vše se změnilo ve vašem zařízení po uvedení do praxe nového sociálního zákona č.108/2006 Sb?
Uveďte pozitivní a negativní dopady s uvedením již výše zmíněného zákona do praxe v rámci vašeho sociálního zařízení.
15. V případě, že Vaše zařízení poskytuje krátkodobou RP, uveďte zda provozuje svoz a rozvoz uživatelů.
16. Personální obsazení této péče vašeho zařízení .
17. Pořádáte u vás kurzy, kterými zvyšujete kvalifikaci v oboru?

Standardy kvalit sociálních služeb

Procedurální standardy kvality sociálních služeb

Standard 1. Cíle a poskytování služeb

Cílem sociálních služeb je umožnit lidem v nepříznivé sociální situaci využívat instituce, které poskytují služby veřejnosti i přirozené vztahové sítě, zůstat součástí přirozeného místního společenství, žít běžným způsobem. Poskytované sociální služby zachovávají a rozvíjejí důstojný život těch, kteří je využívají, jsou bezpečné a odborné.

Ve standardu jsou stanoveny základní požadavky na sociální službu. Zařízení má povinnost formulovat a zveřejnit základní prohlášení, poskytovat službu v souladu s metodikou, s respektem k individuálním potřebám a volbám uživatelů. Současně je popsán obecný cíl sociálních služeb. Jeho obsahu musí odpovídat další dokumenty zařízení a tím i poskytované služby. Rámec, který je takto pro poskytování služeb stanovený, usnadňuje uživatelům služeb orientaci, a tak zvyšuje jejich důvěru v poskytované služby. Naplňování standardů je základem pro zajištění souladu služeb s požadavky, které na služby klade Evropský sociální model, jehož podstatou je sociální začlenění a ochrana lidí před sociálním vyloučením.

Kritérium 1.1

Zařízení sociálních služeb má písemně definováno poslání, cíle, cílovou skupinu uživatelů a principy poskytovaných služeb, které chápe jako veřejný závazek.

Kritérium 1.2.

Veřejný závazek definovaný podle 1.1. směřuje k tomu, aby lidé v nepříznivé sociální situaci zůstali součástí přirozeného místního společenství, mohli žít běžným způsobem, mohli využívat místní instituce, které poskytují služby veřejnosti, přirozené vztahové sítě a své vlastní možnosti.

Kritérium 1.3.

Služby jsou poskytovány v souladu s metodikou, kterou má zařízení za účelem poskytování sociálních služeb písemně vypracovanou. Metodika je běžně přístupná všem pracovníkům.

Kritérium 1.4.

Zařízení vytváří příležitosti k tomu, aby uživatelé mohli uplatňovat vlastní vůli, jednat na základě vlastních rozhodnutí, aby mohli být sami sebou.

Kritérium 1.5.

Zařízení má vnitřní pravidla pro ochranu uživatelů před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování služby.

Standard 2. Ochrana práv uživatelů

Zařízení ve své činnosti respektuje základní lidská práva uživatelů služeb, jejich nároky vyplývající z dalších platných obecně závazných norem a pravidla občanského soužití.

Kritérium 2.1.

Zařízení má stanoveny oblasti, v nichž by mohlo dojít v souvislosti s poskytováním služeb k porušení práv uživatelů. Jde zejména o následující oblasti: ochranu osobní svobody, soukromí, osobních údajů, práva na vzdělání a svobodnou volbu povolání, ochranu před jakýmkoli formami zneužívání, nucenými pracemi, diskriminací apod.

Kritérium 2.2

Pro oblasti definované ve 2.1 má zařízení psaná vnitřní pravidla, která v praxi účinně zamezují porušování práv uživatelů služeb. Zařízení má mechanismy nápravy pro případy zjišťování porušení práv uživatelů zařízením nebo jeho pracovníky.

Kritérium 2.3.

Zařízení má definovány situace, kdy by mohlo dojít ke střetům zájmů zařízení či pracovníků zařízení se zájmy uživatelů a psaná vnitřní pravidla, které možným střetům zájmů zamezují.

Kritérium 2.4

Rozhodnutí uživatele o řešení vlastní nepříznivé sociální situace prostřednictvím sociální služby je respektováno.

Standard 3. Jednání se zájemcem o službu

Zájemce o službu je před uzavřením dohody seznámen se všemi podmínkami poskytování služeb. Pracovník zařízení zjišťuje, co zájemce od služby očekává a společně pak formulují, jakým způsobem bude poskytovaná služba dohodnuté cíle naplňovat.

Kritérium 3.1

Zařízení na základě vnitřních pravidel aktivně informuje zájemce o nabízené sociální službě a o všech povinnostech, které pro něj z dohody o poskytování služby vyplývají včetně podmínek, způsobu poskytování služby a její ceny.

Kritérium 3.2

Cíle, které by sociální služba měla naplňovat, stanovuje uživatel. Zařízení podporuje zájemce o službu při formulování osobních cílů.

Kritérium 3.3

Příslušný pracovník zařízení dohodne se zájemcem o službu, jaké osobní cíle bude služba naplňovat, jaká bude konkrétní forma, průběh, podmínky a rozsah poskytovaných služeb.

Kritérium 3.4

Osobní cíle vycházejí z možností a schopností zájemce o službu. Sociální a zdravotní diagnóza a omezení z ní plynoucí jsou naplňovány zejména ve fázi, kdy je plánován způsob dosažení stanoveného cíle, připravována strategie omezení rizik, atd.

Kritérium 3.5

Informace o službě jsou zájemci o službu poskytovány s ohledem na jeho situaci a možnosti vnímat a chápat takovým způsobem a v takovém rozsahu, aby zájemce o službu poznal, zda služba naplňuje jeho potřeby a mohl se informovaně rozhodnout, zda ji využije či nikoli.

Kritérium 3.6

Zařízení stanoví pravidla pro odmítnutí zájemce o službu z důvodů nedostatečné kapacity či nesplnění rozhodujících kritérií pro cílovou skupinu uživatelů.

Standard 4. Dohoda o poskytování služby

Sociální služby jsou uživateli poskytovány na základě uzavřené dohody o poskytování služby. Dohoda stanoví všechny důležité aspekty poskytování služby včetně osobního cíle, který má služba naplňovat.

Kritérium 4.1

Stanovený zástupce zařízení a uživatel uzavírají dohodu o poskytování služby.

Kritérium 4.2

Dohoda je uzavřena podle potřeb uživatele a charakteru služby ústně nebo písemně. Uzavřené dohody jsou evidovány. Písemná dohoda je uzavírána vždy, když o to zájemce služby projeví zájem, nebo je-li součástí poskytovaných služeb při zajišťování základních životních potřeb.

Kritérium 4.3

Dohoda obsahuje ujednání podle bodu 3.3 a dále vymezuje ujednání o případné zkušební době, postupy při nedodržování dohodnutých podmínek poskytování služby, způsob a podmínky pro ukončení služby a způsob, jakým lze tuto dohodu měnit.

Kritérium 4.4

Zařízení dbá na to, aby zájemce o službu rozuměl obsahu a účelu dohody.

Kritérium 4.5

Uživatel může dohodu vypovědět kdykoli, zařízení jen za podmínek stanovených v dohodě.

Kritérium 4.6

Postup vypracovaný pro případné ukončení poskytování služby ze strany poskytovatele umožňuje uživateli zajistit náhradní služby.

Standard 5. plánování a průběh služby

Kritérium 5.1

Průběh služby vychází především z vnitřních zdrojů a možností uživatele, sleduje dosažení dohodnutých osobních cílů a je plánován společně s uživatelem.

Kritérium 5.2

Naplnování osobních cílů uživatele je v průběhu služby přehodnocováno. Uživatel má možnost měnit své osobní cíle.

Kritérium 5.3

Zařízení má vypracována písemná vnitřní pravidla, kterými se řídí plánování procesu poskytování služeb.

Kritérium 5.4

Za plánování a průběh služby pro jednotlivé uživatele odpovídají konkrétní pracovníci zařízení.

Kritérium 5.5

V zařízení je uplatňován systém sdílení potřebných informací o službách, které jsou poskytovány jednotlivým uživatelům.

Kritérium 5.6.

Zařízení má stanovena kritéria pro posouzení toho, zda je dosahováno osobních cílů uživatelů služeb.

Standard 6. Osobní údaje

Zařízení shromažďuje a vede takové údaje o uživatelích, které umožňují poskytovat bezpečné, odborné a kvalitní sociální služby.

Kritérium 6.1

Zařízení má stanoveno, jaké osobní údaje potřebuje získat od uživatelů svých služeb, aby poskytované služby byly bezpečné, odborné a kvalitní.

Kritérium 6.2

Zařízení zpracovává jen ty osobní údaje uživatelů, které jsou stanoveny jako nezbytné pro poskytování bezpečných, odborných a kvalitních služeb.

Kritérium 6.3

Vnitřní pravidla umožňují určeným pracovníkům zařízení efektivní využívání osobních údajů za účelem poskytování bezpečných, odborných a kvalitních služeb

Kritérium 6.4

Zařízení vytváří takové podmínky, aby zpracování osobních údajů odpovídalo platným obecně závazným normám.

Kritérium 6.5

Pokud to vyžaduje charakter služby nebo sám uživatel, zajišťuje zařízení anonymní evidenci jednotlivých uživatelů.

Kritérium 6.6

Dokumenty, které jsou uvedeny o službách poskytovaných jednotlivým uživatelům, jsou po přiměřenou dobu archivovány.

Standard 7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb

Uživatelé si mohou stěžovat na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb, aniž by tím byli jakýmkoli způsobem ohroženi. Zařízení za tímto účelem má stanovena vnitřní pravidla, se kterými jsou seznámeni uživatelé i pracovníci.

Kritérium 7.1

Uživatelé služeb jsou informováni o tom, že mají možnost si stěžovat, jakou formou je možné stížnost uplatnit, kdo ji bude vyřizovat, jakým způsobem bude vyřizování stížnosti probíhat.

Kritérium 7.2

Z pravidel pro podávání stížností je zřejmé, na koho konkrétně se uživatelé mají se stížností obracet a kdo další je oprávněn účastnit se vyřizování stížností.

Kritérium 7.3

Uživatelé jsou zařízením poučeni o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti k nadřízenému nebo nezávislému orgánu s podnětem k prošetření postupu při vyřizování stížnosti.

Standard 8. Návaznost na další zdroje

Zařízení aktivně podporuje uživatele ve využívání běžných služeb, které jsou v daném místě veřejné. Dále zařízení podporuje uživatele ve využívání vlastních přirozených sítí, jako je rodina, přátelé a snaží se předejít jeho návyku na sociální službu.

Kritérium 8.1

Zařízení spolupracuje s institucemi, odborníky a dalšími lidmi, které uživatel stanoví ze svého okolí, a to tak, aby uživatel směřoval k dosažení svých osobních cílů.

Kritérium 8.2

Zařízení pomáhá uživateli kontaktovat a využívat další služby podle jejich potřeb a přání, zejména ty, které směřují ke zvyšování samostatnosti a nezávislosti na systému sociálních služeb.

Kritérium 8.3

Nemůže-li zařízení pokrýt rozsahem, odborností či kompetentností potřeby uživatele služeb, zprostředkovává pro uživatele služby jiných odborníků.

Kritérium 8.4

V souladu s přáním uživatele vytváří zařízení příležitosti pro smysluplné vztahy uživatele s rodinou a dalšími blízkými lidmi.

Personální standardy

Standard 9. Personální zajištění služby

Struktura, počet pracovníků i jejich vzdělávání a dovednosti odpovídají potřebám uživatelů služeb a umožňují naplňování standardů kvality sociální služby. Noví pracovní jsou zaškoleni.

Kritérium 9.1

Zařízení má stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní a morální předpoklady potřebám zařízení a aktuálnímu počtu uživatelů služeb a jejich potřebám. Složení a doplňování pracovního týmu umožňuje naplňování standardů kvality.

Kritérium 9.2

Zařízení má vnitřní pravidla pro přijímání a zaškolování nových pracovníků.

Kritérium 9.3

Pro uživatele se specifickými potřebami pracuje personál s odpovídajícím odborným vzděláním a dovednostmi.

Kritérium 9.4

Zařízení vytváří podmínky k tomu, aby způsob přijímání a zaškolování pracovníků odpovídal platným, obecně závazným normám a stanoveným vnitřním pravidlům.

Standard 10. Pracovní podmínky a řízení poskytování služby

Vedení zařízení zajišťuje, aby všechny důležité aspekty služby, které nejsou upraveny obecně závaznými normami, byly jasně formulovány a pracovníci s nimi obeznámeni.

Kritérium 10.1

Zařízení má definovanou organizační strukturu, z níž jsou patrná oprávnění a povinnosti jednotlivých pracovníků.

Kritérium 10.2

V případě využívání pracovníků, kteří nejsou se zařízením v pracovněprávním vztahu, má zařízení vnitřní pravidla pro uzavírání dohod o provedení práce a zajištění pracovních podmínek, zejména pojištění, stanovení zodpovědnosti, závazku mlčenlivosti atd.

Kritérium 10.3

Zařízení vytváří podmínky k tomu, aby pracovní podmínky odpovídaly platným, obecně závazným normám a stanoveným vnitřním pravidlům.

Standard 11. Profesionální rozvoj pracovníků a pracovních týmů

Zařízení zajišťuje profesionální rozvoj pracovních týmů a jednotlivých pracovníků, jejich dovedností a schopností potřebných pro splnění veřejných závazků zařízení i osobních cílů uživatelů služeb.

Kritérium 11.1

Zařízení uplatňuje postup pro pravidelné hodnocení pracovníků.

Kritérium 11.2

Zařízení pracovníkům umožňuje zapojit se do rozvoje a zkvalitňování poskytovaných sociálních služeb.

Kritérium 11.3

V zařízení je uplatňován systém obousměrné komunikace mezi vedením a pracovníky.

Kritérium 11.4

Zařízení má vypracovaný a uplatňovaný systém oceňování pracovníků, a to nejen finanční odměnou, ale i jinými způsoby (pochvala, zvyšování kvalifikace atd.)

Kritérium 11.5

Je uplatňován program dalšího vzdělávání pracovníků, zejména těch, kteří se věnují přímé práci s uživatelem.

Kritérium 11.6

Pro pracovníky, kteří se věnují přímé práci s uživateli, zajišťuje zařízení podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka za účelem řešení problémů, jež jednotliví zaměstnanci nebo pracovní týmy zažívají při výkonu zaměstnání.

Provozní standardy

Standard 12. Místní a časová dostupnost služby

Místo a denní doby poskytování služby odpovídají cílům a charakteru služby a potřebám cílové skupiny uživatelů.

Kritérium 12.1

Určené místo a doba, během níž je služba poskytována, odpovídají potřebám cílové skupiny uživatelů služby.

Kritérium 12.2

Poskytována služba je pro uživatele ze stanovené oblasti působnosti v uvedenou dobu a na uvedeném místě dostupná.

Standard 13. Informovanost o službě

Zařízení zpřístupňuje veřejnosti informace o poslání, cílech, principech a cílové skupině uživatelů služeb a další informace, které usnadní orientaci pro zájemce o služby a jiné subjekty, čímž přispívá k dostupnosti služeb.

Kritérium 13.1

Zařízení má zpracován soubor informací o své službě, který je dostupný veřejnosti, a to ve formě odpovídající potřebám a možnostem cílové skupiny.

Kritérium 13.2

Veřejně přístupný soubor informací obsahuje zejména následující informace: právní formu, IČO, statutárního zástupce a zodpovědného pracovní, adresu, sídla poskytovatele a místo poskytování služby, telefonické spojení, poslání, cíle služby a principy jejich dosahování, kapacitu zařízení, cenu služby pro uživatele.

Kritérium 13.3

Zařízení vydává a zveřejňuje výroční zprávu o své činnosti.

Standard 14. Prostředí a podmínky pro poskytování služby

Prostředí a podmínky v zařízení odpovídají kapacitě, charakteru služeb a potřebám uživatelů. Zařízení dbá na to, aby byly plněny všechny platné, obecně závazné normy související s poskytováním sociálních služeb.

Kritérium 14.1

Prostředí a vybavení zařízení odpovídají kapacitě, charakteru poskytované služby a potřebám a zájmům uživatelů.

Kritérium 14.2

Prostory zařízení, kde je služba poskytována, jsou čisté, upravené, bez biologických či chemických zápachů.

Kritérium 14.3

Zařízení vytváří podmínky pro to, aby prostory pro poskytování služeb odpovídaly platným, obecně závazným normám.

Kritérium 14.4

V případě potřeby vydává a uplatňuje vnitřní pravidla, s nimiž jsou seznámeni uživatelé i pracovníci zařízení.

Standard 15. Nouzové a havarijní situace

Zařízení, pracovníci i uživatelé jsou připraveni na řešení havarijních a nouzových situací.

Kritérium 15.1

Zařízení definuje možné havarijní a nouzové situace a způsoby jejich řešení.

Kritérium 15.2

Uživatelé i pracovníci jsou seznámeni s postupem při havarijních a nouzových situacích.

Kritérium 15.3

O průběhu a řešení nouzových a havarijních situací je vedena dokumentace.

Standard 16. Zajištění kvality služby

Vedení zařízení dbá o to, aby se kvalita poskytovaných služeb zvyšovala. Do hodnocení kvality služeb zapojuje uživatele služeb i pracovníků

Kritérium 16.1

Zařízení kontroluje o hodnotí, zda je poskytování služeb v souladu s veřejným závazkem a zda naplňuje osobní cíle jednotlivých uživatelů. Z případných neshod vyvozuje potřebná opatření.

Kritérium 16.2

Zařízení má vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti uživatelů se službami, prostředím, kde jsou služby poskytovány, atd. a zjištěné skutečnosti využívá při přípravě plánů na zlepšení služby.

Kritérium 16.3

Zařízení zapojuje do hodnocení služby pracovníky na všech úrovních a zástupce dalších zájmových skupin.

Kritérium 16.4

Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování služeb jsou brány jako možný podnět pro rozvoj a zlepšování služby.

Kritérium 16.5

Zařízení vytváří podmínky pro šetrný přístup k životnímu prostředí zacházení s globálními zdroji a plnění platných, obecně závazných norem v této oblasti.

Standard 17. Ekonomika

Zařízení má plán zajištění zdrojů pro financování poskytovaných služeb, vytváří podmínky pro to, aby hospodaření odpovídalo platným, obecně závazným normám a bylo transparentní.

Kritérium 17.1

Zařízení má rozpočet na příslušný kalendářní rok, obsahující zejména plánované výdaje a příjmy na zajištění služeb.

Kritérium 17.2

Zařízení zpracovává a zveřejňuje výroční zprávu o hospodaření.

Kritérium 17.3

Zařízení má stanovena a uplatňována vnitřní pravidla pro přijímání darů.

Kritérium 17.4

Zařízení má zavedený systém, který umožňuje, který umožňuje, aby byly plněny platné obecně závazné normy i případná další vnitřní pravidla.⁴⁸

⁴⁸ Dle: JOHNOVÁ, M. ČERMÁKOVÁ, K. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Praha: 2002

Příloha V

Seznam organizací poskytujících odlehčovací služby

1. Arcidiecézní charita Praha

Středisko pečovatelské služby

Formy poskytování služeb: terénní

Cílová skupina: Senioři

Klienti – Dospělí

Senioři mladší a starší

2. Centrum sociální a ošetřovatelské pomoci

Centrum sociální a ošetřovatelské pomoci – Parnská

Formy poskytování služeb: pobytové

Cílová skupina: Senioři

Klienti – Senioři mladší a starší

3. Centrum sociální a ošetřovatelské pomoci Praha 5

Dům sociálních služeb na Neklaně 15

Formy poskytování služeb: pobytové

Cílová skupina: Senioři

Klienti – Senioři mladší a starší

4. Centrum sociálních služeb Běchovice

Centrum sociálních služeb Běchovice – centrum krátkodobé péče

Formy poskytování služeb: pobytové

Cílová skupina: Osoby s postižením

Senioři

Klienti – Dospělí

Senioři

5. Centrum sociálních služeb Nebušice

Centrum sociálních služeb Nebušice

Formy poskytování služeb: pobytové

Cílová skupina: Osoby s postižením

Senioři

Klienti – Dospělí

Senioři mladší a starší

6. Centrum sociálních služeb Praha – Jižní Město

Sociálně ošetřovatelské zařízení

Formy poskytování služeb: pobytové

Cílová skupina: Osoby s postižením

Senioři

Klienti – Dospělí

Senioři mladší a starší

7. Centrum sociálních služeb Praha 2

Pečovatelsko-ošetřovatelská lůžka

Formy poskytování služeb: pobytové (chystá se terénní – během roku 08)

Cílová skupina: Senioři

Klienti – Dospělí
Senioři mladší a starší

8. Cesta domů, hospicové občanské sdružení

Cesta domů, hospicové o.s.
Formy poskytování služeb: terénní
Cílová skupina: Osoby v krizi
Klienti – Bez omezení věku

9. Česká alzheimerská společnost

Česká alzheimerská společnost
Formy poskytování služeb: terénní
Cílová skupina: Osoby s duševním onemocněním
Senioři
Klienti – Dospělí
Senioři

10. Domov pro seniory Elišky Purkyňové

Domov pro seniory Elišky Purkyňové
Formy poskytování služeb: pobytové
Cílová skupina: Senioři
Klienti – Senioři mladší a starší

11. Obvodní ústav sociálně – zdravotnických služeb

Dům sociálních služeb
Formy poskytování služeb: pobytové
Cílová skupina: Oběti domácího násilí
Osoby s postižením
Senioři
Klienti – Dospělí
Senioři mladší a starší

12. Domov sv. Karla Boromejského

Domov sv. Karla Baoromejského
Formy poskytování služeb: pobytové
Cílová skupina: Osoby s postižením
Senioři
Klienti – Senioři mladší a starší

13. Pečovatelské centrum Praha 7

Sociálně odlehčovací centrum
Formy poskytování služeb: pobytové
Cílová skupina: senioři
Klienti – Senioři mladší a starší

14. Ošetřovatelský domov Praha 3

Ošetřovatelský domov Praha 3
Formy poskytování služeb: pobytové
Cílová skupina: Senioři
Klienti – Senioři starší

15. Sociální služby Městské části Praha 12

Sociálně ošetrovatelské centrum

Formy poskytování služeb: pobytové, ambulantní

Cílová skupina: Senioři

Klienti – Senioři mladší a starší

16. Ústav sociálních služeb v Praze 4

Domovy pro seniory – Ošetrovatelské zařízení Jílovska

Formy poskytování služeb: pobytové

Cílová skupina: Osoby s postižením

Senioři

Klienti – Dospělí

Senioři mladší a starší

17. ŽIVOT 90, o.s.

ŽIVOT 90, o.s.

Formy poskytování služeb: pobytová

Cílová skupina: Osoby s postižením

Senioři

Klienti – Dospělí

Senioři