Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Analýza potřebnosti sociálních služeb pro osoby specifických cílových skupin v Karlovarském kraji

Autoři: Jan Šiška, Šárka Káňová

Srpen 2020

Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Vytvořeno v rámci projektu „Podpora procesu střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb v Karlovarském kraji II".

Autoři děkují respondentům – poskytovatelům sociálních služeb a zástupcům obcí za účast na dotazníkovém šetření a na ohniskové skupině. Autoři také děkují neformálním pečujícím za jejich ochotu podělit se o svoje zkušenosti a významně tak přispět k větší informovanosti odborné i laické veřejnosti o významu a úskalích neformální péče. Rovněž děkují prof. Julii Beadle-Brown, Dr. Kristýně Janyškové, Dorotě Šiškové a Ing. Stanislavě Správkové za její cenné připomínky.

Obsah

Výsledky a doporučení 6
Sociální služby 6
Shrnutí 6
Doporučení 7
Profesní rozvoj 8
Shrnutí 8
Doporučení 8
Neformální pečující 9
Shrnutí 9
Doporučení 9
Úvod 11
Metodologie 13
Etická hlediska 15
Kontext 16
Charakteristika Karlovarského kraje 16
Příčiny, důsledky a výskyt neurodegenerativních onemocnění 16
Neformální pečovatelé pečující o osoby s neurodegenerativním onemocněním 20
Sociální služby 21
Metodologická východiska 21
Výsledky 22
Depistáž – vyhledávání obyvatel s potřebou poskytování sociálních služeb obcemi 22
Plánování v sociálních službách 24
Vnímaná okamžitá dostupnost vhodné péče a podpory 26
Vnímaná potřebnost vhodných sociálních služeb z pohledu dotčených obcí 31
Vnímaná potřebnost vhodných sociálních služeb z pohledu poskytovatelů 35
Přehledové karty ORP 43
Koordinace sociálních služeb a zdravotnictví 62
Profesní rozvoj 64
Uvedení do problematiky 64
Metodologická východiska 64
Výsledky 66
Povědomí odborné veřejnosti 66
Vnímaná úroveň orientace odborných pracovníků v tematických oblastech 68
Vnímaná okamžitá potřebnost vzdělávání z hlediska témat 68

Předpokládaná minimální kapacita aktivit dalšího vzdělávání 70
Neformální pečující 73
Uvedení do problematiky 73
Metodologická východiska 74
Interpretace výsledků aneb Co tíží neformální pečující 78
Interpretace výsledků aneb Co by pomohlo 88
Příloha: Přehled relevantních kurzů dalšího vzdělávání 97

Seznam tabulek, grafů a schémat

Tabulka 1 Výzkumný design 14
Tabulka 2 Spolupráce ORP s dalšími subjekty 24
Tabulka 3 Komunitní plánování 24
Tabulka 4 Vnímaná okamžitá dostupnost vhodných služeb a podpory podle referenčních skupin a obcí 26
Tabulka 5 Vnímaná okamžitá dostupnost sociálních služeb – osoby s demencí 28
Tabulka 6 Vnímaná okamžitá dostupnost sociálních služeb – osoby se získaným tělesným postižením 29
Tabulka 7 Nabídka versus poptávka po vhodných sociálních službách podle poskytovatelů 30
Tabulka 8 Vnímaná potřebnost navýšení kapacity vhodných sociálních služeb kumulativně 34
Tabulka 9 Sociální služby k dispozici pro osoby s demencí a pro osoby se získaným tělesným postižením 37
Tabulka 10 Sociální služby k dispozici pro osoby s demencí v členění podle druhů a podle ORP 41
Tabulka 11 Sociální služby k dispozici pro osoby se získaným tělesným postižením v členění podle druhů a podle ORP 42
Tabulka 12 Koordinace sociálních služeb a zdravotnictví 62
Tabulka 13 Další vzdělávání – respondenti 65
Tabulka 14 Povědomí odborné veřejnosti 66
Tabulka 15 Orientace pracovníků v tematických oblastech 68
Tabulka 16 Témata dalšího vzdělávání, doporučená minimální kapacita 71
Tabulka 17 Konceptualizace výzkumného problému a cílů 75
Tabulka 18 Vedení polostrukturovaných rozhovorů 77

Graf 1 Depistáž – vyhledávání obyvatel s potřebou poskytování sociálních služeb obcemi 23
Graf 2 Potřebnost vzdělávání z hlediska témat 69

Schéma 1 Územně správní členění Karlovarského kraje 16
Schéma 2 Předpokládané problémové okruhy 77
Schéma 3 Přehled problémových okruhů a identifikované příčiny 79
Schéma 4 Informovanost 80
Schéma 5 Dostupnost vhodných sociálních služeb 82
Schéma 6 Koordinace sociálních služeb a zdravotnictví 84
Schéma 7 Sociální izolace 85
Schéma 8 Strach z budoucnosti 86

Výsledky a doporučení

Sociální služby

Shrnutí

- S ohledem na očekávanou proměnu struktury seniorské populace bude docházet v následujících dekádách ke zvyšování podílu starších seniorů (80+) a seniorů se specifickými potřebami v důsledku neurodegenerativních onemocnění. Předpokládaný nárůst počtu osob s demencí činí 55 % do roku 2025. Jejich situace bude vyžadovat odpovídající personální a odborné kapacity zejména sociálních služeb komunitního charakteru.

- Pracovníci obecních úřadů a krajského úřadu Karlovarského kraje – odborů sociálních věcí zřídka disponují potřebnými informacemi o relevantních sociálních službách vhodných pro specifické kategorie uživatelů, což znesnadňuje či až znemožňuje vyhodnocovat aktuální situaci, predikovat další vývoj ve smyslu potřebnosti vhodných sociálních služeb, připravovat a realizovat opatření, která by na zjištěnou situaci adekvátně reagovala. Výkon depistáže osob s potřebou poskytování sociální služby je spíše nahodilý a neadresný.

- Sociální péče a zdravotnictví nejsou potřebným způsobem provázané a prostupné. Praktičtí lékaři mnohdy nemají odpovídající informace o vhodných sociálních službách a zejména o službách komunitního charakteru. Zájemci o sociální službu pak mohou být lékaři odkazováni výlučně na pobytové sociální služby, ačkoliv by někdy jejich potřebám spíše odpovídaly služby terénní.

- Celková kapacita služeb domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem neodpovídá aktuálním potřebám z hlediska zkoumaných referenčních skupin (lidé s demencí a lidé se získaným tělesným postižením), a to ve všech správních územích obcí s rozšířenou působností Karlovarského kraje.

- Rozložení terénních sociálních služeb není rovnoměrné. Relativně dostupná je pečovatelská služba. Pracovní doba, kdy služba je k dispozici, však ne vždy odpovídá potřebám uživatelů. Sociální služba podpora samostatného bydlení a osobní asistence není pro osoby s neurodegenerativním onemocněním, až na výjimky, dostupná.

- Domovy pro osoby se zdravotním postižením nejsou k dispozici osobám se získaným tělesným postižením. Cílovou skupinou sociální služby chráněného bydlení jsou uváděny osoby s mentálním postižením. Navíc příslušné objekty této služby nejsou přístupné imobilním osobám.

- Tísňová péče, jejíž poslání spočívá v poskytování okamžité podpory a která uživateli pomáhá řešit mimořádné a náročné životní situace, a přitom setrvat ve vlastním domově, není téměř k dispozici. Podobně neuspokojivá je aktuální situace u odlehčovací služby (jak v podobě terénní, tak i pobytové služby).

Doporučení

- Průběžně posilovat odbornou informovanost zaměstnanců obecních úřadů a krajského úřadu o problematice specifických potřeb v oblasti sociálních služeb u osob s neurodegenerativním onemocněním. Depistáž chápat jako nerutinní metodu sociální práce, jejíž jednou z charakteristik je otevřenost vůči novým postupům.

- Zvyšovat povědomí praktických lékařů a zdravotnických pracovníků o vhodných sociálních službách, které jsou k dispozici pro řešení nepříznivé sociální situace osob s demencí a osob se získaným tělesným postižením. Zvážit ustanovení koordinátora/rů sociálních služeb, zdravotnictví a neformálních pečujících na úrovni kraje případně sdružení územně správních celků (svazky obcí), podporovat svépomocné skupiny neformálních pečujících.

- Vzhledem k nerovnoměrnému rozložení kapacit pobytových sociálních služeb pro seniory a osoby s demencí připravit postupy pro optimalizaci pobytových sociálních služeb (domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem) na území Karlovarského kraje se záměrem přesunout stávající kapacity z obcí s rozšířenou působností (dále též ORP) Cheb a ORP Sokolov do ORP Karlovy Vary, eventuálně do ORP Kraslice. V ORP Karlovy zvážit řešení nedostupnosti služby domov se zvláštním režimem vznikem nového zařízení.

- Vytvořit podmínky pro zajištění dostatečné kapacity terénních sociálních služeb, zejména terénní pečovatelské služby, osobní asistence, tísňové péče a podpory samostatného bydlení. Pečovatelskou službu a další vhodné terénní služby organizovat tak, aby pružně reagovaly na potřeby uživatelů a na jejich nepříznivou sociální situaci.

- Zavádět do terénních sociálních služeb (např. tísňová péče, pečovatelská služba) inovativní prvky informačních a komunikačních technologií, a tím zvyšovat uživatelům pocit reálného bezpečí při každodenním životě doma i mimo domov. [1]

- Uplatňovat zkušenosti z transformace pobytových sociálních služeb, tj. domovů pro osoby se zdravotním postižením (osoby zejména s mentálním postižením), rozšiřovat a aplikovat tento postup na cílovou skupinu osob s neurodegenerativním onemocněním, a to zejména osob se získaným zdravotním postižením do správního území, jakým je zejména ORP Karlovy Vary, a ORP Ostrov. Sociální službu chráněné bydlení koncipovat tak, aby byla z hlediska architektonického řešení přístupná uživatelům se sníženou schopností mobility.

[1] Hojně se používá také pojem *asistivní technologie*

Profesní rozvoj

Shrnutí

- Otázka nízkého povědomí odborné veřejnosti o problematice demence, získaná tělesná postižení a neformální pečující je vnímaná jako velmi naléhavá. Z hlediska formy a obsahu vzdělávacích aktivit jsou preferovány takové vzdělávací aktivity, které dávají prostor aktivnímu sdílení příkladů dobré praxe v práci s lidmi s neurodegenerativním onemocněním a s jejich neformálními pečujícími.

- Poskytovatelé sociálních služeb zpravidla zajišťují další vzdělávání pro své pracovníky ve shodě s jejich aktuálními potřebami stejně jako podle individuálních potřeb pracovníků.

Doporučení

- Realizovat takové aktivity dalšího vzdělávání, které umožňují aktivní sdílení dobré praxe mezi relevantními zaměstnanci a představiteli územních samospráv, poskytovateli sociálních služeb a organizacemi hájícími zájmy specifických cílových skupin, kterými jsou například organizace osob se zdravotním postižením, spolky neformálních pečovatelů apod.

- Pro pracovníky obecních úřadů a krajského úřadu využívat příležitosti k odbornému rozvoji, které se vztahují k problematice podpory neformálních pečujících. Zaměřit se na problematiku plánování budoucnosti, např. ve smyslu přípravy na řešení situací týkajících se vztahů v rodině, bydlení, denních aktivit, majetku a financí, fyzické a duševní zdraví, spolupráce s veřejnou správou, sociálními službami apod.

- Minimální – indikativní počet účastníků dalšího vzdělávání lze stanovit na 270 osob. Do dalšího vzdělávání zapojit vedle odborných pracovníků obecních úřadů a poskytovatelů sociálních služeb také zájemce z řad neformálních pečujících a dobrovolníků. Vzdělávací aktivity organizovat tak, aby umožňovaly aktivní sdílení praktických zkušeností účastníků a obsahovaly témata týkající se komunikace, individuálního plánování, hodnocení a řešení rizikových situací stejně jako právních aspektů (např. demence a majetkové a finanční záležitosti, vstupování do právních vztahů, dědictví aj.).

- Pokračovat v úsilí zvyšovat povědomí praktických lékařů a zdravotnického personálu o existenci a poslání vhodných sociálních služeb sociálních služeb zejména komunitního charakteru pro specifické skupiny uživatelů, jakými jsou lidé s demencí a lidé se získaným tělesným postižením.

Neformální pečující

Shrnutí

- Neformální pečující [2] se potýkají s nedostatečnou kapacitou či až s absencí těch druhů sociálních služeb, které by jim umožnily potřebný odpočinek a čas na vyřízení svých osobních záležitostí (např. odlehčovací služba, denní stacionáře, centra denních služeb). Služby, které mají k dispozici (zejména pečovatelská služba), nejsou často organizovány tak, aby odpovídaly jejich aktuálním potřebám.

- Palčivým problémem je pro neformální pečující otázka budoucnosti a krizových situací (příkladem je pandemie COVID 19). Jejich obavy z neřešitelnosti potenciálních náročných až krizových situací umocňuje vědomí o nedostupnosti přiměřených druhů sociálních služeb. Pobytové sociální služby vnímají jako spíše neosobní a postrádající individuální přístup personálu.

- Neformální pečující často prožívají pocity psychického a fyzického vyčerpání. Důvody spatřují v nedostatku informací „jak pečovat“ a ve svojí neorientovanosti ve službách, které pro ně jsou nebo mohou být dispozici. Neformální pečující jsou nezřídka konfrontováni s důsledky nízké koordinovanosti sociálních služeb, zdravotnictví a činnostmi, které vykonávají odpovídající obce. Roli obcí v jejich podpoře hodnotí nicméně spíše pozitivně. Zdůrazňují empatický přístup a angažovanost pracovníků obcí, se kterými komunikují. Tato podpora je však jeví jako nesystémová, postrádající koncepci a pravidelné příležitosti pro vzájemný kontakt například formou návštěv v rodinách.

Doporučení

- Připravit a realizovat opatření pro navýšení potřebných kapacit terénních a ambulantních služeb (odlehčovací služba, osobní asistence, denní stacionáře, centra denních služeb) a pobytových (týdenní stacionář, domov pro osoby se zdravotním postižením, domov se zvláštním režimem) sociálních služeb a pro jejich rovnoměrné rozložení v kraji s orientací na služby komunitního charakteru. Pobytové služby komunitního charakteru jsou takové, kdy uživatel žije ve svém přirozeném prostředí, navazuje a udržuje běžné společenské vztahy a zastává běžné společenské role, služba podporuje udržování a rozvoj schopností, dovedností a odpovědnosti uživatele vedoucí k jeho samostatnosti uživatele využívá běžné zdroje v komunitě, není závislý na dané sociální službě ani na jiných sociálních službách, ale je mu umožněno jejich využívání.

[2] Neformálním pečovatelem se rozumí osoba, která na sebe přejímá primární odpovědnost za každodenní péči o nesoběstačného člověka. Tato osoba poskytuje bezplatně znevýhodněné osobě emoční, tělesnou, sociální a duchovní podporu zpravidla v domácnosti.

V jedné skupinové domácnosti žije nejvýše 6 uživatelů. V individuální domácnosti žijí 1 či 2 uživatelé. [3]

- Průběžně posilovat kompetence sociálních pracovníků a dalších odborných pracovníků ORP pro zajišťování cílené poradenské činnosti neformálním pečujícím, včetně individuálního mapování jejich potřeb (senioři +75).

- Při přípravě a realizaci aktivit podporujících provázanost a kooperaci sociálních služeb a zdravotní péče zjišťovat a respektovat zkušenosti a názory neformálních pečujících.

- Identifikovat a přijmout opatření potřebná pro vytvoření platformy pro systematickou práci s neformálními pečujícími ve smyslu vzájemného sdílení informací, vzdělávání a vzájemné podpory.

[3] Více *Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb.* MPSV ČR 2015.

Úvod

Předkládaný dokument je výstupem z analýzy provedené na základě veřejné zakázky s názvem *„Zpracování analýzy potřebnosti sociálních služeb pro osoby specifických cílových skupin v Karlovarském kraji“.*

Veřejná zakázka má tři hlavní cíle. Za prvé zhodnotit situaci v oblasti sociálních služeb na území Karlovarského kraje z hlediska vhodných druhů služeb pro osoby závislé na péči jiné fyzické osoby v důsledku neurodegenerativních onemocnění, a to v členění podle správních oblastí obcí s rozšířenou působností.

Efektivní péče a podpora osob s neurodegenerativním onemocněním předpokládá multidisciplinární přístup zejména ve smyslu prostupnosti a koordinace zdravotní péče, sociálních služeb a veřejné správy. Dílčím cílem této analýzy je proto porozumět tomu, jak je multidisciplinární přístup uplatňován v praxi.

Pro účely této studie považujeme za aktéry sociálních služeb organizace poskytující sociální služby, příslušná pracoviště veřejné správy (odbory sociálních služeb, resp. sociální odbory, které poskytují sociální poradenství především seniorům, osobám se zdravotním postižením a osobám v hmotné nouzi – pomáhají občanům řešit nepříznivou sociální situaci způsobenou oslabením nebo ztrátou schopností z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu apod.) a neformální pečující.

Druhým cílem této analýzy je vyhodnotit vzdělávací potřeby aktérů sociálních služeb v předmětné problematice. Analýza umožnila také porozumět tomu, jak jednotliví aktéři vnímají problematiku demence a jaká témata považují z hlediska svého profesního rozvoje za aktuální a potřebná. Vzdělávací potřeby byly posuzovány z hlediska obsahu vzdělávání a z hlediska předpokládaného minimálního počtu účastníků připravovaných vzdělávacích aktivit.

Třetí cíl spočíval v porozumění tomu, jak neformální pečující vnímají svoji situaci. Problematice neformální péče je v posledních letech věnováno více pozornosti ze strany státní správy, odborných profesních organizací a také organizací, které hájí zájmy osob se zdravotním postižením a seniorů. Předložená analýza přináší nová zjištění o neformálních pečujících v Karlovarském kraji v kontextu péče o osoby s neurodegenerativním onemocněním a formuluje doporučení pro zkvalitnění podpory rodinám a dalším pečujícím.

Dokument je pro přehlednost rozdělena do tematických částí podle zkoumaných oblastí: ***sociální služby, profesní rozvoj a neformální pečující.***

Při prezentaci výsledků je třeba již v úvodu učinit několik metodologických poznámek. Za prvé výzkumný projekt byl realizován v období březen–srpen 2020, přičemž sběr dat v terénu byl plánován na období březen–červen 2020. V měsících březen–duben 2020 gradovala pandemie COVID-19 a s ní spojená karanténní opatření. Tato skutečnost výrazně ovlivnila původně zvažovaný výzkumný design, a to především z hlediska restrikcí při sběru dat v terénu. Řešitelský tým proto v průběhu realizace výzkumného projektu výzkumný design modifikoval a volil takové metodologické postupy, které byly v daném čase proveditelné (dotazníkové šetření, telefonické dotazování apod.). Lze se rovněž oprávněně domnívat, že

důsledky pandemie na provoz organizací, neumožnila některým aktérům participovat na dotazníkovém šetření, což mohlo ovlivnit návratnost dotazníků. Na druhou stranu zpráva přináší nad rámec zadání nové a ojedinělé informace o některých dopadech pandemie.

Za druhé hodnotit a komparovat aktuální situaci vybraných kategorií uživatelů sociálních služeb je možné podle kritérií, jakými jsou například přiznaný stupeň závislosti na pomoci jiné fyzické osoby a od ní odvozený příspěvek na péči, druh sociální služby, okamžitá kapacita služby, demografická data příslušného regionu či správní oblasti jako trend v populaci určitých věkových skupin apod. Hodnocení situace v sociálních službách, kdy zkoumaný soubor je ohraničený lékařskými diagnózami, má však podstatná úskalí. Především je to skutečnost, že poskytovatelé sociálních služeb, sociální pracovníci, odborní pracovníci odborů sociálních věcí v souladu s platnou právní úpravou, neshromažďují o uživatelích informace zdravotnické povahy. Poněvadž je tato výzkumná analýza zaměřena na kategorii osob s neurodegenerativním onemocněním a na neformální pečující, dostupná data jako je počet osob s přiznaným tím, kterým příspěvkem na péči, nemají pro účely této analýzy žádoucí hodnotu. Výzkumný tým proto vycházel při tvorbě výzkumného designu z předpokladu o dostatečné orientovanosti referujících aktérů (poskytovatelé sociálních služeb, odborní pracovníci veřejné správy a zejména sociální pracovníci) v řešené problematice. Tento předpoklad se převážně potvrdil. Nicméně v některých a spíše ojedinělých případech respondenti poukazovali na nedostatek potřebných informací, které by jim umožnily kvalifikovaně odpovědět na v dotaznících položené otázky. Pro ilustraci doplňujeme jeden poněkud pregnantnější komentář jednoho referujícího pracovníka ORP: *„Nemáme informace, nemůžeme odpovědět“.*

I přes uvedená úskalí a problematičnosti kvantifikovat aktuální situaci z hlediska okamžité kapacity vhodných druhů sociálních služeb, lze výsledky hodnotit jako spolehlivé, ale zároveň jako spíše orientační než reprezentativní.

Metodologie

Jak již bylo uvedeno v úvodu, zadavatel vymezil výzkumný problém této výzkumné analýzy zdravotní diagnózou – osoby se specifickými potřebami v důsledku neurodegenerativních onemocnění. Nicméně data, která by umožňovala kvalifikovaně posoudit aktuální situaci skupiny uživatelů se specifickou diagnózou v sociálních službách, však nejsou k dispozici, a to i přesto, že poskytovatelé pravidelně vykazují velké množství dat. Veřejně dostupná jsou pouze data ilustrující počty uživatelů u jednotlivých druhů sociálních služeb členěné podle přiznaného stupně příspěvku na péči. Výzkumný tým proto volil takovou výzkumnou strategii, která těží z informací hlavních aktérů sociálních služeb, kterými jsou relevantní zástupci vybraných obcí, poskytovatelé sociálních služeb a neformální pečující. Výběrový soubor tvořily obce s rozšířenou působností (obecní úřad obce s rozšířenou působností, obec III. typu) Aš, Cheb, Karlovy Vary, Kraslice, Mariánské Lázně, Ostrov, Sokolov (dále též ORP). U vybraných témat výzkumné analýzy participovaly dále obce Horní Slavkov, Nejdek, Loket, Chodov, Kynšperk nad Ohří, Žlutice, Toužim (pověřené obecní úřady, obec II. typu), poskytovatelé sociálních služeb a neformální pečující.

Z hlediska použitých výzkumných metod byl zvolen smíšený výzkumný design obsahující kvantitativní (dotazníky vlastní konstrukce) a kvalitativní výzkumné nástroje (ohnisková skupina, polo strukturované rozhovory). Smíšený výzkumný design a struktura výzkumného souboru umožnily hlubší ponor do řešené problematiky. Tabulka 1 podává přehled o výzkumném designu v členění podle zkoumaných oblastí. Dotazníky byly ve spolupráci s vybranými poskytovateli a dalšími experty pilotně ověřeny z hlediska obsahu a srozumitelnosti a posléze upraveny.

Tabulka 1 Výzkumný design

Zkoumaná oblast									
I Sociální služby				**II Vzdělávací potřeby aktérů**		**III Neformální pečující**			
METODA	Dotazník I – Obce	Dotazník II – Poskytovatelé	Ohnisková skupina – KÚ Karlovarského kraje 29.6.2020	Ohnisková skupina	Dotazník III – Vzdělávání	Dotazník I – Obce	Dotazník II – Poskytovatelé	Polo-strukturované telefonické rozhovory	Ohnisková skupina Ohnisková skupina – KÚ Karlovarského kraje 29.6.2020 29.6.2020
VÝZKUMNÝ SOUBOR	Zástupci veřejné správy – kraj, obce II. a III. typu (n=14)	Poskytovatelé sociálních služeb (n=60)	Zástupci veřejné správy – kraj, obce II. a III. typu (n=13)	Zástupci veřejné správy – kraj, obce II. a III. typu (n=13)	Zástupci veřejné správy – kraj, obce II. a III. typu Poskytovatelé sociálních služeb	Zástupci veřejné správy – kraj, obce II. a III. typu (n=14)	Poskytovatelé sociálních služeb (n=60)	Neformální pečující (n=6)	Zástupci veřejné správy – kraj, obce II. a III. typu (n=13)
Obsahová analýza dotazníků – SPSS Software. Axiální kódování rozhovorů – Atlas.ti Software.									

Etická hlediska

Respondenti byli seznámeni s účelem výzkumné analýzy. Rozhovory s neformálními pečujícími byly vedeny podle principu informovaného souhlasu a důvěrnosti získaných dat. Získaná data jsou uchována zabezpečeným způsobem a prezentována bez identifikace informantů.

Kontext

Charakteristika Karlovarského kraje

Karlovarský kraj patří svojí rozlohou mezi nejmenší kraje. Plocha kraje činí 4,2 % rozlohy České republiky. Kraj zaujímá po Praze a Libereckém kraji třetí místo. Karlovarský kraj je druhý nejmenší z regionů ČR a žije v něm nejméně obyvatel. Podíl obyvatel, žijících ve městech, je nejvyšší mezi kraji ČR (82,3 %) s výjimkou Hlavního města Prahy. Počet obyvatel se nadále snižuje, a to jak díky migračnímu úbytku, tak i díky přirozenému úbytku. Průměrný věk obyvatel kraje se stále zvyšuje, stejně jako ve všech ostatních regionech ČR. Věková struktura populace v Karlovarském kraji má tedy regresivní povahu. Počet lidí v poproduktivním věku převažuje nad populací ve věku předproduktivním, což zvyšuje poptávku po sociálních službách. Mezi nejpočetnější skupiny uživatelů sociálních služeb patří senioři a lidé se zdravotním postižením. Pokračuje trend stárnutí populace. *„Z celkového počtu 294 896 obyvatel činil na konci roku 2018 podíl seniorů starších 65 let 20 %. Za posledních deset let se počet seniorek 65letých a starších zvýšil o více než 30 % a počet stejně starých mužů vzrostl dokonce o více než 44 %.“* Z hlediska počtu seniorů ve věku 65 a více let bylo ČSÚ předpokládáno, že v roce 2018 bude mít Karlovarský kraj 57 747 těchto osob, přičemž reálně v tomto roce dosáhl počet seniorů 58 879. Celkem tedy měl Karlovarský kraj ještě o cca 1 150 seniorů (65+) více, než se předpokládalo. [4]



Schéma 1 Územně správní členění Karlovarského kraje

Hrubý domácí produkt vykázal v roce 2015 již druhý rok po sobě meziroční nárůst, a to o 2,8 %. Podíl kraje na HDP České republiky je nejnižší ze všech regionů a vykazuje dlouhodobě klesající trend.[5]

Příčiny, důsledky a výskyt neurodegenerativních onemocnění

Neurodegenerativní onemocnění sdílí společný patofyziologický podklad. Příčinou neurodegenerace, tj. zániku neuronů, je apoptóza. Řada neurodegenerativních onemocnění se kromě vegetativních příznaků, příznaků v pohybových funkcích a vnímání manifestuje také demencí. Demence je syndrom způsobený chorobou mozku obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších symbolických funkcí, k nimž patří

[4] https://www.czso.cz/csu/xk/zeny-a-muzi-v-karlovarskem-kraji

[5] Český statistický úřad. (2017). *Základní tendence demografického, sociálního a ekonomického vývoje Karlovarského kraje – 2016. Regionální statistiky.*

paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace.

Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choroba. Druhou nejčastější příčinou jsou poruchy cévního zásobení mozku (například multifaktorová demence). Mezi další příčiny patří demence při Parkinsonově chorobě a demenci s Lewyho tělísky (spojené s parkinsonskými příznaky a poruchami hybnosti) a demenci frontotemporálního typu (například Pickova nemoc), která se projevuje zejména poruchami chování. Primární příčina není známá. Proto není dostupná tzv. kauzální léčba, lék, který by onemocnění zastavil či až vyléčil. K dispozici jsou však jak určitá preventivní doporučení, tak léky, které zmírňují některé příznaky.

Demence má závažný dopad na zdraví a kvalitu života. Zpravidla způsobuje řadu psychosociálních obtíží s důsledky nejen pro život samotných lidí s demencí, ale také pro jejich rodinné příslušníky.

Prognóza lidí s demencí se liší podle příčin demence a podle příznaků. Jak demence postupuje, objevují se poruchy v poznávacích funkcích, ztráty paměti a poruchy v oblasti duševního zdraví jako je deprese, případně znaky agresivního chování, které se mohou v čase dále zhoršovat.

Prvními příznaky, které může rodina a okolí pacienta pozorovat u demence způsobené Alzheimerovou nemocí, jsou poruchy paměti. Osoba trpící demencí má potíže zejména se zapamatováním nedávných událostí a může mít potíže s vykonáváním nejprve složitějších (zacházení s penězi, řízení automobilu, práce s počítačem), později i běžných, navyklých a pravidelných úkonů (jídlo, péče o sebe). Prakticky u všech lidí s demencí se vyskytují další psychické příznaky (nejistota, strach, deprese, úzkost) či poruchy chování (neobvyklé chování, neklid, přecházení, apatie, někdy i agresivita). Ty jsou však často reakcí na situaci, které člověk s demencí nerozumí. Demence není normální součástí stárnutí. Stáří nebo stárnutí nezpůsobuje kognitivní poruchu či demenci. Pojem „senilní či stařecká demence“ je proto chybný a zavádějící.[6]

Výzkum naznačuje, že mnoho lidí s demencí se setkává s nedostatkem pomoci od okolí a se sociální izolací. Uvádějí pocity strachu a úzkosti. Tři čtvrtiny z nich se domnívá, že společnost není připravena na to, jak se s touto chorobou vypořádat (Alzheimer's Society, 2012). Podle zjištění z jiného průzkumu provedeného u osob s demencí ve Velké Británii dochází k postupnému zlepšováni stavu těchto osob. Skoro dvě třetiny (61 %) respondentů odpovědělo, že se jim s tímto onemocněním žije dobře. Tento průzkum ale také zjistil, že kvalita života je u značného počtu lidí s demencí rozdílná. Reakce okolního prostředí, přítomnost deprese, sociální izolace a pocity osamělosti jsou faktory, které determinují kvalitu

[6] Česká alzheimerovská společnost. (2011). *Na pomoc pečujícím rodinám Příručka pro pečující rodinné příslušníky a další blízké lidí s demencí.*

života lidí s demencí.[7] Významnou úlohu sehrávají také neformální pečující, zejména rodinní příslušníci. S prodlužující se střední délkou života se však může demence rozvinout i u pečujících rodičů, což následně ovlivní jejich schopnosti poskytovat péči.

V České republice není doposud u neurodegenerativních onemocnění zavedený sběr epidemiologických dat. Podíl počtu jedinců trpících demencí k počtu všech jedinců v populaci podobně jako počet nově nemocných za časový úsek nejsou validně zmapovány. Z hlediska demence lze kvalifikovaně předpokládat, že jsou ženy zastoupeny výrazně více – dvě třetiny tohoto počtu, a to ve všech věkových kategoriích. Demencí trpí častěji starší osoby. Význam problematiky demence umocňují výpočty uveřejněné v roce 2016 Českou alzheimerovskou společností (ČSA). Na základě zahraničních prevalenčních studií Česká alzheimerovská společnost odhaduje počet lidí s demencí v České republice na 155,9 tisíc. Zdaleka ne všichni lidé s demencí mají demenci diagnostikovanou.

Riziko vzniku demence narůstá s věkem. Výrazný zlom nárůstu nastává v důchodovém věku, kdy se s každým přibývajícím rokem výskyt demence zvyšuje.[8] Zde prezentované demografické údaje se proto vztahují zejména k vyšším věkovým skupinám, které tvoří významnou část uživatelů sledovaných druhů sociálních služeb. Demencí je podle ČSA v ČR postižen každý třináctý člověk starší 65 let, každý pátý člověk starší 80 let a každý druhý člověk starší 90 let.[9]

Výzkum naznačuje, že lidé s mentálním postižením mají pětkrát větší pravděpodobnost, že se u nich vyvine demence ve srovnání s běžnou populací, a že zvláště ohroženi rozvojem demence jsou osoby s Downovým syndromem.[10]

Nejvyšší podíl lidí s demencí mají kraje s nejstarší věkovou strukturou – v relativním vyjádření žilo v roce 2015 nejvíce lidí s demencí v Královéhradeckém kraji (1,599 %), v Praze (1,582 %) a v kraji Zlínském (1,573 %). Naopak relativně nejméně lidí s Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence žije v kraji Ústeckém (1,291 %), Středočeském (1,345 %) a Karlovarském (1,366 %). Celorepublikový průměr činil 1,477 %. Nejméně lidí s demencí má (absolutně) Karlovarský kraj – 4 067 osob, který je současně krajem s nejnižším počtem obyvatel. Karlovarský kraj je zároveň místem, v němž mezi lety 2014 a 2015 přibylo nejméně lidí s demencí – pouze 111 osob. [11] Z hlediska mortality u Alzheimerovy nemoci a demence

[7] Dementia. *A Joint Strategic Needs Assessment (JSNA) Report for Hammersmith and Fulham Kensington and Chelsea Westminster. July 2015.*
[8] Mátl, Ondřej, Holmerová, Iva a Mátlová, Martina. *Zpráva o stavu demence 2016.* Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s.
[9] Ibid
[10] Improving Health and Lives. (2013). *Making Reasonable Adjustments to Dementia Services for People with Learning Disabilities*. Public Health England.
[11] Mátl, Ondřej, Holmerová, Iva a Mátlová, Martina. *Zpráva o stavu demence 2016.* Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s.

je Karlovarský kraj na čtvrtém místě za Hl. městem Prahou, Jihomoravským krajem a Jihočeským krajem.[12]

Z hlediska počtu starších seniorů ve věku 85 let a více bylo ČSÚ předpokládáno, že v roce 2018 bude mít Karlovarský kraj 4 754 starších seniorů ve věku 85 let a více, přičemž reálně v tomto roce dosáhl počtu 4 785, celkem tedy měl Karlovarský kraj pouze o 31 starších seniorů (85+) více, než se předpokládalo.[13]

Vezmeme-li tedy v úvahu pokračující stárnutí populace v Karlovarském kraji, lze předpokládat nárůst uživatelů sociálních služeb s demencí.

Tato zjištění je třeba zohlednit v situaci, kdy:

- roste tlak na zajištění podpory péče o seniory v nepříznivé sociální situaci
- lze očekávat, že v následujícím období bude postupně klesat intenzita nárůstu seniorské složky populace (narůstat bude však stále), ale bude docházet k vnitřní změně ve struktuře seniorské populace, a to směrem ke zvyšování podílu starších seniorů, jejichž situace v průměru bude vyžadovat více poskytované péče.

Získaná tělesná postižení

Jedním z výzkumných cílů této analýzy je porozumět situaci osob se získaným tělesným postižením z hlediska poskytování vhodných sociálních služeb. Zde je třeba zdůraznit, že se jedná o velmi heterogenní kategorii osob.

Podle Českého statistického úřadu žije v České republice celkem 830,5 tis. osob se zdravotním postižením v tělesné oblasti a v oblasti pohybu. Kategorie osob s tímto postižením je ve struktuře všech oblastí postižení zastoupena výrazně nejvíce (72,2 %).[14]

Společným znakem je omezení hybnosti případně omezení pohybu. Může se jednat o dysfunkci motorické koordinace, jež je v příčinné souvislosti s poškozením, vadou či funkční poruchou nosného a pohybového aparátu, centrální nebo periferní nervové soustavy, amputací či deformací části motorického systému. Tyto vady či dysfunkce jsou zpravidla patrné na první pohled, mají charakter trvalého snížení funkční výkonnosti i ztráty schopnosti v některé oblasti nebo ve více motorických oblastech. Společným rysem osob s tímto postižením je primární omezení obvyklých aktivit a v některých případech i částečná až úplná imobilita, což má zásadní vliv na kvalitu života, soběstačnost a přístup k životním příležitostem.

[12] Regionální zpravodajství NZIS Brno. Dostupné z https://reporting.uzis.cz/bm/index.php?pg=statisticke-vystupy--mortalita--mortalita-dle-pricin-umrti--mortalita-alzheimerova-nemoc-demence-a-senilita-g30-f00-f07&studie=0700&analyza=ii&nstv[pocty]=3

[13] Karlovarský kraj (2020). *Dlouhodobé směřování Karlovarského kraje v oblasti zajištění a rozvoje podpory seniorů a osob se zdravotním postižením část C.*

[14] Český statistický úřad (2018). Výběrové šetření osob se zdravotním postižením – 2018.

Neformální pečovatelé pečující o osoby s neurodegenerativním onemocněním

Mezinárodní výzkumy naznačují, že neformální péče je velmi náročná, přičemž pečující jsou spíše lidé staršího věku s vyšším zastoupením žen. O náročnosti péče o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením svědčí výsledky výzkumu Michalíka (2011).[15] Podle výsledků tohoto výzkumu plných 60,7 % respondentů ze skupiny pečujících uvedlo, že za posledního půl roku neměli ani jeden „zcela volný den“, tedy den, v němž by celý čas, pracovně 24 hodin, mohli trávit podle svých představ.

Neformální pečující rovněž trpí více zdravotními problémy než ti, co péči neposkytují. Pravděpodobnost výskytu poruch v oblasti duševního zdraví je u neformálních pečovatelů výrazně vyšší než u těch, kteří takovou péči neposkytují. Pečující o lidi s demencí mají závažnější zdravotní obtíže než jiní pečující. Vedle duševních poruch se navíc neformální pečovatelé potýkají s pocity sociální deprivace, izolace, menšími možnostmi placeného zaměstnání či vzdělávání, nemají čas sami na sebe a na svoje přátele (Pinquart & Sorensen, 2003).[16]

[15] Jan Michalík a kolektiv Olomouc (2011). *Kvalita života osob pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením* Univerzita Palackého v Olomouci Pedagogická fakulta Olomouc.
[16] Pinquart, M., & Sorensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging, 18*(2), 250-267.

Sociální služby

Metodologická východiska

Cíl první analytické části spočíval ve zjištění aktuální situace v Karlovarském kraji v oblasti sociálních služeb pro osoby s neurodegenerativním onemocněním. Jak uvádíme v úvodní kapitole, zakázka vymezuje zkoumanou specifickou skupinu osob podle medicínského hlediska, a to zdravotní diagnózou – neurodegenerativní onemocnění.

Zákonná úprava České republiky definuje poslání služeb, druhy sociálních služeb, a vymezuje podmínky, za kterých je služba poskytována a hlediska, podle kterých se hodnotí její kvalita. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a jeho prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb. rovněž upravuje postupy pro posuzování míry závislosti osoby na péči jiné fyzické osoby pro účely přiznání příspěvku na péči. Zákonodárce zde oprávněně vycházel z tzv. sociálního modelu zdravotního postižení. Kritériem pro přiznání odpovídajícího stupně příspěvku na péči je posouzená závislost osoby na péči, nikoliv výlučně jeho zdravotní diagnóza. Problém nastává, chceme-li zjišťovat situaci určité kategorie zájemců o službu nebo uživatelů sociálních služeb, která je vymezena zdravotní diagnózou, a nikoliv příspěvkem na péči. Publikované kvantitativní analýzy zaměřené na sociální služby v České republice totiž operují pouze s daty o příspěvcích na péči. Neexistují také statistiky, které by pravidelně mapovaly, kvantifikovaly a porovnávaly nabídku sociálních služeb pro osoby s neurodegenerativním onemocněním, resp. s demencí. Kromě sporadických dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky, Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí a ojedinělých zpráv několika ministerstev nejsou k dispozici téměř žádné relevantní zdroje, a to i přesto, že poskytovatelé služeb a veřejná správa je povinna shromažďovat a vykazovat rozsáhlé soubory dat. Neexistují relevantní ucelená data, na jejichž základě by bylo možné vyhodnotit, kdo, kde a za jakých podmínek o lidi s neurodegenerativním onemocněním, resp. s demencí pečuje. Péče je často poskytována v resortu zdravotnictví, část v resortu práce a sociálních věcí a významná část je zajišťována na neformální bázi v domácnostech. Oblast neformální péče přitom zůstává velkou neznámou. Veřejně dostupné informace, kterými disponuje například registr poskytovatelů sociálních služeb, neumožňují spolehlivě určit poskytovatele sociálních služeb, které jsou k dispozici osobám s neurodegenerativním onemocněním, a tím méně objem jimi poskytované péče.

Při koncipování výzkumného designu a s vědomím zmíněných metodologických úskalí zvolil řešitelský tým takové strategie sběru dat, které umožnily nahlédnout a vyhodnotit zkoumanou realitu. Data pro formulování výsledků jsme získávali od samotných přímých aktérů sociálních služeb. Výzkumný soubor tvořili poskytovatelé sociálních služeb zařazení do sítě sociálních služeb Karlovarského kraje, zástupci relevantních pracovišť obcí II. a III. typu: Aš, Cheb, Chodov, Horní Slavkov, Karlovy Vary, Kraslice, Kynšperk nad Ohří, Loket, Mariánské Lázně, Nejdek, Ostrov, Sokolov, Toužim. Výsledky jsou pak vztaženy na obce s rozšířenou působností: Aš, Cheb, Karlovy Vary, Kraslice, Mariánské Lázně, Ostrov, Sokolov, Toužim.

Vlastní sběr dat byl proveden prostřednictvím on-line dotazníkového šetření, a to ve dvou variantách – Varianta 1 - Obce a Varianta II – Poskytovatelé. Dotazníky obsahovaly otázky s více odpověďmi, při kterých respondent vybíral z jedné nebo více možností odpovědi ze zadaného seznamu a s možností vložit doplňující komentář. Výzvu k participaci obdrželo 14 obcí. Všechny obce souhlasily s účastí a návratnost dotazníků činila 100 %. U poskytovatelů sociálních služeb činila návratnost dotazníků 52 % (osloveno 115, odpovědělo 60.)

Při prezentaci výsledků této studie je třeba mít na paměti, že přesnost výsledků klesá se snižující se velikostí konečného vzorku. Všechny prezentované údaje jsou tedy statistické odhady zatížené určitou chybou. Za druhé někteří respondenti z řad poskytovatelů byli ve svých odpovědích na otázku ke kvalifikovanému odhadu počtu předmětné specifické skupiny spíše obezřetní. Jeden z respondentů komentuje: *„Kvalifikované odhady jsou špatné řešení, nesmíme znát zdravotní stav našich klientů, a zatímco tělesné postižení je viditelné (imobilní občan), tak další postižení - např. chybějící ledvina není zřetelné a pokud nás klient se svým zdravotním stavem neseznámí, neznáme jej. Klienti obecně nejsou ochotni o svém zdraví mluvit.“* Výsledky tedy nelze považovat za přesná, ale spíše indikativní čísla.

Expertní doporučení pro modifikaci potřebných kapacit vhodných sociálních služeb formulujeme obecně, a nikoliv v absolutních číslech. Důvodem je výrazná variabilita kategorie osob závislých na péči jiné fyzické osoby z důvodů neurodegenerativních onemocnění a také absence zdravotnických dat o uživatelích sociálních služeb. Výjimku tvoří tabulka 8, která prezentuje data k navýšení potřebné kapacity sociálních služeb z pohledu dotčených obcí.

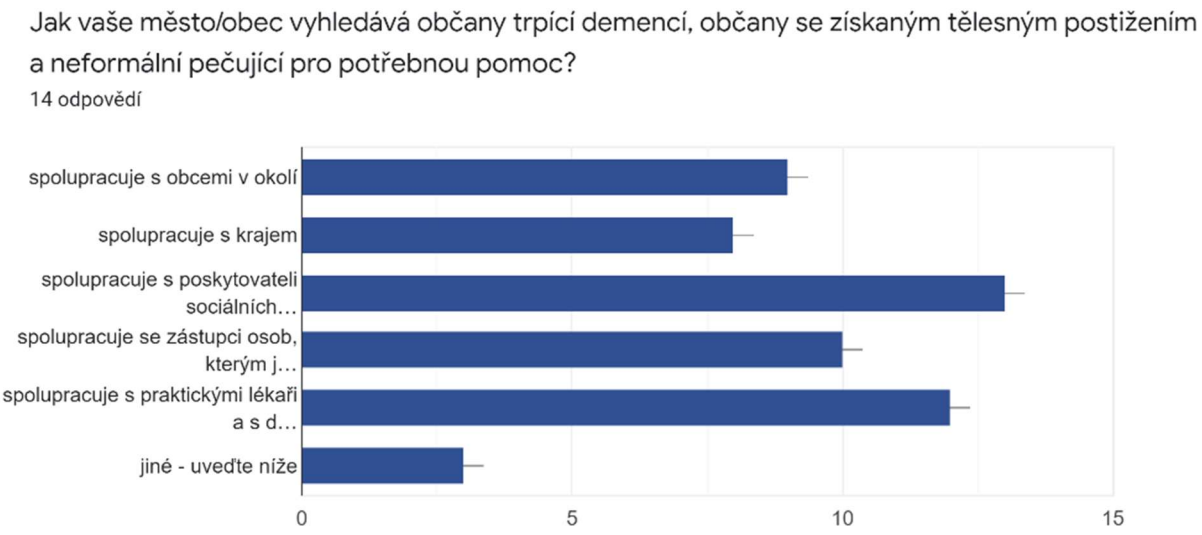
Výsledky

Depistáž – vyhledávání obyvatel s potřebou poskytování sociálních služeb obcemi

Předpokladem efektivního vyhodnocování dostupnosti a potřebnosti vhodných sociálních služeb je funkční depistáž. Obce mají v rámci svých působností zjišťovat individuální potřeby poskytování sociálních služeb svých obyvatel. U depistáže prováděné obcemi byly zjištěny některé problémové oblasti. Patří mezi ně nejednotné vymezení depistáže sociálními pracovníky obecních úřadů, nejasnosti ohledně cílů a představ, na koho se má depistáž zaměřovat, ale také tápání, kde jsou hranice depistáže, zejména kdy a čím depistáž končí. [17] My jsme zjišťovali, s kterými subjekty dotčené obce při mapování potřeb kooperují. Jak ukazuje graf 1, obce nejčastěji spolupracují s poskytovateli sociálních služeb, dále s lékaři a na třetím místě se zástupci osob, kterým jsou služby poskytovány.

[17] Hubíková, Olga, Havlíková, Jana (2020). *Depistáž v sociální práci na obecních úřadech.* VÚPSV, v. v. i. Praha výzkumné centrum. Brno

Graf 1 Depistáž – vyhledávání obyvatel s potřebou poskytování sociálních služeb obcemi



Tabulka 2 Spolupráce ORP s dalšími subjekty

Uplatňovaná strategie	%
Spolupráce s poskytovateli sociálních služeb	93
Spolupráce s praktickými lékaři a dalšími zdravotnickými pracovišti	85
Spolupráce se zástupci osob, kterým jsou služby poskytovány	71
Spolupráce s obcemi	64
Spolupráce s krajem	57

Zdroj: Dotazníkové šetření. Vlastní analýza.

Respondenti ORP v komentářích dodali: *„Dobrá spolupráce našeho odboru s nemocnicí – sociálními pracovnicemi“.* 9 obcí potvrdilo význam spolupráce s místní komunitou a rodinami jako významnou pro zjišťování potřeb občanů. *„Reagujeme na podněty občanů a rodinných příslušníků.“* Z ohniskové skupiny se zástupci ORP nicméně vyplynulo, že obce většinou nemají ucelenou strategii depistáže. Depistáž probíhá spíše nahodile a méně adresně.

Plánování v sociálních službách

Důležitým nástrojem pro zjišťování individuálních potřeb a následné zajištění potřebné dostupnosti péče na území obcí je komunitní plánování v sociálních službách.[18] Povinnost sestavovat střednědobé plány rozvoje sociálních služeb na tříleté období stanovuje pro kraje zákon. Povinností obcí je nicméně při tvorbě takového plánu kooperovat. Některé obce nebo svazky obcí vytvářejí své místní střednědobé plány rozvoje sociálních služeb, což jim dává možnost se bezprostředně podílet na vytváření předpokladů pro zajištění potřeb svých obyvatel.

Tabulka 3 Komunitní plánování

Odpověď	Demence ORP	Získaná tělesná postižení ORP	Neformální pečující ORP
Není obsaženo/nebude	x	x	Ostrov, Cheb
Není obsaženo – bude	Kraslice, Ostrov, Aš	Kraslice[19]	Kraslice, Aš
Ano, obsaženo v rámci chronických duševních nebo neurodeg. onemocnění	x	Karlovy Vary, Aš	x
Ano, pouze okrajově	Sokolov	Sokolov, Ostrov,	Sokolov, Ostrov

[18] Zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách zavedl pro kraje povinnost a pro obce možnost zpracovat střednědobé plány rozvoje sociálních služeb. Zákon také formuluje základní metodické východisko spolupráce v triádě zadavatelů, poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb. Triáda je principem řešení procesu komunitního plánování, jehož cílem je ovlivňovat a zlepšovat sociální politiku v území.
[19] komunitní plán není aktualizovaný.

Odpověď	Demence ORP	Získaná tělesná postižení ORP	Neformální pečující ORP
Ano, významné	Cheb, Karlovy Vary	Cheb	Karlovy Vary
Neví/není si jist	Mariánské Lázně	Mariánské Lázně	Mariánské Lázně

Zdroj: Dotazníkové šetření. Vlastní analýza

Podle výsledků dotazníkového šetření všechny sledované obce kromě jedné (Mariánské Lázně) mají své komunitní plány rozvoje sociálních služeb zpracované. Jeden z respondentů doplňuje, že komunitní plán sice existuje, ale není aktualizovaný (Kraslice). Zástupce Kynšperku nad Ohří poukazuje na absenci potřebných dat, která by sloužila k plánování sociálních služeb ve správním obvodu. *„Bohužel, město nemá zpracovanou žádnou analýzu potřebnosti sociálních služeb ani žádný obdobný dokument, a proto je obtížné poskytnout jakékoli odhady, natož relevantní data.“*

Co se týče tří referenčních skupin (osoby s demencí, osoby se získaným tělesným postižením a neformální pečující), ty jsou většinou v komunitních plánech (tam, kde existují) obsaženy spíše okrajově nebo implicitně. Problematika neformálních pečujících není podle respondentů zahrnuta do komunitních plánů ORP Ostrov, Cheb, Kraslice, Aš. Respondenti Karlovy Vary a Cheb vnímají ve svých komunitních plánech dvě referenční skupiny jako významné (Karlovy Vary – demence a neformální pečující, Cheb – demence a získaná tělesná postižení. Komunitní plán ORP Kraslice předmětné referenční skupiny neobsahuje. Všechny tři referenční skupiny jsou zmíněny v komunitním plánu ORP Sokolov. Respondent referující pro ORP Mariánské Lázně se k otázce nevyjádřil).

Vnímaná okamžitá dostupnost vhodné péče a podpory

V dotazníkovém šetření jsme dále zjišťovali, jak respondenti – zástupci vybraných 14 obcí (obce II. a III. typu) vnímají v obecné rovině aktuální dostupnost vhodných sociálních služeb pro referenční skupiny (osoby s demencí, osoby se získaným tělesným a dostupnost podpory neformálních pečujících). Jak ukazuje tabulka, jako nedostupné pro všechny tři referenční skupiny jsou tyto služby hodnocené polovinou z celkového počtu dotčených ORP – Horní Slavkov, Nejdek, Mariánské Lázně, Karlovy Vary, Žlutice, Toužim, Kraslice. V Aši jsou sociální služby pro osoby se získaným tělesným postižením vnímané jako dostupné. Jako spíše dostupné jsou hodnocené služby také v Lokti, a to pro osoby s demencí a pro osoby se získaným tělesným postižením. Podobně je situace hodnocená v Kynšperku nad Ohří. Vhodná podpora neformálním pečujícím je dispozici pouze v Aši.

Tabulka 4 Vnímaná okamžitá dostupnost vhodných služeb a podpory podle referenčních skupin a obcí

	Lidé trpící demencí	**Osoby se získaným tělesným postižením**	**Neformální pečující**
Aš			
Horní Slavkov			
Nejdek			
Mariánské Lázně			
Loket			
Cheb			
Sokolov			
Ostrov			
Chodov[20]			
Karlovy Vary			
Kynšperk nad Ohří			
Žlutice			
Toužim			
Kraslice			

Zdroj: Dotazníkové šetření. Vlastní analýza

Legenda:

zcela dostupná
spíše dostupná
spíše nedostupná
zcela nedostupná
nevím/nejsem si jist-a

[20] V komentáři respondent uvádí nedostatek potřebných informací.

Prostřednictvím dotazníku jsme dále zkoumali, jak respondenti – zástupci dotčených obcí vnímají dostupnost služeb pro dvě referenční skupiny – osoby s demencí a osoby se získaným tělesným postižením, a to v členění podle jednotlivých druhů sociálních služeb. Respondenti byli dotazováni, zda je příslušný druh služby k dispozici osobám ze zkoumaných referenčních skupin a v jaké lokalitě.

Jak lze vidět v tabulce 5, podle referujících zástupců obcí je osobám s demencí napříč dotčenými ORP (kromě ORP Mariánské Lázně) k dispozici pouze služba odborné sociální poradenství. Pečovatelská služba je dostupná lidem s demencí ve všech dotčených lokalitách s výjimkou ORP Cheb a ORP Sokolov. Kromě ORP Mariánské Lázně se pro tuto referenční skupinu jeví jako nedostupné sociální služby také v relativně menších obcích II. typu : v Horním Slavkově, Chodově a Žluticích. Situace je příznivěji vnímaná v obcích Karlovy Vary, v Aši, v Lokti a v Kynšperku nad Ohří. Referující zástupci obcí dále hodnotí jako aktuálně nedostupné sociální služby – týdenní stacionář, odlehčovací služba, centrum denních služeb a domov se zvláštním režimem. Službu osobní asistence respondenti posoudili jako dostupnou pro osoby s demencí v pěti lokalitách: Aš , Nejdek, Loket, Karlovy Vary a Kraslice. Celkově je nejpříznivěji hodnocená situace pro osoby s demencí v ORP Loket.

Tabulka 5 Vnímaná okamžitá dostupnost sociálních služeb – osoby s demencí

	Odb. soc. poradenství	*Pečovatelská služba*	*Tísňová péče*	*Průvodcovské a předčitatelské služby*	*Odlehčovací služby*	*Centra denních služeb*	*Týdenní stacionáře*	*Domovy pro seniory*	*Domovy se zvl. režimem*	*Sociální sl. poskytované ve zdr.zař. lůžk.*	*Telefonická krizová pomoc*	*Sociálně aktiv. služby pro seniory a osoby*	*Osobní asistence*	*Chráněné bydlení*
Aš														
H. Slavkov														
Nejdek														
Mar. Lázně														
Loket														
Cheb														
Sokolov														
Ostrov														
Chodov														
Karlovy Vary														
Kynšperk n. O.														
Žlutice														
Toužim														
Kraslice														

Zdroj: Dotazníkové šetření. Vlastní analýza. Legenda:

zcela dostatečná	spíše nedostatečná	nevím/nejsem si jist-a
spíše dostatečná	zcela nedostatečná	

Tabulka 6 Vnímaná okamžitá dostupnost sociálních služeb – osoby se získaným tělesným postižením

	Odb. soc. poradenství	*Pečovatelská služba*	*Tísňová péče*	*Průvodcovské a předčitatelské služby*	*Odlehčovací služby*	*Centra denních služeb*	*Týdenní stacionáře*	*Domovy pro seniory*	*Domovy se zvl. režimem*	*Sociální sl. poskytované ve zdr.zař. lůžk. Péče*	*Telefonická krizová pomoc*	*Sociálně aktiv. služby pro seniory a osoby*	*Osobní asistence*	*Chráněné bydlení*	*Podpora samostatného bydlení*	*Domov pro osoby se zdravotním postižením*
Aš																
Horní Slavkov																
Nejdek																
Mar. Lázně																
Loket																
Cheb																
Sokolov																
Ostrov																
Chodov																
Karlovy Vary																
Kynšperk n. O.																
Žlutice																
Toužim																
Kraslice																

Tabulka 6 shrnuje výsledky týkající se vnímané dostupnosti druhů sociálních služeb vztahující se k referenční skupině – osoby se získaným tělesným postižením. Odborné sociální poradenství je podle respondentů – referujících zástupců obcí dostupné ve všech dotčených lokalitách s výjimkou Mariánských Lázní. Sociální služba podpora samostatného bydlení je k dispozici ve čtyřech lokalitách – Mariánské Lázně, Loket, Cheb a Kynšperk nad Ohří. Jako nedostupná byla respondenty naopak vnímaná služba týdenní stacionář, a to napříč předmětnými ORP. Nejsou k dispozici rovněž odlehčovací služby. Podobně je tomu u služby domov pro osoby se zdravotním postižením s výjimkou Chodova.

Pro osoby se sníženou schopností mobility je podmínkou pro užívání služby (zejména pobytové) její architektonická dostupnost. Referující poskytovatel k tomu připomíná: *„Služby chráněné bydlení nejsou bohužel bezbariérové.“ …. „Poskytujeme komunitní službu v rodinných domcích a bytech, ve stávajících objektech není možné kapacitu rozšiřovat. Museli bychom postavit nový domek – bezbariérový pro osoby s poruchou hybnosti a se speciální úpravou a dostatkem personálu pro bezpečný pohyb ... Transformační projekty (Ministerstva práce a sociálních věci ČR, pozn. autorů), které jsme realizovali, se dělaly přímo na míru stávajícím klientům (domov pro osoby se zdravotním postižením, pozn. autorů), v té době jsme žádné klienty pro CHB (chráněné bydlení, pozn. autorů) pouze s tělesným postižením neměli, proto nejsou byty a domky CHB bezbariérové.“*

Tabulka 7 shrnuje výsledky odpovědí respondentů – poskytovatelů sociálních služeb, (N=60) na otázku, jak vnímají aktuální poptávku po jimi poskytované službě v porovnání s aktuálně možnou kapacitou. V kontextu osob s demencí jedna třetina respondentů – poskytovatelů uvedla, že tato specifická skupina nepatří do jejich cílové skupiny. Podle jedné třetiny respondentů nabídka odpovídá poptávce. U zbylé třetiny poptávka převažuje nad nabídkou. Z toho vyplývá, že více než 60 % poskytovaných sociálních služeb není de facto k dispozici osobám s demencí.

U služeb, které jsou podle respondentů dostupné osobám se získaným tělesným postižením, více než jedna polovina služeb odpovídá svou kapacitou aktuální poptávce. Podle méně, než jedné čtvrtiny respondentů nepatří osoby se získaným tělesným postižením do jejich cílových skupin. Podle 20 % poskytovatelů, kteří odpověděli na tuto otázku, poptávka převyšuje nabídku.

Tabulka 7 Nabídka versus poptávka po vhodných sociálních službách podle poskytovatelů

	Demence N/%	**Získané tělesné postižení N/%**
Nepatří do naší cílové skupiny	18/30	12/20
Odpovídá	21/34	31/52
Poptávka převyšuje nabídku	17/29	12/20
Nevím/nejsem si jist	4/7	5/8

Zdroj: Dotazníkové šetření. Vlastní analýza

Respondenti ve svých doplňujících komentářích upozorňovali na zvyšující se poptávku po službě pečovatelská služba a také na absenci služeb pro osoby s tělesným postižením.

„Domov … poskytuje službu pouze osobám s mentálním a kombinovaným postižením. V domově … žijí osoby s mentálním postižením, které z důvodu přibývajícího věku začali trpět také demencí.“

„Naše kapacita je celkově od půlky roku 2019 na hranici, když už zvažujeme příjem nových zájemců do služby. Hodně to souvisí se změnou pracovní doby. Situaci ale řešíme, protože zájem o PS (pečovatelská služba pozn. autorů) má pořád ještě stoupající tendenci.“ Další respondent doplňuje: *„Pro osoby trpící demencí jsou naše služby moc otevřené a nejsme schopni zajistit dostatečné bezpečné prostředí bez omezování ostatních uživatelů.“*

Jeden respondent zmiňuje neuspokojivou situaci v nabídce služeb pro osoby se získaným tělesným postižením. *„Naší cílovou skupinou jsou převážně klienti s mentálním a kombinovaným postižením. Soužití osob čistě s poruchou hybnosti v domácnosti s mentálně postiženými funguje velmi špatně.*

Někteří poskytovatelé poukazovali na architektonické bariéry objektů pobytové sociální služby. *„Služby chráněné bydlení nejsou bohužel bezbariérové.“ A dodává…: „Klienty s tělesným postižením neodmítáme, ale po návštěvě domácnosti mentálně postižených klientů většinou uvádějí, že by se jim tam soužití nelíbilo. Chápu, že je to velký problém zejména pro mladé klienty, kteří nespadají do cílové skupiny DpS (domov pro seniory, pozn. autorů) z důvodu nízkého věku, kdy jsou přijímáni na výjimku do DpS. Služba pro klienty s tělesným postižením v kraji vůbec není – klienty většinou odkazujeme do DOZP Zbůch.“*

Vnímaná potřebnost vhodných sociálních služeb z pohledu dotčených obcí

V rámci analýzy jsme dále zjišťovali, o jakých druzích sociálních služeb je z pohledu dotčených ORP třeba uvažovat ve smyslu navýšení potřebných kapacit. Podrobnější informace o dotčených ORP jsou uvedeny v přehledových kartách ORP.

Jednou z kompetencí samosprávy v sociální oblasti je zjišťování potřeb občanů. Předpokládali jsme proto, že odborní, resp. sociální pracovníci obcí II. a III. typu se orientují v sociálních službách v jejich správním obvodu. Zde je třeba poznamenat, že někteří respondenti – zástupci obcí ve svých komentářích upozorňovali na absenci relevantních informací, kterou vnímají jako překážku pro kvantifikaci dostupných a potřebných kapacit v kontextu osob s neurodegenerativním onemocněním. *„…v naší obci nejsou tyto služby poskytovány a ani zde nemáme pracovnice, které by byly kvalifikovány pro práci s tělesně postiženými osobami”.* Jedna ORP (Kraslice) tyto údaje do dotazníku nezaznamenala vůbec.

Z uvedeného je možné formulovat některé dílčí závěry. Za prvé prezentovaná data (např. tabulka 8) a komentáře je nutné chápat jako orientační, naznačující aktuální situaci. Druhý dílčí závěr souvisí se shromažďováním relevantních informací potřebných pro komunitní plánování v sociálních službách na úrovni jednotlivých obcí, resp. ORP. Jak

naznačuje zkušenost z této výzkumné analýzy, odborní pracovníci veřejné správy jen zřídka disponují potřebnými vědomostmi o nabídce, poptávce a kapacitách relevantních druhů sociálních služeb v kontextu specifických cílových skupin uživatelů, v tomto případě osob s neurodegenerativním onemocněním. Nedostatek informací pak znesnadňuje pokus vytvářet si kvalifikovaný úsudek o aktuální situaci a o výhledu do budoucna. Možným přínosem v posílení odborných kompetencí pracovníků samospráv by mohly být zamýšlené vzdělávací aktivity Karlovarského kraje k tématu práce s osobami s neurodegenerativním onemocněním.

V kontextu strategického plánování Karlovarského kraje se také jeví jako potřebné zefektivnit postupy pro zjišťování potřebných informací o osobách se specifickými potřebami včetně osob s demencí a o pro ně vhodných druzích sociálních služeb. Zde je však nutno upozornit, že zavedenou a zákonně ukotvenou „druhologii“ sociálních služeb lze chápat také jako sociální konstrukt. Třídící kritéria sociálních služeb se postupně vyvíjela pod různými společenskými a politickými vlivy. Reálné potřeby potenciálních uživatelů sociálních služeb podobně jako potřeby jejich rodin, případně jiného neformálního pečujícího však nebyly příliš zohledňovány. Je proto důležité, aby byly sociální služby dostatečně flexibilní a vhodně, bez časové prodlevy reagovaly na okamžité a zároveň v čase se měnící potřeby jedince. Ten by pak nebyl nucen „putovat“ od jednoho druhu služby ke druhému, v případě změny jeho individuálních potřeb. Jinými slovy, osoby s demencí, podobně jako osoby se získaným tělesným postižením, netvoří homogenní kategorii. Systém je třeba nastavovat tak, aby daná sociální služba, pokud je osoba s demencí jednou z jejich cílových skupin, mohla modifikovat vlastní poskytování dané služby nejen s ohledem na charakteristiku cílové skupiny, ale i s ohledem na individuální potřeby jednotlivých uživatelů.

Zvažujeme-li, u jakých vhodných druhů sociálních služeb v Karlovarském kraji jako celku je třeba uvažovat ve smyslu navýšení kapacity u obou referenčních skupin (osoby s demencí a osoby se získaným tělesným postižením), pak je patrná nezbytnost zohlednit při střednědobém plánování všechny v tabulkách 5 a 6 uvedené druhy sociálních služeb. Dotčené ORP nevyhodnotily ani jeden druh těchto služeb jako odpovídající okamžité potřebnosti.

U referenční skupiny osoby s demencí hraje významnou úlohu odborné sociální poradenství, a to nejen pro tyto osoby, ale také pro jejich rodinné příslušníky, resp. neformální pečující. Zde navrhujeme posílit personální kapacitu poskytovatelů tak, aby služby dokázaly adekvátně řešit nepříznivou situace uživatelů s akcentem na předcházení jejich „umisťování“ do pobytových zařízení sociálních služeb a na mobilizaci takové podpory, která jim umožní setrvat v jejich přirozeném prostředí bezpečným způsobem. Telefonická krizová pomoc je v daném okamžiku vnímaná jako spíše nedostatečná. Zde lze doporučit seznámit se a postupně společně s uživateli zavádět prvky asistivní technologie (např. „inteligentní“ zásuvka, bezpečná zásuvka, detekce otevřených oken, detekce tekoucí vody, detekce kvality ovzduší v místnostech, ovládání domácí elektroniky, osvětlení, žaluzií; detekce pohybu, pádu, připomínkovací signály – léky, klíče, brýle, dohledové systémy), které se čím dál více objevují

v ošetřovatelství a v sociálních službách. Je dále potřeba počítat s nutností posílit kapacitu pečovatelské služby a odlehčovací služby a případně uvažovat o zavedení relativně nové formy podpory osob závislých na pomoci jiné fyzické osoby je koncept tzv. sdílené péče. Sdílená péče vychází z předpokladu, že péči v určitém individuálně určeném rozsahu, převezme profesionální sociální služba, a tím se umožní pečující osobě alespoň částečné obnovení či budování běžných sociálních kontaktů a rolí.

Z dotazníkového šetření provedeného u dotčených obcí vyplynulo pro referenční skupinu osoby s demencí neuspokojivé zjištění (tabulka 8). Co se týče aktuální kapacity pobytových sociálních služeb – domovy se zvláštním režimem – potřebnost navýšení kapacity dle ORP činí celkem pro Karlovarský kraj 218; domovy pro seniory - 236. Služba domov se zvláštním režimem není aktuálně k dispozici v Karlových Varech. Přitom potřebnost obou uvedených pobytových služeb se zde jeví jako vysoká – 47 lůžek – domov pro seniory, 47 domov se zvláštním režimem.

Oslovené ORP navrhují navýšení kapacit zejména pro osoby se získaným tělesným postižením, a to u služby podpora samostatného bydlení a domov pro osoby se zdravotním postižením (tabulka 8). Obce rovněž vnímají jako potřebné navýšit kapacitu terénních sociálních služeb – osobní asistence, dále ambulantní službu centra denních služeb podobně jako týdenní stacionáře, a to jak pro osoby s demencí, tak pro osoby se získaným tělesným postižením. Okamžitou kapacitu sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením považují obce rovněž za potřebné posílit, aby lépe odpovídaly potřebám osob s neurodegenerativním onemocněním. Potřebnost navýšení kapacity u jednotlivých ORP a druhů poskytovatelů uvádíme v přehledových kartách ORP.

Tabulka 8 Vnímaná potřebnost navýšení kapacity vhodných sociálních služeb kumulativně

Druh sociální služby	**Navýšení potřebné kapacity** (uživatelé/klienti) **Demence**	**Navýšení potřebné kapacity** (uživatelé/klienti) **Získaná tělesná postižení**	**Druh sociální služby**	**Navýšení potřebné kapacity** (uživatelé/klienti) **Demence**	**Navýšení potřebné** kapacity (uživatelé/klienti) **Získaná tělesná postižení**
Odborné soc. poradenství	139	82	Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních. Lůžkové péče	91	102
Pečovatelská služba	0	108	Telefonická krizová pomoc	127	4
Tísňová péče	5	123	Sociálně aktiv. služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	142	115
Odlehčovací služby	184	75	Osobní asistence	250	196
Centra denních služeb	124	175	Chráněné bydlení	99	89
Týdenní stacionáře	109	135	Domov pro osoby se zdravotním postižením	0	121
Domov pro seniory	236	0	Podpora samostatného bydleni	0	90
Domov se zvláštním režimem	218	0	Denní stacionář	/	/

Zdroj: Dotazníkové šetření. Vlastní analýza.

Pozn.: referující pracovník ORP Kraslice data neuvedl s odkazem na absenci relevantních zdrojů.

Jeden respondent upozorňuje na alarmující absenci služeb pro mladé se získaným tělesným postižením. *„Vázne sociální péče pro osoby ve věkové hranici 19 až 55, kdy především po úrazu, nebo neurodegenerativní poruše, většinou končí v domově pro seniory, mají-li štěstí.“*

Vnímaná potřebnost vhodných sociálních služeb z pohledu poskytovatelů

V dotazníkových šetřeních se vedle zástupců čtrnácti obcí (obce II. a III. typu) vyjadřovali k situaci v sociálních službách pro referenční skupiny – osoby s demencí a osoby se získaným tělesným postižením také poskytovatelé (n=60). Vzhledem k tomu, že se do dotazníkového šetření zapojili jen někteří poskytovatelé sociálních služeb, je třeba považovat prezentované výsledky za pouze orientační. Do budoucna doporučujeme provést hlubší analýzu, a to zejména v součinnosti s poskytovateli.

Většina vhodných druhů sociálních služeb je v obecné rovině v Karlovarském kraji poskytována. Výčet sociálních služeb vhodných pro péči o osoby s demencí, které sloužilo jako určité vodítko pro tuto analýzu, uvádí Holmerová a kol. (2016)[21]: základní sociální poradenství, odborné sociální poradenství, pečovatelská služba, tísňová péče, odlehčovací služby, centra denních služeb, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, telefonická krizová pomoc, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, osobní asistence, chráněné bydlení, domov pro osoby se zdravotním postižením, podpora samostatného bydlení, denní stacionář, týdenní stacionář.

Uvedené služby jsou však často orientovány na jiné cílové skupiny, a nejsou tak k dispozici osobám s demencí či osobám se získaným tělesným postižením. Příčinou nemusí být pouze nedostatečná personální kapacita služby, nízký počet lůžek či architektonické bariéry apod. Nedostupnost odpovídajících druhů sociálních služeb může způsobovat i jistá nevůle poskytovatelů některých sociálních služeb orientovat se na cílové skupiny se specifickými potřebami.

Tabulka č. 9 ukazuje, jaký podíl z poskytovaných druhů sociálních je podle vyjádření respondentů (poskytovatelů sociálních služeb) k dispozici také osobám s demencí a osobám se získaným tělesným postižením. Z tabulky je mj. patrné, že podíl sociálních služeb, které jsou k dispozici také osobám s demencí, je výrazně nižší než podíl služeb, které mohou potenciálně využívat lidí se získaným tělesným postižením.

Při plánování rozvoje sociálních služeb je proto zapotřebí nejen zvažovat okamžitou kapacitu z hlediska počtu uživatelů a počtu zájemců o službu již pro ně „zavedené“ cílové

[21] Iva Holmerová, Jiří Horecký, Petr Hanuš (2016). *Specifika systému poskytování péče o osoby s demencí a jinými specifickými potřebami v České republice a ve Švýcarsku.* APSS.

skupiny. Je rovněž důležité připravovat takové kroky, které vedou k větší flexibilitě poskytovatelů sociálních služeb pracovat s dalšími cílovými skupinami.

Tabulka 9 Sociální služby k dispozici pro osoby s demencí a pro osoby se získaným tělesným postižením

Druh sociální služby	Absolutní počet respondentů – poskytovatelů, kteří poskytují tento druh sociální služby	Absolutní počet poskytovatelů, kteří poskytují tento druh sociální služby a zároveň tato služba je k dispozici osobám s demencí	Podíl poskytovatelů, kteří poskytují tento druh sociální služby a zároveň tato služba je k dispozici osobám s demencí	Druh sociální služby	Absolutní počet respondentů – poskytovatelů, kteří poskytují tento druh sociální služby	Absolutní počet poskytovatelů, kteří poskytují tento druh sociální služby a tato služba je k dispozici osobám se získaným tělesným postižením	Podíl počtu poskytovatelů, kteří poskytují tento druh sociální služby a tato služba je k dispozici osobám se získaným tělesným postižením
Osoby s demencí				**Osoby se získaným tělesným postižením**			
Chráněné bydlení	5	0	**0 %**	Chráněné bydlení	5	2	**40 %**
Tísňová péče	4	0	**0 %**	Domov pro osoby se zdravotním postižením	8	4	**50 %**
Domov pro osoby se zdravotním postižením	8	1	**13 %**	Podpora samostatného bydlení	7	4	**57 %**
Centra denních služeb	5	1	**20 %**	Týdenní stacionáře	3	2	**67 %**
Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče	5	1	**20 %**	Domov se zvláštním režimem	12	8	**67 %**
Sociálně aktiv. služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	4	1	**25 %**	Tísňová péče	4	3	**75 %**
Podpora samostatného bydlení	7	2	**29 %**	Sociálně aktiv. služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	4	3	**75 %**
Týdenní stacionáře	3	1	**33 %**	Odborné soc. poradenství	23	18	**78 %**
Telefonická krizová pomoc	3	1	**33 %**	Osobní asistence	9	7	**78 %**

Druh sociální služby	Absolutní počet respondentů – poskytovatelů, kteří poskytují tento druh sociální služby	Absolutní počet poskytovatelů, kteří poskytují tento druh sociální služby a zároveň tato služba je k dispozici osobám s demencí	Podíl poskytovatelů, kteří poskytují tento druh sociální služby a zároveň tato služba je k dispozici osobám s demencí	Druh sociální služby	Absolutní počet respondentů – poskytovatelů, kteří poskytují tento druh sociální služby	Absolutní počet poskytovatelů, kteří poskytují tento druh sociální služby a tato služba je k dispozici osobám se získaným tělesným postižením	Podíl počtu poskytovatelů, kteří poskytují tento druh sociální služby a tato služba je k dispozici osobám se získaným tělesným postižením
Osoby s demencí				**Osoby se získaným tělesným postižením**			
Osobní asistence	9	4	**44 %**	Denní stacionář	9	7	**78 %**
Odlehčovací služby	7	4	**57 %**	Centra denních služeb	5	4	**80 %**
Domov pro seniory	15	9	**60 %**	Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče	5	4	**80 %**
Denní stacionář	9	6	**67 %**	Odlehčovací služby	7	6	**86 %**
Odborné sociální poradenství	23	16	**70 %**	Domov pro seniory	15	13	**87 %**
Pečovatelská služba	20	16	**80 %**	Pečovatelská služba	20	18	**90 %**
Domov se zvláštním režimem	12	12	**100 %**	Telefonická krizová pomoc	3	3	**100 %**

Zdroj: Dotazníkové šetření. Vlastní analýza

Tabulky 10 a 11 podávají přehled o druzích sociálních služeb, které jsou podle zúčastněných poskytovatelů k dispozici osobám s demencí a osobám se získaným tělesným postižením, a to v jednotlivých ORP. Červené šipky pak vyjadřují vnímanou potřebnost navýšení kapacity. Pro detailní kvantifikaci navýšení potřebné kapacity doporučujeme provést hloubkovou analýzu v přímé součinnosti s poskytovateli sociálních služeb.

Podrobnější informace o zjištěné situaci v sedmi ORP shrnujeme v přehledových kartách ORP.

Co se týče rozložení vhodných druhů sociálních služeb pro osoby s demencí (tabulka 10), odborné sociální poradenství a pečovatelská služba je podle referujících poskytovatelů k dispozici ve všech sedmi ORP. Potřebnost navýšení kapacity je vnímaná poskytovateli u Kraslic, Karlových Varech a v Sokolově. Podobně je tomu u osobní asistence, která je poskytovaná, ale v nedostatečné kapacitě, kromě Kraslic. Služba centrum denních služeb není podle respondentů poskytována osobám s demencí podobně jako týdenní stacionář s výjimkou Karlových Varů. Chráněné bydlení není podle poskytovatelů poskytováno osobám s demencí v žádné ORP. Poskytovatelé, kteří odpověděli na dotazník, uvedli, že služba podpora samostatného bydlení je sice reálně k dispozici pro osoby s duševním onemocněním a osoby s mentálním postižením, nikoliv pro naše dvě sledované referenční skupiny. U pobytových sociálních služeb domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem respondenti uvedli potřebu navýšení kapacity podobně jako u denního stacionáře (kromě Aše, kde tato služba není osobám s demencí poskytována). Sociálně-aktivizační služba pro seniory a osoby se zdravotním postižením není poskytována osobám s demencí ani v jedné ze sedmi ORP.

U sociálních služeb pro osoby se získaným tělesným postižením můžeme sledovat podobný trend (tabulka 11). Některé druhy pobytových sociálních služeb buď nejsou k dispozici ani v jednom ORP – chráněné bydlení. Jiné druhy pobytových služeb sice existují, ale jejich aktuální kapacita je hodnocená jako nedostatečná. Služba domov pro osoby se zdravotním postižením je k dispozici osobám se získaným tělesným postižením pouze u následujících poskytovatelů: Sociální služby v Kynšperku nad Ohří, p. o., DOZP PRAMEN Mnichov, Domov pro osoby se zdravotním postižením v Mariánské, p.o.). Pobytové služby pro osoby se zdravotním postižením (domov pro osoby se zdravotním postižením) jsou tradičně orientovány na cílovou skupinu osoby s mentálním postižením, resp. kombinovaným postižením. Zejména pro osoby mladšího věku s tělesným postižením nejsou k dispozici sociální služby komunitního charakteru, tj. zejména osobní asistence, podpora samostatného bydlení, chráněné bydlení), což může mít za následek umístění mladšího dospělého uživatele například do pobytového zařízení pro seniory. Služba chráněné bydlení navíc není dostupná pro osoby s tělesným postižením z důvodu architektonických bariér příslušných objektů. Pouze 2 % respondentů (poskytovatelů sociálních služeb) uvedlo, že poskytuje službu osobní asistence – Agentura osobní asistence a sociálního poradenství, o.p.s. Sokolov, 15. Přední hlídka Royal Rangers Mariánské Lázně, Dveře dokořán, z.s., Centrum pro zdravotně postižené Karlovarského kraje, o.p.s. Osobní asistenci je podle respondentů potřeba kapacitně posílit. Pečovatelské služby a denního stacionáře rovněž vyžaduje navýšení kapacity, a to zejména na

území ORP Karlovy Vary a Sokolov. Služba týdenní stacionář není poskytována osobám se získaným tělesným postižením v žádné ORP. Službu tísňová péče nabízí pouze jedna organizace Agentura domácí péče LADARA o.p.s. a to na území ORP Karlovy Vary.

Tabulka 10 Sociální služby k dispozici pro osoby s demencí v členění podle druhů a podle ORP

	Odborné sociální poradenství.	*Pečovatelská služba*	*Tísňová péče*	*Odlehčovací služba*	*Centra denních služeb*	*Týdenní stacionáře*	*Sociální služba. poskytované ve zdr.zař. lůžkové. péče*	*Telefonická krizová pomoc*	*Sociálně aktivizační. služby pro seniory a osoby se ZP*	*Osobní asistence*	*Domov pro osoby se zdravotním postižením*	*Chráněné bydlení*	*Podpora samostatného bydlení*	*Domov pro seniory*	*Domov se zvláštním režimem*	*Denní stacionář*
Aš										↑				↑	↑	
Cheb										↑				↑	↑	↑
Kraslice		↑												↑	↑	↑
Karl. Vary		↑								↑				↑	↑	↑
Mar. Lázně										↑				↑	↑	↑
Ostrov		↑								↑				↑	↑	↑
Sokolov	↑	↑								↑				↑	↑	↑

Zdroj: Dotazníkové šetření. Vlastní analýza. (N=60)

Legenda:

Druh sociální služby k dispozici
Druh sociální služby není k dispozici
Vnímaná potřebnost navýšení kapacity ↑

Tabulka 11 Sociální služby k dispozici pro osoby se získaným tělesným postižením v členění podle druhů a podle ORP

	Odborné sociální poradenství	*Pečovatelská služba*	*Tísňová péče*	*Odlehčovací služba*	*Centra denních služeb*	*Týdenní stacionáře*	*Sociální sl. poskytované ve zdr.zař. lůžk. p.*	*Telefonická krizová pomoc*	*Sociálně aktiv. služby pro seniory a osoby se ZP*	*Osobní asistence*	*Domov pro osoby se zdravotním postižením*	*Chráněné bydlení*	*Podpora samostatného bydlení*	*Domov pro seniory*	*Domov se zvláštním režimem*	*Denní stacionář*
Aš										↑			↑	↑	↑	↑
Cheb					↑					↑	↑		↑	↑	↑	↑
Kraslice		↑			↑								↑	↑	↑	↑
Karl. Vary		↑								↑			↑	↑	↑	↑
Mar. Lázně										↑			↑	↑	↑	↑
Ostrov		↑								↑			↑	↑	↑	↑
Sokolov		↑			↑					↑	↑		↑	↑	↑	↑

Zdroj: Dotazníkové šetření, vlastní analýza. (N=60)

Přehledové karty ORP

Přehled ORP Aš

Obce správního obvodu ORP	Aš, Hazlov, Hranice, Krásná a Podhradí.
Popis	ORP Aš je nejmenším ORP v rámci Karlovarského kraje. Počtem obyvatel se řadí na předposlední místo před Kraslice. Přestože ORP Aš vykazuje nízký počet obyvatel, vzhledem k jeho malé výměře se řadí k ORP s nejvyšší hustotou osídlení v kraji.
Demografické údaje (jen senioři)	Počtem a podílem seniorů vykazuje na území Karlovarského kraje nejpozitivnější (nejvyšší zastoupení mladších věkových skupin) věkovou strukturou. U starších seniorů (85+) dochází k jejich nižšímu nárůstu ve srovnání s krajským průměrem. Oproti krajskému počet obyvatel vzhledem ke krajskému průměru stagnuje. Počet seniorů nicméně podobně jako v celém Karlovarském kraji významně narůstá, a to celkem o 550.[22]
Strategické plánování sociálních služeb (dle vyjádření referujících pracovníků ORP)	
Problematika Demence	Problematika demence není v komunitním plánu obsažena. Je předpoklad, že v budoucnu bude zařazena.
Problematika Získané tělesné postižení	Problematika Získané tělesné postižení je zařazena v komunitním plánu mezi neurodegenerativními onemocněními.
Problematika Neformální pečující	Není obsažena, v budoucnu bude pravděpodobně zařazena.
Počet poskytovatelů na území ORP celkem bez ohledu na referenční skupiny [23]	
Pobytové	Nabídka služeb v kontextu referenčních skupin je výrazně orientována na služby pobytového charakteru. V ORP působí celkem 4 pobytové sociální služby pro osoby se zdravotním postižením a pro seniory. Jejich rozložení po území ORP je poměrně rovnoměrné. Pobytové služby pro osoby se zdravotním postižením jsou umístěny v Hazlově (domov pro osoby se zdravotním postižením – osoby s mentálním postižením) a v Aši (chráněné bydlení). Pobytové služby pro seniory jsou místěny v Aši a v Hranicích u Aše. Lze předpokládat, že pobytové služby pro osoby se zdravotním postižením a seniory sídlící na ORP Aš poskytují služby i obyvatelům jiných ORP Karlovarského kraje.

[22] Ibid.
[23] Ibid.

Ambulantní/terénní	Na území ORP Aš působí jediný poskytovatel pečovatelské služby – Město Aš. Službu poskytuje nejen v terénu, ale nabízí i ambulantní formu. Služba není poskytována na celém území OPR Aš rovnoměrně. Jsou k dispozici další terénní a ambulantní služby – služba osobní asistence a odlehčovací služba. [24]
Vnímaná dostupnost vhodných sociálních služeb podle vyjádření ORP vzhledem k referenčním skupinám	
Demence	Služby spíše nedostupné.
Získané tělesné postižení	Dostupné.
Neformální pečující	Podpora neformálním pečujícím je hodnocena ORP jako spíše nedostupná.
Poskytování vhodných druhů sociální služby a vnímaná potřebnost navýšení kapacity podle vyjádření poskytovatelů	
Demence	Služby poskytované osobám s demencí: odborné sociální poradenství, pečovatelská služba, telefonická krizová pomoc, podpora samostatného bydlení. Služby s vnímanou potřebou navýšení kapacity: osobní asistence, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem. *Pro zjištění podrobné kvantifikované potřebnosti navýšení kapacity doporučujeme provést hlubší analýzu na úrovni ORP.* Služby, které nejsou k dispozici: tísňová péče (doporučení iniciovat vznik této služby), odlehčovací služby (doporučení iniciovat vznik této služby), centra denních služeb, týdenní stacionáře, sociální služby poskytované ve zdravotních zařízeních lůžkové péče, sociální a aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením(doporučení iniciovat vznik této služby), domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení(doporučení iniciovat vznik této služby), denní stacionář.
Získané tělesné postižení	Služby poskytované: odborné sociální poradenství, pečovatelská služba. Služby s vnímanou potřebou navýšení kapacity: osobní asistence, podpora samostatného bydlení, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem denní stacionář. *Pro zjištění podrobné kvantifikované potřebnosti navýšení kapacity doporučujeme provést hlubší analýzu na úrovni ORP.* Služby, které nejsou k dispozici: tísňová péče(doporučení iniciovat vznik této služby), odlehčovací služby(doporučení iniciovat vznik této služby), centra denních služeb, týdenní stacionáře, sociální služby poskytované ve zdravotních zařízeních lůžkové péče, telefonická krizová pomoc(doporučení iniciovat vznik této služby), sociální a aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení (doporučení iniciovat vznik této služby).

[24] Ibid.

Přehled ORP CHEB

Obce správního obvodu ORP	Dolní Žandov, Františkovy Lázně, Cheb, Křižovatka, Libá, Lipová, Luby, Milhostov, Milíkov, Nebanice, Nový Kostel, Odrava, Okrouhlá, Plesná, Pomezí n/O, Poustka, Skalná, Třebeň, Tuřany, Velký Luh, Vojtanov.
Popis	ORP Cheb je jedním z větších územních celků v rámci Karlovarského kraje. Rozlohou je druhý největší hned za ORP Karlovy Vary, nedosahuje však ani poloviny jeho výměry. Počtem obyvatel i hustotou osídlení se řadí na třetí místo – počtem obyvatel za ORP Karlovy Vary a Sokolov, hustotou osídlení za ORP Sokolov a Aš.
Demografické údaje (jen senioři)	Na území ORP Cheb žije v současnosti cca 9 500 seniorů, přičemž v roce 2030 lze očekávat, že jich přibude na celkový počet více než 11 500 a jejich podíl na celkové populaci překročí hranici 24 %. Počet starších seniorů ve věku nad 85 let dosáhne hodnoty necelých 1 500 a bude tvořit necelých 13 % skupiny seniorů.[25]
Strategické plánování sociálních služeb (dle vyjádření referujících pracovníků ORP)	
Problematika Demence	Problematika demence je obsažena v komunitním plánu.
Problematika Získané tělesné postižení	Problematika Získané tělesné postižení je obsažena v komunitním plánu.
Podpora neformálním pečujícím	Není obsažena, o zařazení se neuvažuje.
Počet poskytovatelů na území ORP celkem bez ohledu na referenční skupiny [26]	
Pobytové	ORP Cheb působí celkem 10 (do krajské sítě je zařazeno 7 služeb) pobytových služeb pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Jejich rozložení po území ORP lze definovat jako nerovnoměrné. Veškeré pobytové služby pro osoby se zdravotním postižením jsou umístěny v Chebu. Pobytové služby pro seniory jsou, s výjimkou Czech – real CB, s.r.o., která sídlí ve Skalné, pouze v Chebu.
Ambulantní/terénní	V ORP Cheb působí tři poskytovatelé pečovatelské služby – Město Františkovy Lázně, Správa zdravotních a sociálních služeb Cheb, příspěvková organizace a společnost Pomoc v nouzi, o.p.s. Službu poskytují nejen v terénu, ale první dva poskytovatelé nabízí i ambulantní formu služby. V roce 2018 byla pečovatelská služba poskytnuta u zhruba 2 % obyvatel ORP v seniorském věku (v terénní formě, ambulantně pak u 0,83 % seniorů), což je ze všech OPR v kraji nejméně a je tedy výrazně pod krajským průměrem. Také v tomto ORP Cheb platí, že služba není poskytována na celém území OPR

[25] Ibid
[26] Ibid.

	rovnoměrně, tedy ve všech místech, kde senioři žijí. Ve 13 obcích (z celkových 21) na území ORP nemají občané pečovatelskou službu k dispozici. K dispozici je sociálně aktivizační služba pro seniory a osoby se zdravotním postižením, a to jak v terénní, tak v ambulantní formě, stejně tak průvodcovské a předčitatelské služby a služba sociální rehabilitace. Dále je k dispozici služba podpora samostatného bydlení. Pro cílovou skupinu OZP, včetně osob s mentálním postižením je v regionu ORP Cheb k dispozici denní stacionář, sociálně terapeutická dílna, terénní odlehčovací služba a služba rané péče (pro rodiny s dítětem do 7 let se zdravotním hendikepem). [27]
Vnímaná dostupnost vhodných sociálních služeb (dle vyjádření referujících pracovníků ORP)	
Demence	Služby spíše nedostupné.
Získané tělesné postižení	Neuvedeno.
Neformální pečující	Neuvedeno.
Poskytování vhodných druhů sociální služby a vnímaná potřebnost navýšení kapacity podle vyjádření poskytovatelů	
Demence	Služby poskytované osobám s demencí: odborné sociální poradenství, pečovatelská služba, odlehčovací služba, tísňová péče, centra denních služeb, týdenní stacionář, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, podpora samostatného bydlení. Služba s vnímanou potřebou navýšení kapacity: osobní asistence, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, denní stacionář. *Pro zjištění kvantifikované potřebnosti navýšení kapacity doporučujeme provést hlubší analýzu na úrovni ORP.* Služby, které nejsou k dispozici: tísňová péče (doporučení iniciovat vznik této služby), týdenní stacionář, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení (doporučení iniciovat vznik této služby)
Získané tělesné postižení	Služby, které jsou k dispozici pro tuto referenční skupinu: odborné sociální poradenství, pečovatelská služba, odlehčovací služba, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

[27] Karlovarský kraj. Dlouhodobé směřování Karlovarského kraje v oblasti zajištění a rozvoje podpory seniorů a osob se zdravotním postižením.

	Služby s vnímanou potřebou navýšení kapacity: centra denních služeb, osobní asistence, domov pro osoby se zdravotním postižením, podpora samostatného bydlení, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, denní stacionář. *Pro zjištění kvantifikované potřebnosti navýšení kapacity doporučujeme provést hlubší analýzu na úrovni ORP.* Služby, které aktuálně nejsou k dispozici: tísňová péče (doporučení iniciovat vznik této služby), týdenní stacionář, telefonická krizová pomoc (doporučení iniciovat vznik této služby), sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení (doporučení iniciovat vznik této služby), domov pro osoby se zdravotním postižením.

Přehled ORP KARLOVY VARY

Obce správního obvodu ORP	Andělská Hora, Bečov nad Teplou, Bochov, Božičany, Bražec, Březová, Černava, Čichalov, Dalovice, Děpoltovice, Hory, Hradiště, Chodov, Chyše, Jenišov, Karlovy Vary, Kolová, Krásné Údolí, Kyselka, Mírová, Nejdek, Nová Role, Nové Hamry, Otovice, Otročín, Pila, Pšov, Sadov, Smolné Pece, Stanovice, Stružná, Šemnice, Štědrá, Teplička, Toužim, Útvina, Valeč, Verušičky, Vrbice, Vysoká Pec, Žlutice.
Popis	ORP Karlovy Vary jsou největším ORP v Karlovarském kraji s největší rozlohou a s nejvyšším počtem obyvatel. Hustota osídlení spíše nízká. Následuje jen ORP Mariánské Lázně a Kraslice.
Demografické údaje (jen senioři)	ORP má nejvyšší podíl seniorů na celkové populaci kraje. Zastoupení seniorské složky je vysoce nadprůměrné, vysoce nadprůměrné je také zastoupení starších seniorů. Růst seniorské populace v uplynulých letech (2013–2018) je u seniorů 65+ podprůměrný a u seniorů 85+ mírně nadprůměrný. V ORP Karlovy Vary ve sledovaném období ubylo téměř 1 500 obyvatel, zato přibylo téměř 2 500 seniorů.[28]
Strategické plánování sociálních služeb (dle vyjádření referujících pracovníků ORP)	
Problematika Demence	Problematika demence je obsažena v komunitním plánu jako významná.
Problematika Získané tělesné postižení	Problematika Získané tělesné postižení obsažena jako součást chronických duševních onemocnění.
Podpora neformálním pečujícím	Problematika neformální pečující je obsažena v komunitním plánu.
Počet poskytovatelů na území ORP celkem bez ohledu na referenční skupiny [29]	
Pobytové	V ORP Karlovy Vary působí celkem 7 pobytových služeb pro osoby se zdravotním postižením a seniory (4 služby jsou zařazeny do krajské sítě sociálních služeb) s nerovnoměrným rozložením. Kapacita pobytových služeb pro osoby se získaným tělesným postižením a seniory neuspokojuje poptávku po těchto službách u příjemců PNP využívajících pobytovou formu sociálních služeb a to přes navýšení kapacity. Osoby zřejmě využívají pobytové služby v dalších ORP (pravděpodobně ORP Ostrov a ORP Sokolov). Z hlediska sledování podílu kapacit pobytových služeb ve vztahu k celkovému počtu seniorů na území vykazuje ORP Karlovy Vary nejnižší podíl z Karlovarského kraje, přičemž je počet seniorů naopak v celém kraji nejvyšší.

[28] Ibid
[29] Ibid

Ambulantní/Terénní	V ORP Karlovy Vary působí 7 poskytovatelů pečovatelské služby. Služba není poskytována na celém území ORP rovnoměrně. V 53,7 % obcí v ORP Karlovy Vary nemají občané pečovatelskou službu k dispozici, což zasahuje 9,37 % ze všech seniorů, kteří v ORP Karlovy Vary žijí. Pečovatelská služba je poskytována v celkem 19 obcích – v Karlových Varech a okolních menších obcích (Andělská Hora, Bochov, Bražec, Březová, Dalovice, Hory, Chodov, Jenišov, Kolová, Kyselka, Mírová, Otovice, Pila a Sadov) a dále v menších městech (Žlutice, Toužim, Nejdek, Nová Role). V některých obcích působí či je ochotno působit i více poskytovatelů (například Bražec, Dalovice, Jenišov, Kolová). ORP Karlovy Vary jako jedno ze dvou ORP v Karlovarském kraji, disponuje službou tísňová péče. Poskytovatel je schopen službu zahájit bez čekací doby, a to mimo jiné i proto, že o službu není mezi seniory a OZP příliš velký zájem. Dále je v ORP k dispozici sociálně aktivizační služba pro seniory a osoby se zdravotním postižením (terénní forma). V terénní i ambulantní formě jsou poskytovány služby průvodcovské a předčitatelské služby a služba sociální rehabilitace. Dále je k dispozici služba podpora samostatného bydlení.
Vnímaná dostupnost vhodných sociálních služeb podle vyjádření ORP vzhledem k referenčním skupinám	
Demence	Podle respondenta ORP Karlovy Vary nejsou vhodné sociální služby pro osoby trpící demencí dostupné.
Získané tělesné postižení	Podobně je tomu u osob se získaným tělesným postižením. Vhodné služby nejsou podle ORP pro osoby se získaným tělesným postižením dostupné.
Neformální pečující	Podpora neformálním pečujícím je rovněž spíše nedostupná.
Poskytování druhů sociální služby a vnímaná potřebnost navýšení kapacity podle vyjádření poskytovatelů	
Demence	Služby poskytované osobám s demencí: odborné sociální poradenství, tísňová péče, odlehčovací služby, týdenní stacionáře, telefonická krizová pomoc, podpora samostatného bydlení. Služba s vnímanou potřebou navýšení kapacity: pečovatelská služba, osobní asistence, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, denní stacionáře. *Pro zjištění podrobné kvantifikované potřebnosti navýšení kapacity doporučujeme provést hlubší analýzu na úrovni ORP.* Služby, které nejsou k dispozici: centra denních služeb (doporučení iniciovat vznik této služby), sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (doporučení iniciovat vznik této služby), domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení doporučení iniciovat vznik této služby).
Získané tělesné postižení	Služby poskytované: odborné sociální poradenství, tísňová péče, odlehčovací služba.

	Služba s vnímanou potřebou navýšení kapacity: pečovatelská služba, osobní asistence, podpora samostatného bydlení, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, denní stacionář. *Pro zjištění podrobné kvantifikované potřebnosti navýšení kapacity doporučujeme provést hlubší analýzu na úrovni ORP.* Služby, které nejsou k dispozici: centra denních služeb (doporučení iniciovat vznik této služby), týdenní stacionáře, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, telefonická krizová pomoc (doporučení iniciovat vznik této služby), sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení (doporučení iniciovat vznik této služby).

Přehled ORP KRASLICE

Obce správního obvodu ORP	Bublava, Jindřichovice, Kraslice, Oloví, Přebuz, Rotava, Stříbrná a Šindelová.
Popis	ORP Kraslice je druhým nejmenším ORP v Karlovarském kraji za ORP Aš. Počtem obyvatel i hustotou osídlení se řadí na poslední místo za všechna ostatní ORP.
Demografické údaje	Podíl seniorské složky populace se pohybuje téměř na krajském průměru. Zastoupení starších seniorů je velmi podprůměrné. Jako mírně nadprůměrný je růst počtu seniorů 65+ v posledních letech (2013–2018), u starších seniorů 85+ je růst velmi podprůměrný. V ORP Kraslice ve sledovaném období ubylo téměř 500 obyvatel, více než 400 seniorů však přibylo.[30]
Strategické plánování sociálních služeb (dle vyjádření referujících pracovníků ORP)	
Problematika Demence	Respondent z ORP Kraslice uvádí, že problematika demence bude pravděpodobně v budoucnu do komunitního plánu zařazena. Aktuálně tomu tak není. Doplňují, že komunitní plán není aktualizován.
Problematika Získané tělesné postižení	Stejná odpověď (není – bude) je uvedena v této položce u osob se získaným tělesným postižením.
Problematika Neformální pečující	Téma neformálních pečujících není zahrnuto do stávajícího komunitního plánu.
Počet poskytovatelů na území ORP celkem bez ohledu na referenční skupiny [31]	
Pobytové	Na území ORP Kraslice nesídlí žádné pobytové služby pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Předpokládá se, že tuto péči občané čerpají v jiných ORP (pravděpodobné, ORP Sokolov, příp. Aš, Cheb, nebo Ostrov).
Ambulantní	V ORP Kraslice působí 3 poskytovatelé pečovatelské služby. V ORP Kraslice není pečovatelská služba poskytována na celém území ORP rovnoměrně. V 5 obcích (62,5 %) na území ORP (Bublava, Jindřichovice, Přebuz, Stříbrná, Šindelová73) nemají občané pečovatelskou službu k dispozici, což zasahuje 14,6 % ze všech seniorů, kteří v ORP Kraslice žijí (11,62 % z věkové skupiny 85 +). Pečovatelská služba je poskytována ve městě Kraslice, Rotava a Oloví. Poskytovatelé nabízí své služby i do dalších obcí. Poskytovatelé jsou připraveni službu zahájit bezprostředně po provedeném jednání se

[30] Ibid.
[31] Ibid.

	zájemcem o službu. Pro seniory a OZP v ORP Kraslice jsou k dispozici další terénní a ambulantní služby. Dále je k dispozici služba osobní asistence, terénní, odlehčovací služba a službu rané péče nabízená po celém kraji. Na území ORP je k dispozici také centrum denních služeb, zaměření na cílovou skupinu lidí s mentálním postižením. [32]
Vnímaná dostupnost vhodných sociálních služeb podle vyjádření ORP vzhledem k referenčním skupinám	
Demence	Vhodné služby pro tuto referenční skupinu vnímá respondent ORP jako spíše nedostupné.
Získané tělesné postižení	Stejné stanovisko respondent uvádí u osob se získaným tělesným postižením – spíše nedostupné.
Neformální pečující	Podpora neformálním pečujícím hodnotí zástupce ORP jako spíše nedostupnou.
Poskytování druhů sociální služby a vnímaná potřebnost navýšení kapacity podle vyjádření poskytovatelů	
Demence	Služby poskytované: odborné sociální poradenství, odlehčovací služba, telefonická krizová domov, osobní asistence, podpora samostatného bydlení. Služby s vnímanou potřebou navýšení kapacity: pečovatelská služba, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, denní stacionář. *Pro zjištění podrobné kvantifikované potřebnosti navýšení kapacity doporučujeme provést hlubší analýzu na úrovni ORP.* Služby, kterou nejsou k dispozici: tísňová péče (doporučení iniciovat vznik této služby), centra denních služeb, týdenní stacionáře, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (doporučení iniciovat vznik této služby), domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení (doporučení iniciovat vznik této služby).
Získané tělesné postižení	Služby poskytované: odborné sociální poradenství, odlehčovací služba, osobní asistence. Služba s vnímanou potřebou navýšení kapacity: pečovatelská služba, centra denních služeb, osobní asistence, podpora samostatného bydlení, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, denní stacionář. *Pro zjištění podrobné kvantifikované potřebnosti navýšení kapacity doporučujeme provést hlubší analýzu na úrovni ORP.* Služby, které nejsou k dispozici: tísňová péče (doporučení iniciovat vznik této služby), týdenní stacionáře, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, telefonní krizová pomoc (doporučení iniciovat vznik této služby), sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení (doporučení iniciovat vznik této služby).

[32] Ibid

Přehled ORP MARIÁNSKÉ LÁZNĚ

Obce správního obvodu ORP	Dolní Žandov, Františkovy Lázně, Cheb, Křižovatka, Libá, Lipová, Luby, Milhostov, Milíkov, Nebanice, Nový Kostel, Odrava, Okrouhlá, Plesná, Pomezí n/O, Poustka, Skalná, Třebeň, Tuřany, Velký Luh, Vojtanov.
Popis	ORP Mariánské Lázně je z hlediska výměry ve středu mezi ostatními ORP Karlovarského kraje. Počet obyvatel je zde spíše nízký. Nízkému počtu obyvatel odpovídá vzhledem k rozloze i nízká hustota osídlení.
Demografické údaje (jen senioři)	V ORP Mariánské Lázně je nejvyšší zastoupení seniorské populace v Karlovarském kraji. Nadprůměrný je podíl starších seniorů, nárůst seniorské složky v posledních letech (2013–2018), a to v kategorii seniorů celkem (65+) i kategorii starších seniorů (85+). V ORP Mariánské Lázně ve sledovaném období celkem ubylo více než 250 obyvatel, seniorů však přibylo téměř 800.[33]
Strategické plánování sociálních služeb (dle vyjádření referujících pracovníků ORP)	
	Respondent – zástupce ORP Mariánské Lázně nemá povědomí o tom, zda je jedna či více ze tří problematik zahrnuta do komunitního plánu.
Počet poskytovatelů na území ORP celkem bez ohledu na referenční skupiny [34]	
Pobytové	ORP Mariánské Lázně působí celkem 7 pobytových služeb pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Jejich rozložení po území odpovídá velkosti sídel v tomto ORP. Veškeré pobytové služby pro osoby se zdravotním postižením a seniory jsou umístěny v Mariánských Lázních a Lázních Kynžvart (s výjimkou domova pro osoby se zdravotním postižením v Mnichově). Část kapacit pobytových služeb těchto kapacit je pravděpodobně využita i osobami z jiných ORP. Pobytové služby pro osoby s mentálním postižením jsou na území ORP Mariánské Lázně poskytovány.
Ambulantní/terénní	Ve správním obvodě ORP Mariánské Lázně působí 2 poskytovatelé pečovatelské služby – Domov pro seniory a dům s pečovatelskou službou Mariánské Lázně, příspěvková organizace a Pečovatelská služba v Teplé, příspěvková organizace. První poskytovatel nabízí pouze terénní formu služby, Pečovatelská služba v Teplé, příspěvková organizace nabízí též ambulantní formu. V roce 2018 byla pečovatelská služba poskytnuta u 2,73 % obyvatel ORP v seniorském věku (terénní forma), což je hodnota pod krajským průměrem. V ORP Mariánské Lázně tato služba není poskytována ve všech obcích.

[33] Ibid
[34] Ibid

	ORP Mariánské Lázně je nicméně však z hlediska pokrytí obcí pečovatelskou službou nejlépe zajištěné v celém Karlovarském kraji. Pouze ve 4 obcích (28,6 %) na území ORP (Mnichov, Ovesné Kladruby, Prameny, Trstěnice) nemají občané pečovatelskou službu k dispozici. Pečovatelská služba je poskytována ve městech Mariánské Lázně, Lázně Kynžvart, Teplá a v obcích Drmoul, Stará Voda, Tři Sekery, Valy, Velká Hleďsebe, Vlkovice, Zádub-Závišín. Službu osobní asistence nabízí jedna organizace. K dispozici je terénní odlehčovací službu a službu rané péče pro rodiny s dítětem (do 7 let) se zdravotním hendikepem. Ambulantní forma služby sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením a služba denní stacionář je poskytována. [35]
Vnímaná dostupnost vhodných sociálních služeb podle vyjádření ORP vzhledem k referenčním skupinám	
Demence	Služby spíše nedostupné.
Získané tělesné postižení	Služby spíše nedostupné.
Neformální pečující	Služby spíše nedostupné.
Poskytování druhů sociální služby a vnímaná potřebnost navýšení kapacity podle vyjádření poskytovatelů	
Demence	Služby poskytované: odborné sociální poradenství, pečovatelská služba, odlehčovací služba, telefonická krizová pomoc, domov pro osoby se zdravotním postižením, podpora samostatného bydlení. Služby s vnímanou potřebou navýšení kapacity: pečovatelská služba, osobní asistence, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, denní stacionář. *Pro zjištění kvantifikované potřebnosti navýšení kapacity doporučujeme provést hlubší analýzu na úrovni ORP.* Služby, kterou nejsou k dispozici: tísňová péče (doporučení iniciovat vznik této služby), centra denních služeb, týdenní stacionáře, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (doporučení iniciovat vznik této služby), chráněné bydlení (doporučení iniciovat vznik této služby).
Získané tělesné postižení	Služby poskytované: odborné sociální poradenství, pečovatelská služba, odlehčovací služba. Služby s vnímanou potřebou navýšení kapacity: osobní asistence, podpora samostatného bydlení, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, denní stacionář. *Pro zjištění kvantifikované potřebnosti navýšení kapacity doporučujeme provést hlubší analýzu na úrovni ORP.*

[35] Karlovarský kraj. Dlouhodobé směřování Karlovarského kraje v oblasti zajištění a rozvoje podpory seniorů a osob se zdravotním postižením.

	Služby, které nejsou k dispozici: tísňová péče (doporučení iniciovat vznik této služby), telefonická krizová pomoc (doporučení iniciovat vznik této služby), centra denních služeb, týdenní stacionáře, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (doporučení iniciovat vznik této služby), chráněné bydlení (doporučení iniciovat vznik této služby).

Přehled ORP OSTROV

Obce správního obvodu ORP	Abertamy, Boží Dar, Doupovské Hradiště, Hájek, Horní Blatná, Hroznětín, Jáchymov, Krásný Les, Merklín, Ostrov, Pernink, Potůčky, Stráž nad Ohří, Velichov a Vojkovice.
Popis	ORP Ostrov je menší výměrou. Počtem obyvatel je přesně ve středu mezi ostatními ORP. Hustotou osídlení je také uprostřed.
Demografické údaje (jen senioři)	Po Ašsku a Sokolovsku má nejnižší zastoupení seniorské složky populace v celém Karlovarském kraji. Podíl starších seniorů je však mírně nadprůměrný. Nárůst počtu seniorů v posledních letech (2013–2018) je nadprůměrný, u starších seniorů (85+) extrémně vysoký. Úbytek obyvatel mezi lety 2013 a 2018 celkem činil více než 800 obyvatel, přičemž naopak přibylo téměř 800 seniorů.[36]
Strategické plánování sociálních služeb.	
Problematika Demence	Problematika demence není v komunitním plánu obsažena s předpokladem doplnění.
Problematika Získané tělesné postižení	Problematika Získané tělesné postižení je v komunitním plánu okrajově obsažena.
Problematika Neformální pečující	Podobně problematika neformálních pečujících je v komunitním plánu obsažena.
Počet poskytovatelů na území ORP celkem bez ohledu na referenční skupiny	
Pobytové	V ORP Ostrov působí celkem 6 pobytových služeb orientovaných na osoby se zdravotním postižením a seniory s umístěním v Ostrově, Perninku a v Jáchymově. Pobytové služby pro OZP a seniory sídlící na území ORP Ostrov poskytují služby i obyvatelům jiných ORP Karlovarského kraje, s velkou pravděpodobností z ORP Karlovy Vary. Na území ORP Ostrov rovněž sídlí pobytové služby poskytující služby pro osoby s mentálním postižením.
Ambulantní/terénní	V ORP Ostrov působí 2 poskytovatelé pečovatelské služby. ORP Ostrov je ORP s nejnižším pokrytím pečovatelskou službou, v celkem 10 obcích (Abertamy, Boží Dar, Doupovské Hradiště, Hájek, Horní Blatná, Krásný Les, Merklín, Potůčky, Stráž nad Ohří, Velichov), což je 66,7 % ze všech obcí v ORP, nemají občané pečovatelskou službu k dispozici. Pro seniory a OZP v ORP Ostrov jsou k dispozici další terénní a ambulantní služby. Službu osobní asistence zde nerealizuje žádný z poskytovatelů. Dále je zde k dispozici sociálně aktivizační služba pro seniory a osoby se zdravotním postižením, a to jak v terénní, tak v ambulantní formě, stejně tak průvodcovské a předčitatelské služby, služba sociální

[36] Ibid

	rehabilitace a služba podpora samostatného bydlení. Terénní odlehčovací službu a službu rané péče pro rodiny s dítětem (do 7 let) se zdravotním hendikepem je nabízena po celém kraji.[37]
Vnímaná dostupnost vhodných sociálních služeb podle vyjádření ORP vzhledem k referenčním skupinám	
Demence	Vhodné služby pro osoby s demencí jsou ze strany ORP hodnoceny jako nedostupné.
Získané tělesné postižení	Podle ORP jsou vhodné služby pro osoby se získaným tělesným postižením v ORP Ostrov spíše dostupné.
Neformální pečující	Podpora neformálním pečujícím je spíše nedostupná.
Poskytování druhů sociální služby a vnímaná potřebnost navýšení kapacity podle vyjádření poskytovatelů	
Demence	Služby poskytované: odborné sociální poradenství, odlehčovací služby, telefonická krizová pomoc, domov pro osoby se zdravotním postižením, podpora samostatného bydlení. Služby s vnímanou potřebou navýšení kapacity: pečovatelská služba, osobní asistence, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, denní stacionář. *Pro zjištění kvantifikované potřebnosti navýšení kapacity doporučujeme provést hlubší analýzu na úrovni ORP.* Služby, které nejsou k dispozici: tísňová péče (doporučení iniciovat vznik této služby), centra denních služeb, týdenní stacionáře, sociální služba poskytovaná ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (doporučení iniciovat vznik této služby), chráněné bydlení (doporučení iniciovat vznik této služby)
Získané tělesné postižení	Služby poskytované: odborné sociální poradenství, domov pro osoby se zdravotním postižením. Služby s vnímanou potřebou navýšení kapacity: pečovatelská služba, osobní asistence, podpora samostatného bydlení, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, denní stacionář. *Pro zjištění kvantifikované potřebnosti navýšení kapacity doporučujeme provést hlubší analýzu na úrovni ORP.* Služby, které nejsou k dispozici: tísňová péče (doporučení iniciovat vznik této služby), centra denních služeb, týdenní stacionáře, sociální služba poskytovaná ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče, telefonická krizová pomoc (doporučení iniciovat vznik této služby), sociálně aktivizační služby pro

[37] Ibid

	seniory a osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení postižením (doporučení iniciovat vznik této služby).

Přehled ORP SOKOLOV

Obce správního obvodu ORP	Březová, Bukovany, Citice, Dasnice, Dolní Nivy, Dolní Rychnov, Habartov, Horní Slavkov, Chlum Svaté Maří, Chodov, Josefov, Kaceřov, Krajková, Královské, Pořící, Krásno, Kynšperk nad Ohří, Libavské Údolí, Loket, Lomnice, Nová Ves, Nové Sedlo, Rovná, Sokolov, Staré Sedlo, Svatava, Šabina, Tatrovice, Těšovice, Vintířov, Vřesová.
Popis	ORP Sokolov je výměrou na třetím místě, za ORP Karlovy Vary a Cheb. S nevýrazným rozdílem vůči Chebu. Počtem obyvatel je na druhém místě za ORP Karlovy Vary. Hustotou obyvatel se Sokolov řadí na první místo.
Demografické údaje (jen senioři)	ORP vykazuje pozitivnější věkovou strukturu s 2. nejnižším podílem seniorů na celkovém počtu obyvatel. Vůbec nejnižší podíl vykazuje ORP u seniorů ve věku nad 85 let. Vývoj počtu seniorů (65+ i 85+) pak v posledních letech (2013–2018) dosahoval mírně podprůměrných hodnot. V ORP Sokolov ubylo téměř 2 000 obyvatel a téměř stejný počet seniorů zároveň přibyl.[38]
Strategické plánování sociálních služeb	
Problematika Demence	Problematika Demence je okrajově obsažena v komunitním plánu.
Problematika Získané tělesné postižení	Problematika Získané tělesné postižení je okrajově obsažena v komunitním plánu.
Problematika Neformální pečující	Problematika Neformální pečující je okrajově obsažena v komunitním plánu.
Počet poskytovatelů na území ORP celkem bez ohledu na referenční skupiny [39]	
Pobytové	V ORP Sokolov poskytuje pobytové služby-14 pobytových služeb pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Jedná se o nejvyšší počet ze všech ORP v Karlovarském kraji. Rozložení služby po území ORP je spíše rovnoměrné s přesahem do více obcí v rámci ORP.
Ambulantní /terénní	V ORP Sokolov působí 8 poskytovatelů pečovatelské služby. Službu poskytují nejen v terénu, ale nabízí i ambulantní formu. V roce 2018 byla pečovatelská služba poskytnuta u zhruba 5,13 % obyvatel ORP v seniorském věku (v terénní formě, ambulantně pak u 0,08 % seniorů), což je nad krajským průměrem. Také v ORP Sokolov platí, že služba není poskytována na celém území ORP rovnoměrně, tedy ve všech místech, kde senioři žijí. Ve 12 obcích (z celkových 30) na území ORP nemají občané pečovatelskou službu k dispozici, což zasahuje 7,64 % ze všech seniorů, kteří v ORP Sokolov

[38] Ibid
[39] Ibid

	žijí (5,34 % z věkové skupiny 85 +). Pečovatelská služba je tak poskytována v 18 obcích – Březová, Dolní Nivy, Dolní Rychnov, Habartov, Horní Slavkov, Chlum svaté Máří, Chodov, Krajková, Krásno, Kynšperk nad Ohří, Libavské Údolí, Loket, Lomnice, Nové Sedlo, Sokolov, Staré Sedlo, Svatava a Šabina. Pro seniory a OZP v ORP Sokolov jsou k dispozici další terénní a ambulantní služby. Službu osobní asistence nabízí v tomto ORP 2 organizace, dále sociálně aktivizační služba pro seniory a osoby se zdravotním postižením, a to jak v terénní, tak v ambulantní formě, stejně tak průvodcovské a předčitatelské služby a služba sociální rehabilitace, služba podpora samostatného bydlení a denní stacionář a centrum denních služeb, sociálně terapeutická dílna, terénní odlehčovací služba a služba rané péče a tísňová péče.[40]
Vnímaná dostupnost vhodných sociálních služeb podle vyjádření ORP	
Demence	Podle ORP Sokolov jsou vhodné sociální služby pro osoby trpící demencí nedostupné.
Získané tělesné postižení	ORP Sokolov podobně hodnotí vhodné sociální služby pro osoby se získaným tělesným postižením jako nedostupné.
Neformální pečující	Podpora neformálních pečujících je vnímána ze strany ORP Sokolov jako spíše nedostupná.
Poskytování druhů sociální služby a vnímaná potřebnost navýšení kapacity podle vyjádření poskytovatelů	
Demence (zdroj poskytovatelé)	Služby poskytované: odlehčovací služba, centra denních služeb, sociální služba poskytovaná ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče, telefonní krizová pomoc, podpora samostatného bydlení. Služby s vnímanou potřebou navýšení kapacity: odborné sociální poradenství, pečovatelská služba, osobní asistence, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, denní stacionář. *Pro zjištění kvantifikované potřebnosti navýšení kapacity doporučujeme provést hlubší analýzu na úrovni ORP.* Služby, které nejsou k dispozici: tísňová péče (doporučení iniciovat vznik této služby), týdenní stacionáře, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (doporučení iniciovat vznik této služby), chráněné bydlení (doporučení iniciovat vznik této služby).
Získané tělesné postižení	Služby poskytované: odborné sociální poradenství, odlehčovací služba, Služby s vnímanou potřebou navýšení kapacity: pečovatelská služba, centra denních služeb, osobní asistence, domov pro osoby se zdravotním postižením, podpora samostatného bydlení, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, denní stacionář.

[40] Karlovarský kraj. *Dlouhodobé směřování Karlovarského kraje v oblasti zajištění a rozvoje podpory seniorů a osob se zdravotním postižením.*

	Služby, které nejsou k dispozici: tísňová péče, týdenní stacionáře, telefonická krizová pomoc, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (doporučení iniciovat vznik této služby), chráněné bydlení (doporučení iniciovat vznik této služby).

Koordinace sociálních služeb a zdravotnictví

Osoby s demencí jsou typickým příkladem potřeby jak zdravotnických, tak sociálních služeb. Soběstačnost těchto osob se v důsledku jejich nemoci zhoršuje a potřebují proto sociálních služby. Koordinace obou oblastí je proto zásadní. V České republice však přetrvává propast mezi zdravotnickými a sociálními službami, jejich nedostatečná propojenost, návaznost a koordinace.

Jak referující pracovníci ORP a poskytovatelé vnímají koordinaci sociálních služeb a služeb a zdravotnictví jsme zjišťovali prostřednictvím dotazníkového šetření. Většina respondentů referujících za dotčené obce považují sociální péči a zdravotnictví za nekoordinované (57 %) a 7 % se k otázce nevyjádřila. Přibližně jedna třetina referujících poskytovatelů sociálních služeb rovněž uvedlo, že odpověď neznají nebo si odpovědí nejsou jistí. Polovina z nich vnímá koordinaci jako nedostatečnou.

Tabulka 12 Koordinace sociálních služeb a zdravotnictví

Odpověď	ORP N/%	Poskytovatelé N/%
Ne	8/57	30/50
Ano	5/36	13/22
Nevím/nejsem si jist	1/7	17/28
Celkem	14/100	60/100

Zdroj: Dotazníkové šetření. Vlastní analýza

Respondenti v komentářích doplňovali vlastní zkušenosti a doporučení. Patřila mezi ně nízká informovat některých praktických lékařů o sociálních službách: *„Jednou z možných cest by asi bylo další vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti sociálních služeb. ……V praxi narážíme na to, že zdravotníci nemají ani základní vzdělání v oblasti sociálních služeb, vzájemné návaznosti, možnostech, pracovní době, systému dávek atd. Stále převládá názor, že lidé od 2. stupně PnP (příspěvek na péči, pozn. autorů) patří do pobytové služby a lékaři často vytváří tlak na rodiny k umístění blízkých do pobytových služeb i v případech, kdy by za podpory terénní služby byli schopni žít ve svém přirozeném prostředí. A dle mých zkušeností je problémem ve zdravotnictví i to, že se ve zdravotnických zařízeních nezabývá personál pacienty individuálně. Přistupují k němu, jako k číslu diagnózy. Proto pacienty posuzují jaksi všeobecně dle obecných projevů, progresu a charakteristik jednotlivých diagnóz.“*

Odkazování uživatelů na pobytové sociální služby spíše než na služby terénní nebo ambulantní je rovněž jedním z témat: *„Lepší informovanost ošetřujících lékařů – stále se setkáváme s názory ošetřujících lékařů, že tito uživatelé patří do pobytových služeb nebo nemocnic následné péče, podpora ze strany lékařů je velice špatná.“*

Další zmiňované téma je dostupnost zdravotní péče a vztahu zdravotnických zařízení vůči poskytovatelům sociálních služeb tak, jak ho vnímá jeden z respondentů: *„Zlepšit dostupnost zdravotní péče obecně – potom můžete něco koordinovat. Zásadně zlepšit*

informovanost lékařů o možnostech a rozsahu v jakém je konkrétní soc. služba schopna poskytovat zdravotní péči. Když se to lékařům (nemocnici) hodí, tak jsme téměř zdravotnické zařízení a v jiných případech nekompetentní amatéři, s kterými se nebudou bavit.“

Jeden z respondentů doplňuje: *„Není dostatečně dostupná spolupráce s lékaři – psychiatry. Prozatím máme málo zkušeností, a dosavadní nejsou příliš optimistické.“*

Další respondent k tomu doplňuje: *„Zdravotnická zařízení, a především lékaři by se měli více zajímat o sociální služby. Naše zkušenost je, že mají malé ponětí o tom, co terénní sociální služba – osobní asistence – poskytuje.“*

Respondenti také vyzdvihovali důležitost informovat klienty sociálních služeb již během hospitalizace ve zdravotnických zařízeních: *„Je nutné podat řádné informace klientům již ve zdravotnickém zařízení.“* Během ohniskové skupiny účastníci zmiňovali význam sociálního pracovníka nemocnic. Takového sociálního pracovníka by měly mít i nemocnice s menší kapacitou. Zaznělo také doporučení věnovat se pacientům propouštěných z hospitalizace, kteří jsou závislí na péči jiné fyzické osoby: *„Sociální pracovnice nemocnic pracují spíše s pacienty po dlouhodobé hospitalizaci. „*

Pro zkvalitnění spolupráce a kompatibility sociální péče a zdravotnictví zaznělo také doporučení zřídit pozici koordinátora na úrovni kraje případně svazku obcí.

Profesní rozvoj

Uvedení do problematiky

V další části analýzy jsme se zabývali tématem dalšího vzdělávání pracovníků v sociálních službách a pracovníků odborů sociálních věcí obcí II. a III. typu, kteří vykonávají státní správu a samosprávu v předmětné oblasti. Identifikovaná témata dalšího vzdělávání lze shledat za prospěšná i pro neformální pečující, případně dobrovolníky (například pro doprovázení na zájmové či kulturní aktivity atp.).

Odbornost poskytované sociální služby je podmíněna dobrou personální prací, jejíž nedílnou součástí je průběžné upevňování a doplňování kvalifikace odborných znalostí a dovedností pracovníků. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů ukládá povinnost zaměstnavateli, aby zabezpečil pracovníkovi v sociálních službách další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok.

Význam dalšího vzdělávání personálu v kontextu práce s osobami závislých na péči jiné fyzické osoby v důsledku neurodegenerativních onemocnění zmiňuje *Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění 2016–2019* v prioritních oblastech *Podpora a rozvoj vzdělávání pro profesionální pečující a Vzdělávání pracovníků ve školství a veřejném sektoru*.[41]

Další vzdělávání zaměstnanců by mělo korespondovat s vyhodnocením jejich osobních profesních cílů a potřeb další odborné kvalifikace. Zaměstnanci by měli mít vypracovaný individuálně stanovený plán dalšího vzdělávání, minimálně v rozsahu stanoveném právními předpisy. Koncipování programů dalšího vzdělávání pro větší celky poskytovatelů např. v rámci kraji, svazku obcí, profesní organizace) navíc vyžaduje odpovídající znalost místních a regionálních specifik.

Metodologická východiska

Tato část analýzy sledovala čtyři dílčí cíle: Zjistit úroveň povědomí pracovníků v sociálních službách a pracovníků veřejné správy o problematice sociální práce s předmětnými referenčními skupinami v rámci neurodegenerativních onemocnění a:

- Identifikovat tematické oblasti vnímané jako potřebné posílit.
- Zmapovat nabídku nabízených relevantních programů dalšího vzdělávání.
- U identifikovaných tematických oblastí stanovit předpokládanou minimální kapacitu účastníků vzdělávání.

Dodavatel sledoval ukazatele související s referenčními skupinami, tj. osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby v důsledku neurodegenerativního onemocnění, tj. osoby s demencí, osoby se získaným tělesným postižením.

[41] https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-alzheimerovu-nemoc-a-dalsi-obdobna-onemocneni-na-leta-2016-2019/

Pro sběr dat byl vytvořen on-line dotazník s uzavřenými otázkami a s možností vložení doplňujících komentářů. Dotazník obsahoval položky – vnímaná naléhavost nízkého povědomí odborné veřejnosti, odborné znalosti, potřebnost vzdělávání z hlediska obsahů a předpokládaná minimální kapacita účastníků participujících na aktivitách dalších vzdělávání.

V dalším kroku jsme provedli obsahovou analýzu dat v současnosti nabízených kurzů dalšího vzdělávaní zaměřených na problematiku práce s lidmi s neurodegenerativním onemocněním a s jejich neformálními pečujícími. Na základě výsledků této analýzy jsme pak vytvořili inventář dílčích položek – témat dalšího vzdělávání. Posléze byl ke zjištěným tématům přiřazen zjištěný minimální počet participantů.

Při formulování závěrů a doporučení jsme vedle dat získaných z dotazníkového šetření vycházeli z analýzy rozhovorů s neformálními pečujícími a dále z výstupů ohniskových skupin realizovaných se zástupci 7 ORP Karlovarského kraje.

Tabulka 13 Další vzdělávání – respondenti

Respondenti podle příslušnosti	N	%
Krajský úřad	1	1,8
Poskytovatel sociální služby – soukromý subjekt (s.r.o. apod.)	3	5,5
Poskytovatel sociálních služeb – příspěvková organizace kraje	13	23,6
Poskytovatel sociálních služeb – nezisková organizace např. zapsaný spolek, zapsaný ústav, o.p.s., církve apod.	19	34,5
Poskytovatel domácí péče	1	1,8
Pověřený obecní úřad/obec II. typu	14	25,5
Organizační složka města	3	5,5
Obecní úřad obce s rozšířenou působností/ obec III. typu	1	1,8
Celkem	55	100

Výzkumný soubor tvořili převážně poskytovatelé sociálních služeb (n=35), dále zástupci obcí (n=15), 3 respondenti referující za organizační složku města, jeden zástupce Krajského úřadu Karlovarského kraje a jeden respondent – poskytovatel domácí péče.

Celkem bylo osloveno 127 zástupců poskytovatelů sociálních služeb, pracovníků veřejné správy vybraných obcí, kraje a zástupce domácí zdravotní péče. Dotazník vyplnilo celkem 55 respondentů. Návratnost činila 43 %. Zde je nutné připomenout, že dotazník byl rozeslán poskytovatelům sociálním služeb bez ohledu na jejich cílové skupiny. Lze proto předpokládat, že poskytovatelé, kteří v daném okamžiku neposkytovali služby osobám s demencí či osobám se získaným tělesným postižením, na dotazník spíše neodpovídali. Výsledky lze považovat za spolehlivé, nicméně orientační.

Výsledky

Povědomí odborné veřejnosti

Na základě zjištění jiných výzkumů jsme vycházeli z předpokladu, že povědomí odborné veřejnosti o těchto onemocněních a o specificích v přístupu k těmto jedincům a péči o ně je spíše nižší. [42] Pro účely této zprávy chápeme odbornou veřejností zejména pracovníky příslušných odborů sociálních věcí na obecních úřadech a také pracovníky organizací poskytující sociální služby. Zjišťovali jsme, jakou naléhavost přikládají respondenti problematice nízkého povědomí odborné veřejnosti o tematických oblastech demence, získaná tělesná postižení a neformální péče.

Tabulka 14 Povědomí odborné veřejnosti

Otázka nízkého povědomí	Tematická oblast					
	Demence		Získaná tělesná postižení		Neformální pečující	
	N	%	N	%	N	%
velmi naléhavá	21	38,2	11	20,0	24	43,6
spíše naléhavá	24	43,6	30	54,5	21	38,2
nevím/nejsem si jist/-a	7	12,7	7	12,7	9	16,4
spíše neaktuální	3	5,5	7	12,7	1	1,8
zcela neaktuální	0	-	0	-	0	-

Zdroj: Dotazníkové šetření. Vlastní analýza

Respondenti vnímají otázku nízkého povědomí odborné veřejnosti o problematice demence, získaná tělesná postižení a neformální pečující jako velmi naléhavou. Preference respondentů u tří tematických oblastí nevykazují významné rozdíly. 82 % respondentů považuje za naléhavou jak otázku demence, tak otázku neformální péče (velmi naléhavá, spíše naléhavé), naléhavost tématu získaných tělesných postižení pak vnímá 75 % respondentů. Pouze jeden respondent vnímá téma neformálních pečujících jako neaktuální.

Na nízkou informovanost také laické veřejnosti poukazuje jeden respondent: *„Více informovat veřejnost a rodiny, aby pochopily, že existují sociální služby a není třeba dávat příbuzné do pobytových zařízení.“*

Další respondent doplňuje: *„Sociální služba, která se stará o občany s demencí nebo tělesným postižením, má určitě svoje pracovníky vyškolené na tuto problematiku.“*

[42] Česká alzheimerovská společnost (2016). *Zpráva o stavu demence 2016.*

Z dalšího komentáře lze nicméně usuzovat nižší povědomí spíše u té části odborné veřejnosti, která se sledovanými skupinami přímo nepracuje: *„Ti, kdo pracují s uvedenými cílovými skupinami, jsou vesměs dostatečně informováni a pravidelně se dovzdělávají. Pro ostatní je to okrajová záležitost.“*

Naléhavým problémem ve smyslu informování laické a odborné veřejnosti se zdá být role praktických lékařů. *„Informovanost veřejnosti je povětšinou ze strany lékařského personálu k této problematice, a ta není vždy objektivní a přesná.“*

Další komentář srovnává odbornou orientaci pracovníků sociálních služeb a praktických lékařů: *„…pracovníci sociálních služeb, i na pozicích jako PSS (pracovník v sociálních službách (pozn. autorů) mají často lepší znalosti v oblasti péče o osoby, které nejsou zcela orientované než řada lékařů, od kterých by se to očekávalo. V našem kraji – Karlovarském je velkým problém zdravotní péče. Lékaři jsou totiž často první, s kým svoji situaci v důsledku zhoršení zdravotního stavu lidé řeší. A zde se setkávám se dvěma neprosto odlišnými a v obou případech extrémními přístupy lékařů. V prvním případě jsou zde zarytí propagátoři pobytových služeb. Jen aby nemuseli nic řešit, je pro ně jediné řešení odchod do pobytové služby. A často jsou schopní na rodiny vytvořit takový tlak, že se na mě obrací naprosto zoufalí příbuzní, kteří nevědí, co dělat. Důvodem je to, že jim, s třicetiletou, nebo i delší praxí nebude nikdo radit. Ustrnuli ve stojatých vodách, a že se nejen společnost, a celá oblast sociálních služeb za ta léta dost změnila, jim trochu uniká. A nemají ani základní představu o činnosti sociálních služeb …. Chápu, že lékaři mají mnoho pacientů, a nemohou asi řešit každého individuálně. Ale myslím si, že je lepší, než aby pacientům vykládali úplné nesmysly, aby předali kontakt na pracovníky úřadů, nebo sociální pracovníky služeb. “*

Shrneme – li výše uvedené, je otázka nízkého povědomí odborné veřejnosti o problematice demence, získaného tělesného postižení a neformálních pečujících vnímána jako aktuální. Plán Karlovarského kraje připravit a realizovat aktivity dalšího vzdělávání v předmětných oblastech je adekvátní a odpovídající zjištěné situaci. Zároveň je však třeba připravit kroky, které přispějí ke zvyšování povědomí také praktických lékařů o vhodných sociálních službách komunitního charakteru a nedocházelo k odkazování zájemců o službu na výhradně pobytové sociální služby (domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, domov pro osoby se zdravotním postižením apod.).

Vnímaná úroveň orientace odborných pracovníků v tematických oblastech

Nízké povědomí odborné veřejnosti o problematice neurodegenerativních onemocnění v kontextu sociálních služeb bylo respondenty vnímáno jako naléhavý problém. V tabulce 15 uvádíme, byť poněkud překvapivé zjištění, podle kterého tři čtvrtiny respondentů hodnotí odbornou vybavenost pracovníků za spíše uspokojivou, a to ve všech třech tematických oblastech.

Tabulka 15 Orientace pracovníků v tematických oblastech

Orientace	**Tematická oblast**					
	Demence		**Získaná tělesná postižení**		**Neformální pečující**	
	N	%	N	%	N	%
velmi dobrá	25	45,5	28	48,3	21	38,2
spíše uspokojivá	15	27,3	17	29,3	20	36,4
uspokojivá – celkem	***40***	***72,2***	***45***	***77,6***	***41***	***74,5***
nejsem si jist/-a	6	10,9	8	13,8	6	10,9
nedostatečné	6	10,9	2	3,4	6	10,9
není relevantní	3	5,5	3	5,2	2	3,6

Zdroj. Dotazníkové šetření. Vlastní analýza

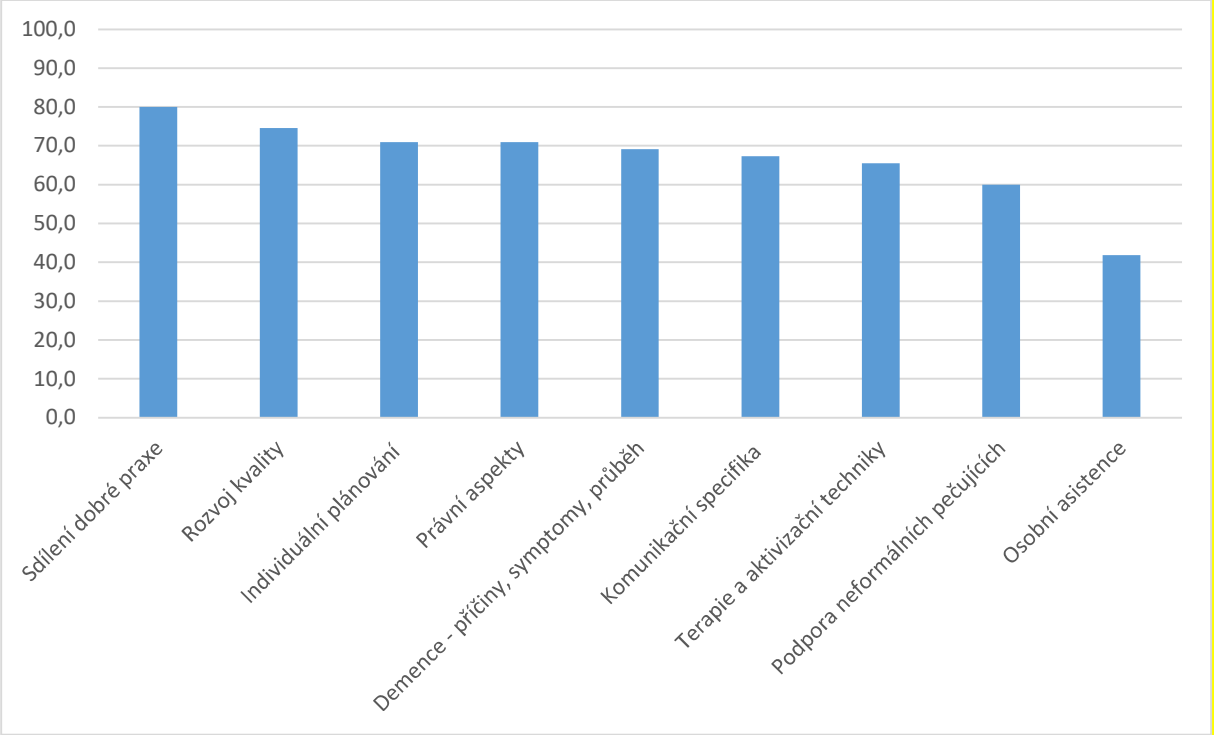
Vnímaná okamžitá potřebnost vzdělávání z hlediska témat

Další položka dotazníku se týkala témat dalšího vzdělávání. Zjišťovali jsme, jaká témata respondenti vnímají jako potřebná. Respondenti hodnotili položky ze souboru témat, který jsme sestavili na základě rešerše relevantních kurzů dalšího vzdělávání. Soubor obsahoval následující témata: sdílení dobré praxe, rozvoj kvality, individuální plánování, právní aspekty, demence – příčiny, symptomy, průběh, komunikační specifika, terapie a aktivizační techniky, podpora neformálních pečujících, osobní asistence.

Respondenti pokládají všechna uváděná témata za potřebná, nicméně s několika dílčími varietami (v tabulce 16 a grafu 2). Ve výsledné preferenční hierarchii z hlediska potřebnosti je na prvním místě téma *Sdílení dobré praxe.* Na druhé pozici následuje téma *Rozvoj kvality* a na třetím místě *Individuální plánování*. Méně preferencí vykazuje položka *Podpora neformálních pečujících* a *Osobní asistence*. Zde doplňujeme, že podle výzkumů mají respondenti dotazníkových šetření tendenci preferovat ty položky (zde témata vzdělávání), se kterými již mají vlastní zkušenost. Je proto třeba takto vnímat prezentovaný výsledek a

neopomíjet význam těch témat, která respondenti hodnotili jako méně významná. Rovněž s ohledem na relativně nízký počet neformálních pečujících, se kterými jsou v kontaktu poskytovatelé sociálních služeb a pracovníci veřejné správy (respondenti), je potřebné považovat nižší preference u položky *Neformální pečující* za méně vypovídající. Při koncipování programu dalšího vzdělávání proto doporučujeme zařadit i tato respondenty méně preferovaná témata. K tomuto doporučení nás také opravňují výstupy ohniskových skupin se zástupci ORP, ve kterých informanti poukazovali na nedostačující spolupráci s neformálními pečujícími. Také rozhovory s neformálními pečujícími naznačily, že dílčím faktorem jejich svízelné situace je nízká podpora (formální či neformální) ze strany obcí. Posilování odborných kompetencí sociálních pracovníků obecních úřadů v podpoře neformálních pečujících proto rovněž považujeme za potřebné.

Graf 2 Potřebnost vzdělávání z hlediska témat



Respondenti ve svých komentářích uváděli náměty pro další vzdělávání. Jedním z nich je práce s rizikovými situacemi a zajištění bezpečné služby: *„Za zásadní považuji … práce s rizikem, nouzové a havarijní situace a podobná témata, která poskytovatelům zvýší pravděpodobnost poskytování bezpečné služby pro klienty a zároveň v souladu s právy těchto klientů.“*

Také následující komentář doplňuje uvedený výčet o další témata: *„… Zdravotní aspekty; komunikace s blízkými a rodinou; rozvoj znalostí konceptů péče, např. reminiscence, bazální stimulace, paliativní péče; možnosti hospicové péče v pobytové sociální službě.“*

Z komentářů lze dovodit, že některé organizace zajišťují svým pracovníkům vzdělávání, které odpovídá aktuálním potřebám jak organizace, tak pracovníků. *„Zaměstnanci jsou pravidelně informování o novinkách v dané oblasti.“*

„Kurzy a semináře vybírané naší organizací (pro školení) jsou cílené se zaměřením na konkrétní problémy (zdravotní i sociální) uživatelů soc. služeb.“

„Jsme zapojeni do programu Žít doma Máme dostatek nabídek“.[43]

„…. Na téma demence a práce s lidmi s tělesným postižením u nás pracovníci často proškolováni již řadu let a tato praxe bude u nás i nadále pokračovat. Školení máme zajištěno ověřenými vzdělavateli…“

Vedle identifikace nosných témat pro další vzdělávání a zjišťování předpokládané minimální kapacity účastníků jsme se zabývali otázkou, na které poskytovatele ve smyslu druhů sociálních služeb, resp. jejich pracovníky zacílit vzdělávací aktivity. Na základě analýzy odborné literatury (Holmerová, Horecký, Hanuš 2016) [44] a expertních konzultací lze usuzovat na následující druhy sociálních služeb: odborné sociální poradenství, osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domov pro seniory je nejvýznamnější sociální služba pro seniory poskytovaná pobytovou formou, domovy se zvláštním režimem, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, telefonická krizová pomoc, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Co se týče pracovníků obecních úřadů a Krajského úřadu Karlovarského kraje, za stěžejní se jeví posílení kompetencí v oblasti podpory neformálních pečujících.

Předpokládaná minimální kapacita aktivit dalšího vzdělávání

Poslední dílčí cíl této části spočíval ve zjištění indikativního minimálního počtu účastníků aktivit dalšího vzdělávání, členěný podle témat. Tabulka 16 obsahuje témata řazená v pořadí podle vnímané potřebnosti. U každé položky je uveden minimální zjištěný počet účastníků. Prezentované počty byly generovány z dat získaných dotazníkovým šetřením. Celková doporučená minimální kapacita vzdělávacích aktivit je 274 účastníků a zahrnuje účastníky z řad poskytovatelů sociálních služeb, sociální a další relevantní pracovníky obecních úřadů a Krajského úřadu Karlovarského kraje, neformální pečující a dobrovolníky.

[43] Projekt realizuje Institut sociální práce s cílem zvýšit dostupnost pomoci pečovatelské služby potřebným osobám v lokalitě její působnosti tak, aby už nemusely předčasně vyhledávat pomoc pobytových služeb.
[44] Iva Holmerová, Jiří Horecký, Petr Hanuš (2016). *Specifika systému poskytování péče o osoby s demencí a jinými specifickými potřebami v České republice a ve Švýcarsku.* APSS.

Tabulka 16 Témata dalšího vzdělávání, doporučená minimální kapacita

Témata dalšího vzdělávání v kontextu práce s osobami s neurodegenerativním onemocněním a s neformálními pečujícími	**Považuje téma za potřebné** %/průměrný skór	**Doporučená minimální kapacita vzdělávacích aktivit** (N)	**Obsahově vhodné zejména pro**
Sdílení dobré praxe v sociálních službách	80,0/3,04	37	Sociální pracovníci obecních úřadů, poskytovatelé sociálních služeb
Rozvoj kvality sociální služby	74,5/3,06	34	Sociální pracovníci obecních úřadů, poskytovatelé sociálních služeb
Individuální plánování sociální služby/Plánování zaměřené na člověka	70,9/3,04	32	Sociální pracovníci obecních úřadů, poskytovatelé sociálních služeb
Právní aspekty demence	70,9/3,04	32	Sociální pracovníci obecních úřadů, poskytovatelé sociálních služeb, neformální pečující
Demence – příčiny, symptomy, průběh	69,1/2,98	32	Sociální pracovníci obecních úřadů, poskytovatelé sociálních služeb, neformální pečující
Komunikační specifika u neurodegenerativních onemocnění	67,3/3,02	31	Poskytovatelé sociálních služeb, neformální pečující, dobrovolníci

Témata dalšího vzdělávání v kontextu práce s osobami s neurodegenerativním onemocněním a s neformálními pečujícími	**Považuje téma za potřebné** %/průměrný skór	**Doporučená minimální kapacita vzdělávacích aktivit** (N)	**Obsahově vhodné zejména pro**
Terapie a aktivizační techniky v práci s lidmi s neurodegenerativním onemocněním	65,5/2,94	30	Poskytovatelé sociálních služeb, neformální pečující, dobrovolníci
Podpora neformálních pečujících	60,0/2,98	27	Sociální pracovníci obecních úřadů, poskytovatelé sociálních služeb, neformální pečující, dobrovolníci
Osobní asistence – cíle, principy a techniky	41,8/2,49	19	Sociální pracovníci obecních úřadů, poskytovatelé sociálních služeb, neformální pečující, dobrovolníci
Celkem		**274**	

Zdroj: Dotazníkové šetření. Vlastní analýza

Neformální pečující

Uvedení do problematiky

Osobám s neurodegenerativním onemocněním, o které se starají a péči zajišťují tzv. neformální pečovatelé v domácnostech, je v posledních letech věnována zvýšená pozornost v evropských i národních strategických dokumentech (např. „Strategie přípravy na stárnutí na období let 2018–2022“ či „Národní koncepce rodinné politiky 2017“). Strategické dokumenty kladou důraz zejména na možnosti rozvoje podpůrných služeb pro neformální pečovatele, jakož i vytvoření vstřícné a oceňující atmosféry.

V předkládané zprávě operujeme s pojmy neformální péče a neformální pečovatelé / resp. pečující. Vycházíme přitom z definice použité v roce 2017 aktualizované verze tzv. Evropské charty rodinných pečovatelů a vycházející z Úmluvy OSN o právech osob s postižením, 2009).[45]

Definice *„neformální péče“* je poměrně široká a opírá se o potřebu zajištění instrumentálních potřeb každodenního života osob, které nejsou z různého důvodu z části nebo zcela schopni zajistit péči o sebe samotného. Míra péče závisí na individuální situaci pečovaného (míře jeho závislosti) a pohybuje se od úkonů zajištění občasné pomoci s nákupy, přes pravidelné podávání léků, emoční podporu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, až po celodenní dvaceti čtyř hodinovou péči druhé osoby. Pojem *„neformální“* definuje roli pečující osoby jako takovou, jejíž činnost není institucionálně ošetřena a nejedná se tedy o profesionální, resp. placenou práci, a tudíž i o činnost bez ošetření zodpovědnosti za poskytovanou péči. Jejím důvodem není primárně zajištění příjmu, ale snaha o vyřešení situace, obvykle v rodině při zajištění přijatelné míry kvality života a s tím související zajištění důstojnosti a možnosti setrvání pečovaného ve svém přirozeném prostředí.

Další autoři definují neformální péči jako péči, která je poskytována převážně rodinou, blízkými přáteli či sousedy. Pečovatelé tedy nejsou k poskytování péče vyškoleni. Poukazují však na to, že v některých případech mohou a je i žádoucí využívat zvláštní kurzy, neboť úkony, které provádějí, jsou často velmi široké, a kromě zajištění každodenních běžných úkonů zahrnují i emocionální pomoc a podporu (Triantafillou et al. 2010).[46]

Z dostupných odborných zdrojů je známo, že jejich postavení je relativně slabé. Příslušné zákonné a podzákonné normy a rovněž tak strategické a koncepční dokumenty je oproti skupinám, jako jsou senioři či osoby se zdravotním postižením, jako cílovou skupinu sociální a veřejné politiky příliš

[45] http://www.coface-eu.org/disability/european-charter-for-family-carers/

[46] Triantafillou, Judy & Naiditch, Michel & Repkova, Kvetoslava & Carretero, Stephanie & Emilsson, Thomas & Bednarik, Rastislav & Brichtova, Lydia & Ceruzzi, Francesca & Cordero, Laura & Mingot, Karl & Ritter, Joachim & Leichsenring, Kai. (2011). *Informal care in the long-term care system.*

nevnímají.[47] Podle OECD tvoří zhruba 70–90 % všech poskytovatelů dlouhodobé péče neformální pečovatelé. Uvádí se, že o každého postiženého demencí, pečují 2 až 3 rodinní příslušníci.[48]

Metodologická východiska

V této kapitole se věnujeme vymezení metodologie analýzy zaměřené na mapování potřeb neformálních pečujících. Záměrem této části studie bylo hlubší poznání žité reality neformálních pečujících. Konkrétně, jak neformální pečovatelé pečující o blízkou nebo jinou osobu vnímají svou aktuální životní situaci, jaký smysl jí přidělují, v čem vidí bariéry ve svém sociálním fungování a co by jim v tomto ohledu pomohlo. Jde o hlubší prozkoumání jejich vnímání situace, tj těch, kteří disponují pro pozorovatele jedinečnou, intenzivní a niternou zkušeností. Zároveň však nelze předpokládat jejich orientaci ve fungování systému sociální pomoci a sociálních služeb. Z této perspektivy je třeba nahlížet i na, v dalším textu předkládané výsledky analýzy. Jde o pohled a doporučení informantů, nikoliv o expertní doporučení.

Konceptualizace výzkumného problému a operacionalizace cílů

Výzkumný problém Potřeby neformálních pečovatelů pečujících o blízkou nebo jinou osobu s neurodegenerativním onemocněním vychází ze zadání prováděné analýzy. Na základě zadání jsme stanovili následující dvě výzkumné oblasti:

- mapování žité reality pečujících – jak neformální pečující popisují svoji životní situaci, co hodnotí jako pozitivní a co je pro ně naopak obtížné, resp. v čem spatřují bariéry v jejich sociálním fungování
- identifikování forem a nástrojů efektivní podpory neformálním pečujícím

Z takto vymezených výzkumných oblastí byly definovány 2 cíle:

- zmapovat potřeby neformálních pečovatelů pečujících o blízkou nebo jinou osobu s neurodegenerativním onemocněním v Karlovarském kraji a zároveň
- identifikovat to, co by neformálním pečujícím z jejich pohledu mohlo pomoci a na základě těchto zjištění formulovat doporučení.

[47] Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR, 2015. https://koopolis.cz/file/home/download/1206?key=2fd7643342

[48] Mátl, Ondřej, Holmerová, Iva a Mátlová, Martina. *Zpráva o stavu demence 2016.* Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s.

Tabulka 17 Konceptualizace výzkumného problému a cílů

Výzkumný problém	
Zmapování potřeb neformálních pečovatelů pečujících o blízkou nebo jinou osobu s neurodegenerativním onemocněním	
Výzkumná oblast 1	**Výzkumná oblast 2**
Zmapování potřeb neformálních pečujících – jejich žité reality-jak neformální pečující popisují svoji životní situaci, co funguje a co je pro ně obtížné, resp. v čem spatřují bariéry v jejich sociálním fungování	Identifikování nástrojů podpory perspektivou neformálních pečujících
Výzkumný cíl 1	**Výzkumný cíl 2**
Zmapovat potřeby neformálních pečovatelů pečujících o blízkou nebo jinou osobu s neurodegenerativním onemocněním v Karlovarském kraji	Identifikovat to, co by neformálním pečujícím z jejich pohledu mohlo pomoci a na základě těchto zjištění formulovat doporučení.

Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvořilo šest informantů, z toho čtyři děti pečující o své nemohoucí rodiče. Jeden informant pečoval o svého nemocného partnera a jeden o své dítě s postižením. Rozhodnutí pečovat o rodinného příslušníka bylo motivováno vnímanou potřebou a nutností se o blízkého člověka postarat. 5 osob ženského pohlaví pocházelo z řad neformálních pečujících (matka pečující o dceru, dcera pečující o otce a matku, dcera pečující o matku, dcera pečující o otce a manželka pečující o manžela) a 1 osoba se nacházela ve dvojroli – pečující a zároveň expert na oblast zdravotního postižení. Motivací k péči bylo zejména to, že se objevily potíže u někoho velmi blízkého, který jejich péči potřebuje, a současně vztahy byly natolik pevné, že by pomoc neodmítli. Dalším zdrojem motivace pro osoby pečující o seniora byla snaha umožnit mu setrvat v jeho přirozeném prostředí, ve kterém se cítí psychicky dobře a na kterém často lpí.

Věk neformálních pečujících se pohyboval mezi 60 a 89 lety, věk pečovaných od 67 do 88 let. Zástupci pečujících byli rekrutováni individuálně, na základě posouzení jejich žité zkušenosti a situace, ve které se nacházeli. Stěžejním kritériem bylo kritérium časové náročnosti péče a rozsahu úkonů péče. Nominaci informantů realizovala pověřená pracovnice Odboru sociálních věcí Krajského úřadu Karlovarského kraje ve spolupráci s poskytovateli sociálních služeb. Z celkového počtu 7 nominovaných respondentů se výzkumné analýzy zúčastnilo 6 informantů, 1 respondent se z účasti omluvil. Získaná

data jsou uchována zabezpečeným způsobem a prezentována anonymně, jen s použitím specifických kódů (NPDP – neformální pečovatel pečující o osobu s neurodegenerativním onemocněním, NPTP – neformální pečovatel pečující o osobu se získaným tělesným postižením).

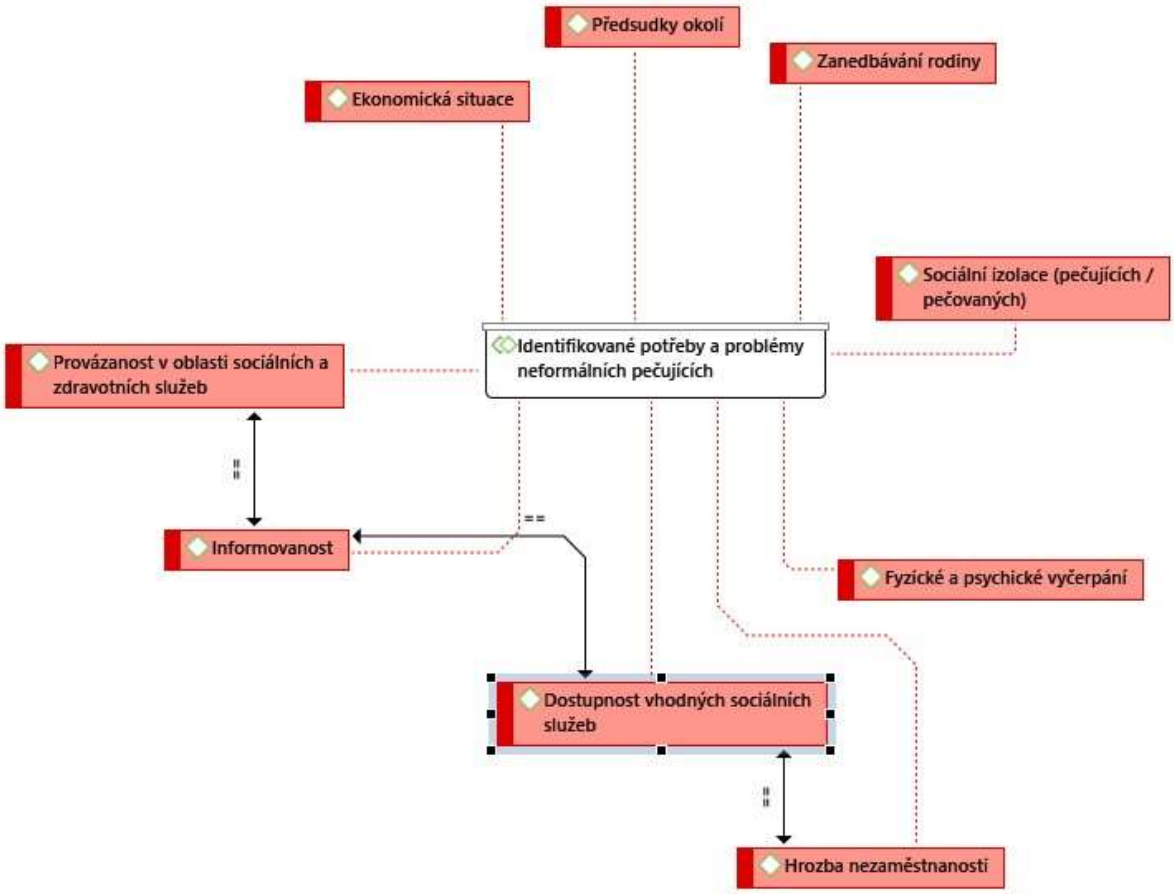
Použité metody

Analýza byla realizována s využitím kvalitativní výzkumné metody, neboť umožňují zachytit, popsat zvláštnosti případů (v našem případě skupiny) a odkrývat příčinné souvislosti.

Rozhovory se 6 informanty se uskutečnily z důvodu pandemie COVID-19 telefonicky v období 05/2020–07/2020. Jednotlivé rozhovory trvaly v rozsahu od 60 minut do 90 minut. Se souhlasem pečujících byly nahrávány a následně doslovně přepsány. Analýza dat byla provedena s pomocí softwarového programu ATLAS.ti. Rozhovory sledovaly rámcovou osnovu z předem definovaných výzkumných domén.

Základní aspekty péče jako např. její intenzita, rozsah či organizace se liší případ od případu, nicméně na základě odborných zdrojů lze identifikovat faktory péče, které ovlivňují její podobu a mají tudíž dopad na osobu, která pečuje a na to, jak žitou zkušenost interpretuje. Výzkumný tým operacionalizoval tyto faktory do 9 problémových okruhů péče (domén): sociální izolace, (nedostatečná) informovanost, fyzické a psychické vyčerpání, (nepříznivá) ekonomická situace, předsudky okolí, hrozba nezaměstnanosti, (ne)dostupnost vhodné sociální služby, zanedbávání rodiny, (ne)provázanost sociálních služeb a zdravotních služeb. Jednotlivé problémové okruhy znázorňuje schéma 2

Schéma 2 Předpokládané problémové okruhy



Zdroj: Vlastní analýza

Rozhovory s neformálními pečujícími měly povahu polostrukturovaných rozhovorů. Předpokladem tedy bylo, že nad rámec základní stanovené struktury otázek rozhovoru mohou pečující tuto strukturu obohatit o zcela nový aspekt. Informanti byli vyzváni, aby se vyjadřovali i k tomu, jaká by měli doporučení a co by jim v jejich situaci pomohlo. A to jak do budoucna, tak i retrospektivně.

Tabulka 18 Vedení polostrukturovaných rozhovorů

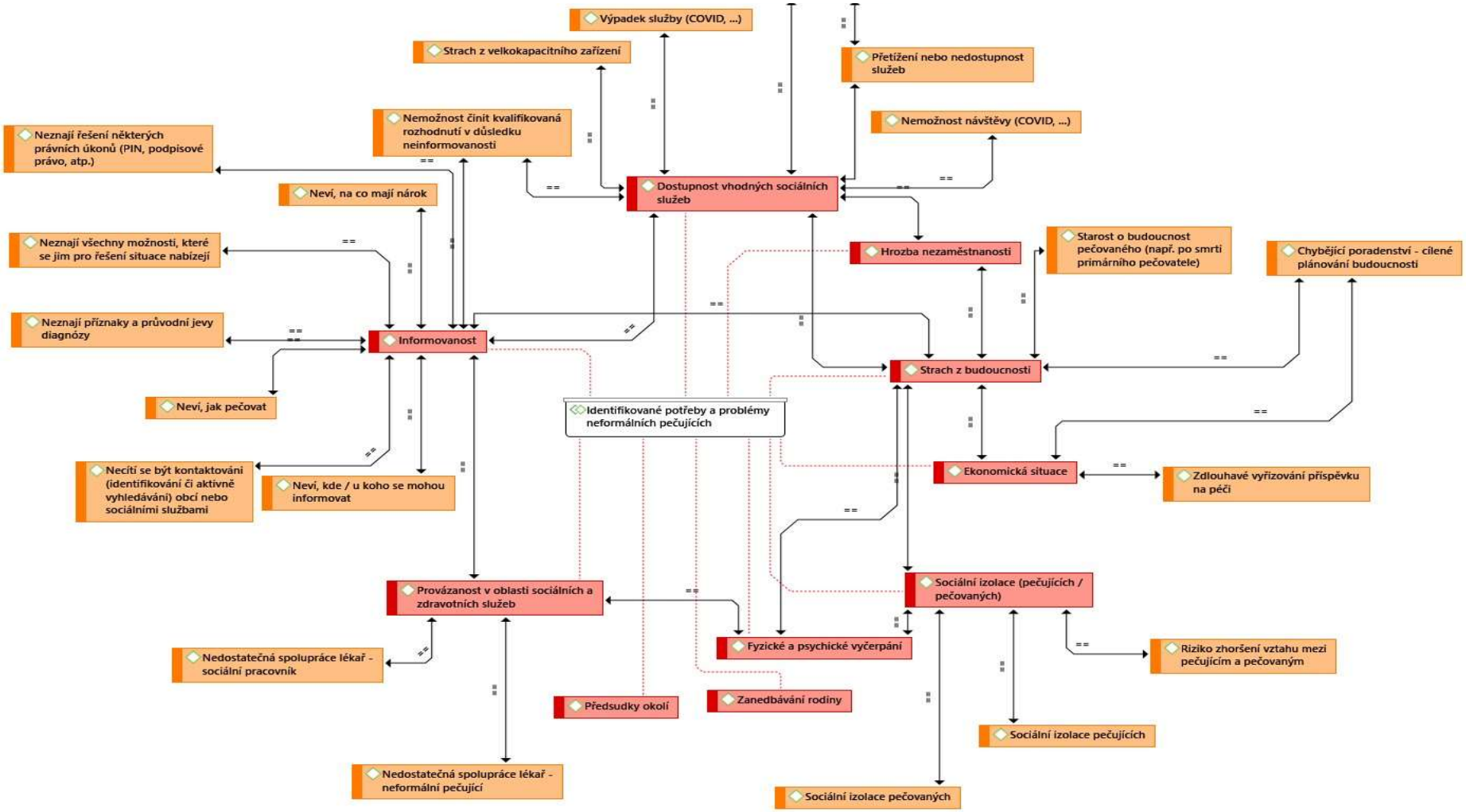
Problémový okruh		1. fáze	2. fáze
1.	Sociální izolace	Jak neformální pečující vnímají situaci nyní?	Jaká mají neformální pečující doporučení a co by jim pomohlo?
2.	Informovanost		
3.	Fyzické a psychické vyčerpání		
4.	Ekonomická situace		

Problémový okruh		1. fáze	2. fáze
5.	Předsudky okolí		
6.	Hrozba nezaměstnanosti		
7.	Dostupnost vhodné sociální služby		
8.	Zanedbávání rodiny		
9.	Provázanost oblasti sociálních věcí a služeb s oblastí zdravotnictví		

Interpretace výsledků aneb Co tíží neformální pečující

V této kapitole interpretujeme zjištění podle identifikovaných potřeb pečujících. Výsledky předkládáme podle problémových okruhů – domén (viz schéma 3). U každého z nich se věnujeme jejich stručnému popisu. Pozornost zaměřujeme na to, jak tyto domény vnímají samotní pečující, které z nich jsou pro ně významné a které jsou pro ně naopak méně relevantní. Jako zcela nový, a přitom hojně zmiňovaný se vyjevil problémový okruh nazvaný „strach z budoucnosti“. V další části shrnujeme návrhy informantů na zlepšení jejich situace.

Schéma 3 Přehled problémových okruhů a identifikované příčiny.



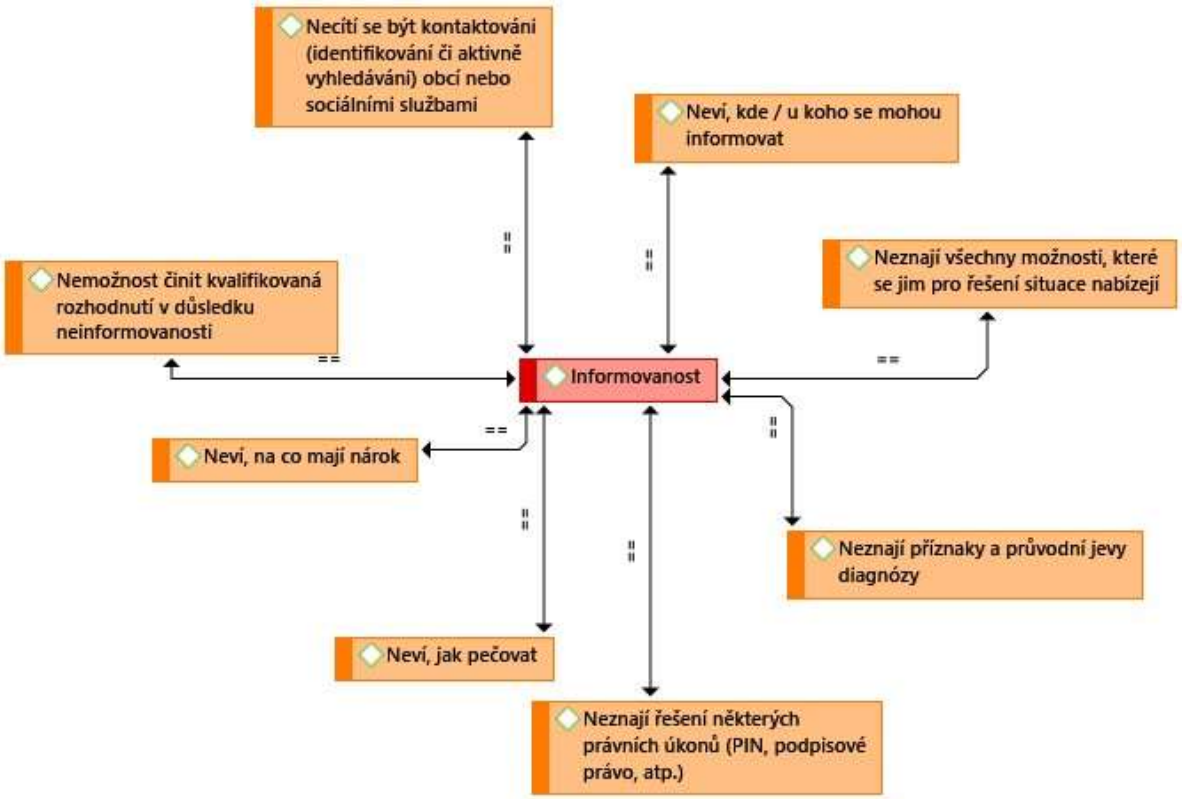
Zdroj: Vlastní analýza

Informovanost

Informanti vnímali problémový okruh – doménu Informovanost zejména ve smyslu nedostatku informací. Při tom je třeba uvést, že oslovené neformální pečující lze charakterizovat jako aktivní občany ve smyslu svépomocného vyhledání relevantních informací a také co se týče předcházení nutnosti umístit jejich blízkého v domácím prostředí jako protiklad pobytové „velkokapacitní“ služby (domov pro seniory, domov se zvláštním režimem aj.). K náročné životní situaci přistupovali proaktivně a podle jejich vyjádření jim to dovolovala i jejich socio-ekonomická situace. Aktivně vyhledávali informace, byť jejich předešlá profesní i rodinná dráha a celkový životní styl byla zcela odlišná. V oblasti sociální pomoci a služeb se do té doby neangažovali a ani se o ni nikterak nezajímali. O způsobech pomoci se dozvídali prostřednictvím internetu, od známých, kolegů, a spíše ojediněle od lékařů. Pokud měli informanti možnost se setkat s odborníky na danou problematiku, ať už se zástupci obcí či sociálními pracovníky poskytovatelů sociálních služeb, tuto zkušenost hodnotili jako velmi přínosnou, pracovníky jako zúčastněné a vstřícné s individuálním přístupem.

Jako bariéru hodnotí špatnou orientaci v možnostech řešení nastalé situace v důsledku absence relevantních informací. Schéma 4 znázorňuje dílčí situace (kódy) vztahující se k problémovému okruhu Informovanost, které neformální pečující identifikovali.

Schéma 4 Informovanost



Zdroj: Vlastní analýza

Někteří informanti zmiňovali svoji nedostatečnou nebo až žádnou orientaci v příznacích, průvodních jevech a důsledcích dané diagnózy, jiní neznalost možných zdrojů vnější

pomoci a dostupných sociálních služeb, anebo neznalost toho, na co všechno mají nárok. Od pečujících zazněla i úskalí spojená s neznalostí specifických ošetřovatelských úkonů, tedy „jak pečovat“. Pocit neinformovanosti často vnímají již dlouho předtím, než se dostanou ke kontaktním sociálním pracovníkům jim místně příslušné obce. To s sebou přináší dlouhodobý stres a také úzkost z toho, jak situaci řešit. Na všechno si musí přicházet sami, což je podle nich pro některé velmi zdlouhavé, namáhavé a někdy až nemožné. Často přitom poukazovali na situace, kdy nemocný senior žije sám … *„Jenomže když ten senior žije sám a neví o nich, není už dost dobře orientovaný, tak k tomu nikdy nedojde, že by kontaktoval tu sociální pracovnici. Sám určitě nebude kontaktovat, ale to okolí může, že jo. Pokud sousedy má nebo tak“* (NPDP3).

Svědčí o tom i následující výpovědi: *„… já jsem zvyklá dělat a zvládla jsem všechno, včetně vaření, praní, uklízení, ošetřování, přípravy léků. Všechno sama. Nikdo mi nepomáhá, nikdo mi neporadil. Nic. A musela jsem to zmáknout …“* (NPDP1) nebo *„…Já si myslím, že by ty obce, když už teda nějaké ty služby lidem poskytují a vědí, že tady mají osobu, která pečuje o dva lidi, tak aby se dělali orientační schůzky. Třeba jednou za půl roku nebo za rok …“* (NPDP2).

O neznalosti specifik řešení majetkoprávních záležitostí jejich blízkých, o které pečují, vypovídá další z respondentek *„…Toto by se určitě mělo řešit. Poradit, jak to udělat, jak třeba řešit ty majetkový věci. Vemte si to, že ten člověk si to všechno spravoval sám a teď si najednou nevzpomene na pin. Mně trvalo půl roku, než jsem si toto dala. Dokonce mi radili, ať si nechám podepsat generální plnou moc od manžela. Tak to mi odmítl, ale zkusím to. Zjišťuji totiž, že za něj nemůžu jít ani na poštu. A to je nejhorší toto. Nemůžete nic vyřídit“* (NPDP2).

Jedna z respondentek se k problémovému okruhu Informovanost vyjádřila slovy *„přišla jsem si jako v pohádce o slepičce a kohoutkovi, než jsem přišla na to, že u nás v obci můžu žádat o pomoc. To by mi na začátku hodně pomohlo. … A to vůbec nedomýšlím, když by ten senior byl sám … jak on se dostane k informacím, jak a kdo se o něm někdo dozví …“* (NPDP6). Další k tomu dodává: *„… z mé zkušenosti a ze zkušenosti mých známých kamarádů, tak tu iniciativu té obce tam nevidím. To opravdu nevím, že by mi někdo řekl, jo byli za rodiči se poptat z obce, jestli něco nepotřebují, to ne. Vždycky je to tak, že se nějakým způsobem stará ta rodina a ten kontakt obce tam není“* (NPDP5).

Domnívají se, že problém tkví v tom, že lidé jako oni, tj. pečující o své nemohoucí rodiče či partnery, nejsou oslovováni preventivně již od relativně nižšího seniorského věku, např. od 75 let.

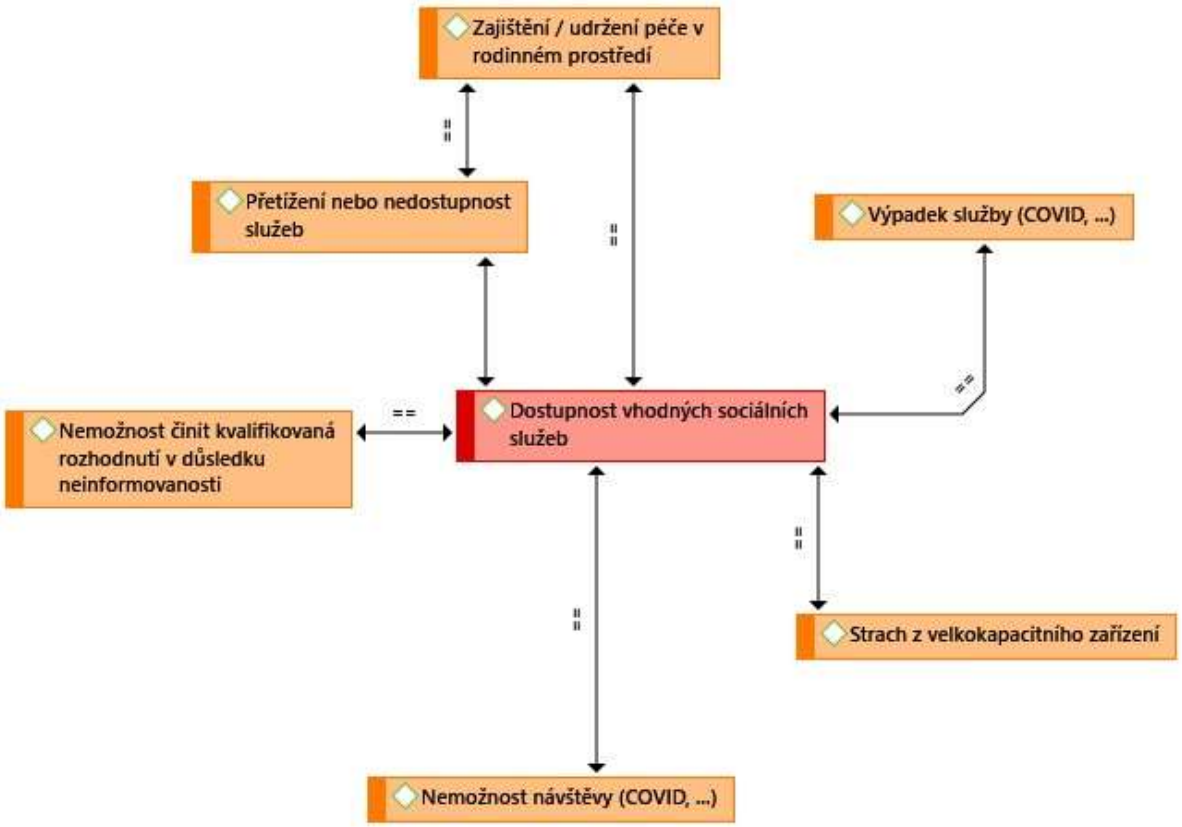
Dostupnost vhodných sociálních služeb

Problémový okruh – doména Dostupnost vhodných sociálních služeb byl rovněž hojně diskutován a zazněl v každém rozhovoru. S dostupností služeb, které aktuálně využívali, byli všichni pečující velmi spokojeni. Oceňovali přitom kvalitu péče, rozsah nabízených činností, odbornost a empatický přístup pracovníků sociálních služeb či sociálních pracovníků ORP. Podle neformálních pečujících v Karlovarském kraji existuje funkční síť ambulantních, terénních i pobytových sociálních služeb. Jako dostatečnou vnímají kapacitu: u pečovatelské služby a týdenního stacionáře. Reflektují, že v kraji existují pobytová zařízení pro cílovou

skupinu seniorů a osob s neurodegenerativním a že jsou si vědomi, že pracovníci v nich jsou angažovaní, citliví a v rámci možností dělají pro své uživatele maximum.

Výpovědi však naznačují, že informace o službách občanům s neurodegenerativním onemocněním jsou před tím, než je někdo z aktérů sociální správy odkáže na konkrétního sociálního pracovníka, nuceni si dohledávat sami. To považují za problém. Jejich orientace o nabízené plejádě služeb je omezená. Pečující často dávají na dobré slovo člověka, který je odkázal a o avizovanou službu projeví okamžitě zájem, aniž by jejich rozhodnutí bylo kvalifikované a měli povědomí o všech alternativách. O dostupnosti jako problému se zmiňovali v několika kontextech, které nastiňuje schéma 5.

Schéma 5 Dostupnost vhodných sociálních služeb



Zdroj: Vlastní analýza

Jak vyplynulo z rozhovorů, informanty velmi zasáhla **pandemie COVID 19** a její dopad na sektor sociálních služeb a tím i dopad na pečující i pečované. Jedna pečující k tomu vypověděla: *„… Byly jsme na to dvě, protože ještě moje sestra, která bydlí nedaleko, jsme se střídaly po víkendu. Ten koronavirus nám to ale všechno zhatil. Od března, kdy se zavřel stacionář, jsme tu mámu měly doma a musely jsme se o ni postarat. Týden já a týden sestra. Až teda sestra se z toho úplně zdravotně položila“* (NPDP5). Výsledkem toho bylo rozhodnutí obou dcer, že leč velmi nechtěly a přetrvává jim z toho nedobrý pocit, umístily maminku do pobytového zařízení sociálních služeb. Vše to ale bylo, jak respondentka uvedla, velmi narychlo, bez času na promyšlenou a prohlédnutí všech dostupných zařízení a možnosti provést uvážlivý výběr zařízení, které by mamince nejvíce vyhovovalo vzhledem k jejímu stavu.

Právě s tím je spojena další souvislost, a to se strachem z budoucnosti. Ten souvisí i s chybějící službou odborného sociálního poradenství zaměřeného na plánování budoucnosti a s často neuspokojenou potřebou řešit situaci pro okamžik, kdy služby momentálně využívané nebudou stačit, např. v podobě sestavení určitého krizového (záložního) plánu pro zajištění péče. Právě na to poukázala respondentka, jejíž výpověď uvádíme výše a spolu s ní i další.

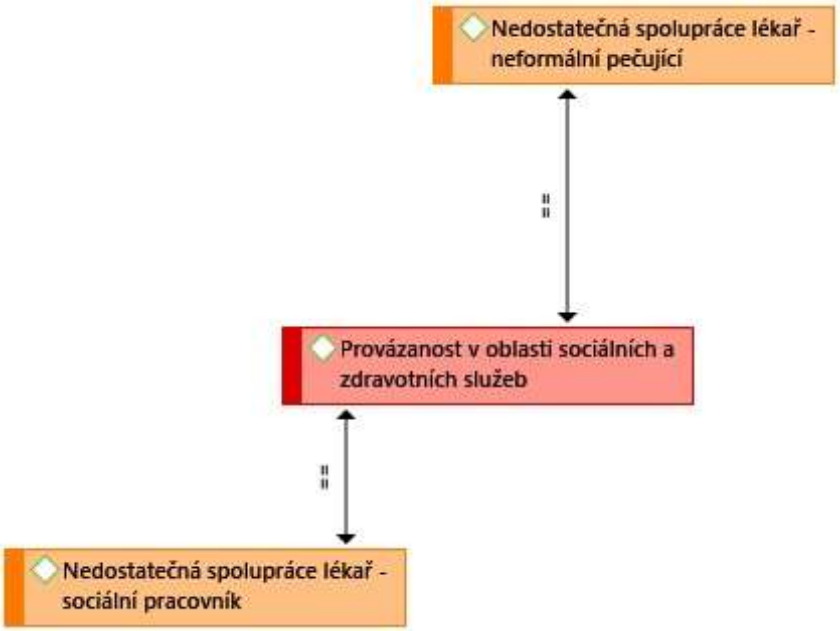
Dalším zmiňovaným kontextem bylo přetížení, vyčerpání nebo nedostupnost služeb. Služeb, které by vyhovovaly individuálním potřebám pečovaných a zároveň byly přijatelné i pro pečující, není mnoho. Dotazování neformální pečující preferují kombinaci péče doma a ambulantních či terénních služeb a pobytové služby vnímají až jako poslední možnost. Děsí je fenomén ústavnosti, resp. velkokapacitního zařízení s nastaveným režimem. Pokud pečující dospějí do situace, kdy pro svého blízkého potřebují pobytovou službu, preferují pobytová zařízení s menší kapacitou, kde předpokládají individuální přístup ke klientům. Zároveň zmiňovali potřebu odlehčovací služby (respitní péče) pro případ náhlé zdravotní indispozice pečujícího nebo pro případ vyřešení určitých rodinných záležitostí. Takové služby jsou v očích pečujících v kraji buď přetížené, anebo nedostupné, tj. chybí. O potřebě služby respitní péče promluvila jedna z pečujících: *„Je to prostě odlehčovací služba. Kdybych tu informaci měla, tak ji možná i využiju. Moje maminka je z Moravy, má tam pořád ještě nějakou rodinu, myslím si, že by se tam hrozně ráda podívala. A my tu možnost nemáme, protože teď jsme tam byli dva roky zpátky a taťka to prostě už nedával. To je na něj moc. Teď jsme limitovaní tím, že máme jen týdenní stacionář. Asi bych to využila. Protože bychom věděli, že ten táta může zůstat někde přes ten víkend. A my můžeme s tou maminkou jet“* (NPDP4).

Provázanost sociálních a zdravotních služeb

Dalším zmiňovaným problémovým okruhem byl okruh Provázanost sociálních a zdravotních služeb. Ten pečující shledávají za stěžejní z hlediska zajištění kvalitní péče o jejich blízkého člena rodiny.

Z celkem 6 respondentů pouze 1 uvedl, že propojení služeb a vzájemné odkazování na relevantní odborníky funguje. Respondentčiny rodiče mají velmi dobře spolupracující praktickou lékařku, která pečující vše vysvětlila, a to jak z oblasti zdravotních aspektů péče, tak i z hlediska zajištění materiální a nemateriální sociální pomoci. Odkázala pečující na patřičný odbor sociálních věcí a doporučila kontaktního pracovníka. O situaci pečovaných projevuje pravidelný zájem a ptá se, zda není třeba něco vyřešit. Projevuje angažovanost v řešení situace obou rodičů. Kromě této respondentky se všichni ostatní oslovení k dané oblasti vyjadřovali negativně. Schéma 6 nastiňuje konkrétní neformálními pečujícími identifikované problémy.

Schéma 6 Koordinace sociálních služeb a zdravotnictví



Zdroj: Vlastní analýza

Informanti poukazovali na nedostatečnou spolupráci lékař – pečující a předjímali i nedostatečnou spolupráci lékař – sociální pracovníci. Oblasti sociálních věcí a služeb a oblasti zdravotních služeb hodnotili jednoznačně jako nedostatečně provázané. Zmiňovali se o nedostatku zdravotních služeb, respektive pracovníků v sektoru zdravotnictví, kteří by měli pochopení, orientovali se rámcově v nabídce sociálních služeb, o stěžejních kontaktních místech a pečující byli ochotní odkazovat na relevantní služby v sektoru sociálních služeb. Svědčí o tom výpovědi 3 pečujících: *„Přístup jejich obvodní lékařky je katastrofální. Opravdu katastrofa. A kdyby ten obvodní doktor za něco stál, ten by mně byl hodně nápomocen. On i třeba jeho sestřička“* (NPDP1) nebo *„ … on by byl rozcestníkem a udělal by základní. Takže normálně kdyby ten doktor jim dal kontakt a odkázal je, dal jim letáček. Oni, protože o se neděje … potom hledají a složitě se dostávají k nějakým informacím“* (NPDP7).

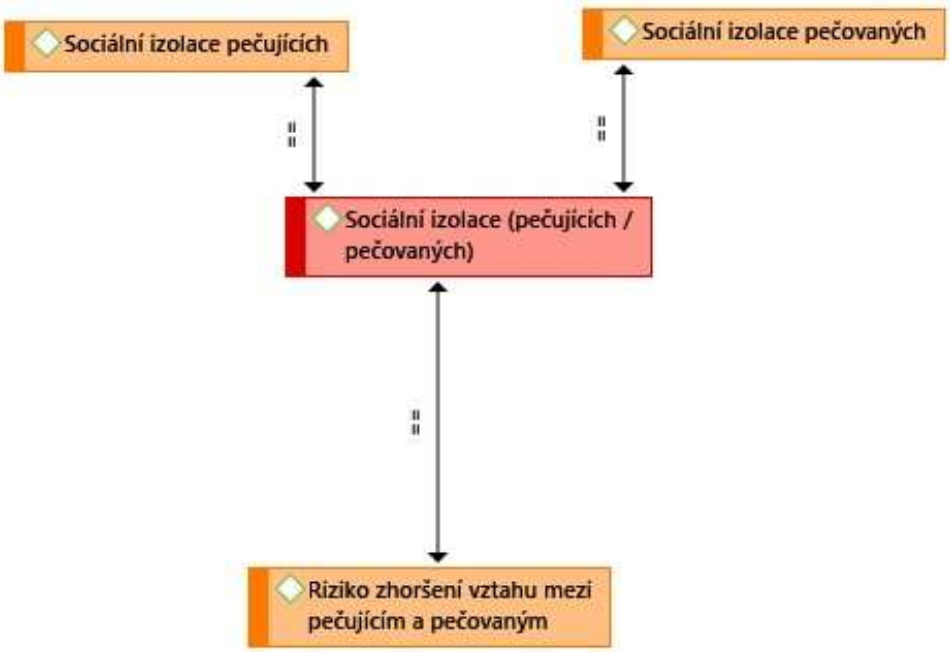
Hovořili též o nevhodné, někdy až nedůstojné komunikaci zdravotnického personálu směrem k pečovaným a leckdy i k pečujícím. Jedna z respondentek k tomu vypověděla: *„… Přístup jejich obvodní lékařky je katastrofální. Opravdu katastrofa. Dvakrát u mě byla za ty čtyři roky, když bylo zle s maminkou, že měla náběh na silnou chřipku nebo angínu. Tak dvakrát jsem ji umluvila, že přišla, ale jinak vždycky když jsem potřebovala, tak hodně věcí mi odmítla. Ať si zavolám prý sanitku a takové“* (NPDP1).

Dle neformálních pečujících není přístup k informacím a k pomoci rovný. Ve výhodě jsou ti neformální pečující, kteří jsou aktivní a dokáží se „prát“ za svá práva. Kladou si otázku, jak je tomu u lidí s neurodegenerativním onemocněním, kteří žijí sami.

Sociální izolace

Dalším, intenzivně prožívaným problémovým okruhem je pro neformální pečující sociální izolace. Dílčí problémy vnímané neformálními pečujícími naznačuje schéma 7.

Schéma 7 Sociální izolace



Zdroj: Vlastní analýza

Sociální izolaci zde chápeme jako stav částečného či celkového nedostatku sociálních interakcí jednotlivce a společnosti.

Neformální pečující upozorňovali na projevy sociální izolace ve třech rovinách: Za prvé sociální izolace v kontextu „svém" – tedy sociální izolace pečujících. Za druhé v kontextu těch, o které pečují – tedy sociální izolace pečovaných, a za třetí také v kontextu zhoršování vztahu mezi pečovanými a pečujícími.

Jedna z respondentek hovořila o situaci svého otce: *„… já si myslím, že pro mého tátu, neříkám, že je takový každý, ale pro mého tátu je hrozně důležitý kontakt s lidmi. Jakákoliv činnost, aktivita. Nemělo by to být o tom, že by měl být zavřený v jednom pokoji, kam mu přijde nějaká pečovatelka párkrát za den. On potřebuje ten kontakt. On potřebuje, aby se mu někdo věnoval, aby se dostal ven"* (NPDP4).

Jiná respondentka hovořila o situaci své: *„… jinak já sama o sebe se starám tím, že jezdím do lázní každý rok … pravidelně, tak že to sem jezdí kamarádka s manželem … moje kamarádka … jsou tady společně s dcerou ty tři týdny"* (NPTP3). Dále dokládala svědectví o vztazích mezi jí a dcerou, o kterou pečuje: *Jinak taky jezdím na dovolenou, to taky sama, to si odpočineme od sebe, jedna od druhé … jezdíme každý rok a na to už se těšíme …"* (NPTP3) a o způsobech předcházení sociální izolace, které již má léty praxe osvědčené a které si jí dokonce daří předávat z generace na generaci. Konkrétně hovoří o určité „záchranné síti" i vytvoření „kruhu přátel": *„… já jsem takovej člověk docela aktivní, takže mě zajímá všecko, co se děje kolem. Taky čtu noviny. Máme spoustu přátel kolem sebe, protože jsme takoví docela společenský, takže ti nám prostě hodně pomáhaj. Já mám rozdělený lidi … známí, každý má svůj takový ňáký obor, ve kterém nám pomáhá … protože já vím, že člověk nesmí zneužívat*

pomoci těch druhých, že … to když je opravdu nouze nejvyšší, tak že … ten okruh známých, se kterýma se stýkáme a pomáhají nám" (NPTP3).

Sociální izolace a Fyzické a psychické vyčerpání

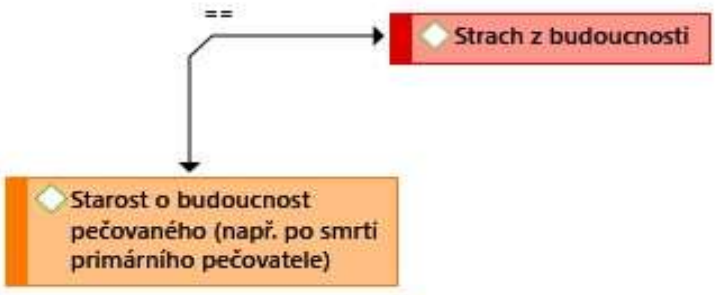
Doména Sociální izolace je úzce propojena s dalším problémovým okruhem, a to je Fyzické a psychické vyčerpání.

Informanti tuto doménu nevyjadřovali explicitně, ale spíše nepřímo právě v souvislosti se sociální izolací. Fakt, že pečující jsou s pečovanými uzavření v uzavřeném kruhu členů své nejbližší rodiny, byl pro některé příčinou psychického vyčerpání a / nebo naopak vyčerpával je pro často (fyzicky) náročnou péči o jejich blízkého a neumožnil dostatečný kontakt s širším společenským prostředím. Jedna z respondentek to dokládá slovy: *„…Ty manželky se většinou úplně odříznou od okolí a do zničení pečují o toho manžela. I kdyby mohly používat tu službu a mohly by si někam vyjít. Takže já ještě mám svoje zájmy, které jsem neopustila*" NPDP1), jiná pak k tomu dodává: *„… já jsem v podstatě pozitivně naladěný člověk. Nesmíte se z toho zbláznit. Je to přesně o tom, udělat si čas pro sebe"* (NPDP2).

Strach z budoucnosti

V souvislosti s doménou Sociální izolace informanti taktéž zmiňovali „strach z budoucnosti". Tento jev tak, jak ho vnímají neformální pečující, je vyobrazen ve schématu 8 je úzce spojen jak s omezeným nebo žádným kontaktem se společenským prostředím, tak i s omezenými příležitostmi se informovat a nechat si ve věci plánování budoucnosti poradit. Právě to vzbuzuje v neformálních pečujících dlouhodobě úzkost. K plánování budoucnosti často přistupují „až když není zbytí", což je dle jejich komentářů pozdě. V tomto směru volají po cíleném plánování budoucnosti, a kromě souvislosti s doménou sociální izolace spojují strach z budoucnosti, resp. plánování budoucnosti s předcházením psychického a fyzického vyčerpání.

Schéma 8 Strach z budoucnosti



Zdroj: vlastní analýza

„ … ta budoucnost to je těžké téma a hodně důležité. Bohužel to nemám s kým probrat. Ale přišla jsem na to, a chtěla jsem Vám to vlastně říct a mluvit o tom … že mně to samozřejmě dělá velkou starost jako každému rodiči … a také je to spojeno, že ty rodiny nebyly zvyklé doposavad plánovat, protože vždy byla nabízena jenom ta ústavní péče jako jediná alternativa

… a vlastně ty rodiny neplánovaly. Já sama mám taky takové známé … ti jako kdyby to nechtěli vidět a zavírali předtím oči, že to nebude … nevím“ (NPTP2).

Pečující často vyjadřovali obavy nad tím, že nemají připravený záložní plán, co dělat v okamžiku, když by se stav pečovaného zhoršil a stávající řešení (využívané služby, čerpané příspěvky atp.) by nebyly dostačující, dále v souvislosti s nastavením péče a jejím sladěním s chodem rodiny.

Neformální pečující často vidí jako jedinou možnou, resp. pro ně přijatelnou, péči v rodině. Jako funkční vnímají rozdělení celodenní péče o jejich blízkou osobu mezi ně a poskytovatele. Rodina je pro ně vysokou hodnotou, obávají se ústavnosti existujících pobytových zařízení. Trpí špatným pocitem, že svého blízkého budou muset umístit do zařízení či aktuálně umístili. To spojují s pocity úzkosti, že jako pečující selhávají či selhali a pobytové zařízení obecně vnímají jako poslední instanci. Jedna z pečujících to potvrzuje slovy: *„… dali jsme tam žádost, ale nechceme ještě vůbec tátu umisťovat někam natrvalo. To ne!“* (NPDP4). Představy o institucionálním zabezpečení péče je děsí. Jedna z pečujících k tomu dodala: *„velkokapacitní ústav, to je celé špatně. Tam bylo narváno na pokoji 3 až 4 lidi. Nemohli se hýbat a nemohli vstát. Ta hrůza z toho úplně čišela právě tím, jak to bylo takové obrovské. Hrozně moc lidí. To je hrozný. Nejsem si úplně jistá, že ty zařízení, kde člověk potom je nastálo, jestli fungují dobře. Já z toho mám trošičku hrůzu. V těch zařízeních, kde ten člověk potom je, tam to funguje na bázi nemocnice, nebo jak to říct. Ani ten společenský kontakt tam není mezi lidmi takový. Takže říkám, já doufám, že nám to vydrží co nejdéle takto, jak to je“* (NPDP4).

Ekonomická situace

Ve výpovědích uvedených v doménách výše zaznívala, byť nepřímo, i souvislost s doménou Ekonomická situace. Zejména v případě lidí se získaným tělesným postižením překvapivě zaznívala ochota, ba dokonce velká touha věc řešit, resp. na řešení budoucnosti pečovaného (zejm. zajištění bydlení) se ze strany pečujících podílet, včetně finančního zajištění. Pečující (NPTP3) hovořila jednak o rodinných úsporách, které by pečovanou do budoucna zabezpečily a dále o nemovitosti, která by mohla, po případném převedení do vlastnictví pečované, sloužit jí a případně i dalšímu člověku v podobné situaci. V této věci nicméně velmi postrádala dostupnost jakékoliv poradenské služby.

Ekonomická situace zaznívala, byť opět spíše nepřímo, i v dalších rozhovorech. Oslovení pečující se sami zařazovali do skupiny osob s dobrým socio-ekonomickým zázemím a i přesto, že jistou ekonomickou náročnost péče reflektovali a brali ji jako samozřejmost. Jimi opečovávaní rodinní příslušníci měli podle nich, v době svého produktivního věku, dobrou práci a na stáří byli zabezpečení. Z tohoto pohledu nebyla doména Ekonomická situace pro náš výzkumný vzorek brána jako problémová, s výjimkou ze strany pečujících vnímaného velice zdlouhavého vyřizování příspěvku na péči.

Hrozba nezaměstnanosti

Problémového okruhu Hrozba nezaměstnanosti se během rozhovorů dotkli jen dva informanti. Ve zbylých případech šlo o pečující důchodového věku. Jedna ze dvou pečujících

v produktivním věku zmiňovala vstřícnost zaměstnavatele při možnosti flexibilních pracovních podmínek, což jí umožňovalo poskytovat péči. Rovněž vzhledem ke stávající situaci pečovaného, jehož potřeby byly částečně sanovány službou týdenní stacionář, byla tato doména také spíše irelevantní. V případě druhé z pečujících měla doména relevanci o poznání vyšší, přičemž ta gradovala během pandemie COVID 19. Pečující to spolu se svou sestrou, se kterou se v péči o nemocnou maminku střídala, řešila čerpáním tzv. ošetřovného, tedy dávkou nemocenského pojištění. Ve výpovědích níže uvádíme, že situace této neformální pečující vyústila (mj. v souvislosti s pandemií COVID 19) v umístění matky do pobytového zařízení. Obě sestry v roli pečujících se péčí o nemocnou maminku cítily již tak vyčerpané, a uzavření ambulantních služeb v době nouzového stavu jejich situaci natolik zkomplikovala, kromě jiného i hrozící nezaměstnaností, že přistoupily k vyhledání pobytové služby.

„… od března, kdy se zavřel stacionář, jsme tu mámu měly doma a musely jsme se o ni postarat. Týden já a týden sestra. Až teda sestra se z toho úplně zdravotně položila. Tak jsem si vzala na tři týdny OČR. Odjela jsem s tou mámou k té sestře. Abychom tam na ní byly dvě. Protože já bych to teda asi sama nezvládla taky. Tři týdny jsou dlouhá doba. Daly jsme si požadavek do domova seniorů, kde jsme ji teda potom umístily. A zítra to bude čtrnáct dnů. Maminka už tady není se mnou. Je v té pobytové službě. Stýská se mi po ní, nevím, jak na tom teď je. Ještě je k tomu teď ten koronavir, takže ty podmínky jsou těžší. Všude. Nejenom tam. Viděla jsem ji jednou za týden. Teď ji uvidím nevím kdy“ (NPDP5).

Zanedbávání rodiny

Problémový okruh Zanedbávání rodiny byl v promluvách patrný, ale byl zmiňován spíše podprahově v kontextu popisu situace pečujících, kteří jej jako problém nevnímali, i když připouštěli, že v určité fázi jejich pečování musely napnout síly a pečovat na úkor věnování se zbytku rodiny. Těmito situacemi mohly být například stěhování rodičů do bydliště pečovatelů – jejich dcer. Dále v souvislosti se zajišťováním série diagnostických vyšetření a potřebou vynaložit větší množství času pochůzkám k lékařům.

Předsudky okolí

Poslední zkoumanou doménou byl problémový okruh Předsudky okolí. Negativní zkušenosti však informanti nezažívali. Shodovali se v tom, že když si na veřejnosti někdo jimi pečovaných všimnul, buď aktivně přistoupil a nabídnul pomoc, a / nebo dvojici pečovatel a pečovaný ignoroval. Negativní předsudky okolí nepociťovali ani například ze strany svých známých či spolupracovníků, spíše naopak zaznamenávali ochotu pomoci.

Interpretace výsledků aneb Co by pomohlo

Návrhy informantů na zlepšení jejich životní situace souvisejí ve většině případů s více problémovými okruhy – doménami. Tato doporučení proto pro přehlednost a s vědomím jejich vzájemné provázanosti prezentujeme podle relevantních problémových okruhů a v pořadí podle důležitosti, jak ji vnímali informanti: 1) Informovanost, 2) Dostupnost vhodných sociálních služeb, 3) Provázanost oblastí sociálních a zdravotních služeb, 4) Sociální izolace a 5) Fyzické a psychické vyčerpání a 6) Strach z budoucnosti. 4 zbylé problémové okruhy –

(Ekonomická situace, Hrozba nezaměstnanosti, Zanedbávání rodiny a Předsudky okolí) neformální pečující vnímali jako relevantní též, ale často je nevnímali jako problém. Proto k nim neuváděli ani žádné konkrétní návrhy či doporučení.

Informovanost

V souvislosti s doménou Informovanost neformální pečující shodně zmiňují doporučení, která lze sumarizovat následovně: průběžně mapovat potřeby ohrožené cílové skupiny, aktivně a dlouhodobě zlepšovat informovanost neformálních pečujících prostřednictvím osvěty a poradenství, identifikovat vhodné strategie pro neformální podporu pečujících a realizovat aktivity bezplatného vzdělávání adresované neformálním pečujícím.

O jistém, obcemi již zavedeném způsobu mapování starších občanů obce, pečující věděli, byť spíše z doslechu, ale shodně tento způsob považovali za nedostatečný. Zároveň poukazovali na rizika spojená s absencí informací potřebných seniorů předmětné cílové skupiny, kteří žijí sami. Doporučují proto zavedený způsob rozšířit a do preventivních šetření v domácnostech zařadit osoby od věku 75 – 80 let. Diskutována byla otázka četnosti kontaktů sociálních pracovníků ORP s potenciálními seniory, přičemž někteří navrhovali jeden krát za 6 měsíců, jiní jeden krát za 1 rok. Pečující poukazovali na fakt, že pracovníci sociálních odborů by tak měli přehled o seniorské populaci v obci, kdo žije sám, kdo má oporu v kruhu rodinném v podobě dcer či synů apod.

„… A takových případů, nutno podotknout, je hodně. Že ti lidé žijí sami. Minimální kontakt by byl možná fajn za jednou za několik měsíců. A věřím, že je spoustu rodin, které takové možnosti nemají, jako máme my. A že takový ten kontakt obce, nějakého sociálního pracovníka, který jim řekne, mohli byste používat tohle a máte takové možnosti, tak že by jim to hodně pomohlo“ (NPDP4).

Neformální pečující doporučují zlepšit informovanost rodin a obecně se více zaměřit na cílené předávání vhodných informací skupině seniorů prostřednictvím všech dostupných kanálů (např. formou občasníků obce, u příležitosti pořádání akcí pro seniory atp.).

„… Oni si myslí (pečující – pozn. autorů), že sociální věci, že to je sociálka. Oni si pletou sociálku na úřadu práce a na městě. Vůbec neví, že na městě pracuje nějaký sociální pracovník kolikrát, který by jim v tomto hodně pomohl“ (NPDP7).

Další doporučení se primárně vztahuje k zajištění lepší informovanosti cílové skupiny, ale velmi úzce jej pečující spojují i s doménou Strach z budoucnosti. Volají po zajištění a dobré osvětě odborného sociálního poradenství určeného pečujícím a vztahujícím se kromě jiného i na otázky plánování budoucnosti, resp. tvorbě strategií pro poskytování neformální péče.

„… ale myslím si, ještě jedna věc je tady taková, že málo se lidem říká, těmhle, postiženým anebo kteří jsou teďka sami, anebo těm členům rodiny, jaké možnosti mají, jak získat pomůcky, na koho se obrátit, pomoc jim o zařídit, to si myslím, že zatím … nevím, já jsem takový ten typ člověka, který se o to postará sám … ale ne každý má takovouhle vůli“ (NPTP3).

Pečující ve svých promluvách poukazovali na potřebu podpory neformální péče skrze podporu aktivit svépomocných skupin, prostřednictvím kterých by si jednotlivé skupiny pečujících měly možnost předávat informace.

„…mně se hodně líbí, jak někde existují pravidelné skupiny lidí se stejným problémem. Tak třeba by stačilo nějaké setkání anebo se teď všechno řeší online, tak i tak. Nebo nějaké fórum, kde si ti lidé mohou předávat zkušenosti. Protože ta situace, kdy máte pocit, že jste v tom sám, je špatně. Pak když vidíte, že je to problém, se kterým se potýká velká spousta lidí, což určitě je a ti lidé si předávají informace a mají nějaké dobré nápady, co u někoho zafungovalo, myslím, si že to není vůbec špatně. Prostě nějaká taková skupina lidí s tímto problémem, kde by si ty zkušenosti mohli předat. To by asi bylo moc dobře“ (NPDP4).

„…Možná by i pomohlo, kdyby ta konkrétní obec zrealizovala setkání těch pečujících a dala by jim prostor pro to vyměnit si zkušenosti. To by bylo výborný. Protože to mi velice scházelo“ (NPDP1).

Posledním doporučením vztahujícím se k doméně Informovanost je doporučení pro obce pořádat bezplatné vzdělávání adresované neformálním pečujícím v oblastech uvedených výše jako problémové. Vzdělávání by mohlo mít podobu jednorázových akcí, resp. seminářů na dané téma a mohlo by být realizováno poskytovateli sociálních služeb či organizacemi zdravotně postižených, z nich některé provozují tzv. mobilní poradny napříč ČR či např. kanceláří ombudsmana.

„… Že by to mohlo být i tematicky odděleno, že jednou by se probíralo napojení na lékaře a zdravotnictví podruhé zase aspekty toho úředníka, jaké má možnosti, na co si může požádat, podle toho, jak ta situace vypadá. Aby o sobě ty jednotliví zástupci a aktéři věděli. Měli by vědět a měli by si třeba vyměnit informace, jak oni to praktikují nebo jakou oni mají třeba vychytávku. Já jsem si všechno musela osahat, na všechno jsem si musela přijít sama“ (NPDP1).

Dostupnost vhodných sociálních služeb a Fyzické a psychické vyčerpání

Některá doporučení pečujících se prolínají více doménami. V kontextu domén Dostupnost vhodných sociálních služeb a Fyzické a psychické vyčerpání shrnujeme návrhy informantů následovně:

- zlepšit časovou a místní dostupnost odlehčovacích služeb
- upravit kapacitu služeb denních a týdenních stacionářů na území Karlovarského kraje tak, aby lépe odpovídala potřebám uživatelů[49]
- přijmout potřebná opatření pro řešení nedostupnosti, komunitních pobytových služeb pro cílovou skupinu osob s neurodegenerativním onemocněním. Komunitní charakter

[49] Vzhledem k povaze výzkumu (kvalitativní výzkumný design) s omezeným počtem respondentů, s důrazem na zachování jejich anonymity a s cílem odhalit a interpretovat jejich žitou zkušenost v roli pečujících, jsme nezjišťovali konkrétní lokality, ve kterých jsou jimi zmiňované služby denních a týdenních stacionářů poskytovány.

podtrhuje zejména život v komunitě, tj. život v běžném prostředí, kde je uživatel obklopen lidmi z komunity obce či města tak, aby byl co nejvíce zachován jeho kontakt se společenským prostředím, možnost navazovat a udržovat běžné společenské vztahy a zastávat běžné společenské role. V jedné skupinové domácnosti (resp. jednotce komunitní pobytové služby), v praxi aktuálně koncipované jako jednotka služby domov pro osoby se zdravotním postižením, domov se zvláštním režimem či jako chráněné bydlení) žije nejvýše 6 uživatelů. V individuální domácnosti, resp. jednotce služby podpora samostatného bydlení žijí zpravidla 1 až 2 uživatelé.

- podporovat neformální pečující a jejich blízké, o které se starají, v jejich kontaktu se společenským prostředím.

O sociálním poradenství v oblasti plánování budoucnosti a o pomoci s nastavením plánu péče se zmiňujeme výše v kontextu informovanosti. Neformální pečující však obdobné doporučení formulují i v souvislosti se zajištěním dostupnosti vhodných sociálních služeb. Z jejich pohledu by velmi pomohlo, když by se zvýšilo povědomí o obcí zajišťovaném sociálním poradenství.

„ … Možná bych měla ráda informace, jaké jsou možnosti. To potom přehodnotím, vytřídím, co je pro nás vhodné. Za to bych možná byla vděčná i teď. Abych měla informace, jaké mám možnosti, to bych uvítala samozřejmě“ (NPDP4).

Pečujícím by dále pomohlo zajištění dostupnosti odlehčovacích služeb, např. v podobě volné kapacity 1–2 míst ve stávajících pobytových zařízeních – domov pro osoby se zdravotním postižením (DOZP), domov se zvláštním režimem (DZR) či týdenní stacionář. Pečující pociťují, že v případě akutní potřeby řešit určité neodkladné záležitosti nenacházejí způsob, jak na tuto časově omezenou dobu péči o svého blízkého zajistit.

„… o odlehčovací službě nevím, a myslím si, že kdybych tu informaci měla, tak ji možná i využiju. Protože bychom věděli, že ten táta může zůstat někde přes ten víkend. A my můžeme s tou maminkou odjet …“ (NPDP4).

„... Mně by se úplně nejvíce líbilo a já jsem to říkala i vedoucí ve stacionáři, já vím, že tam kdysi takový nástřel byl, kdyby to nebyl jen týdenní stacionář, ale kdyby to bylo nonstop. I ty víkendy. S tím, že samozřejmě když bych měla čas anebo když bychom něco podnikali, že bychom si tu mámu mohli vzít na víkend“ (NPDP5).

Neformální pečující se domnívají, že služby denních či týdenních stacionářů pro cílovou skupinu osob s neurodegenerativním onemocněním by se měly rozšířit (co se např. otvírací doby týká) a zároveň, že je potřeba navýšení jejich počtu při zachování relativně nízké kapacity, resp. počtu uživatelů, kterým služba slouží. Kapacita služby v jednotlivém zařízení byla pro neformální pečující velice důležitá a všichni poukazovali na preferenci služeb s nízkou kapacitou, zejm. pak služeb pobytových. Jednoznačně upřednostňují existenci pobytových služeb komunitního typu, ideálně s kapacitou pro 6 osob.

„ … Tak jsem uvažovala o tom, že ideální by bylo, v tomhle případě …. kdyby se postavil takový dům, jako se dělá … to chráněné bydlení s tím, že jsou možná rodiče, kteří mají takto postižené dítě, jo … jako jsem třeba já, že by se dali dohromady … A Ještě se tady nabízí další možné řešení, a to je služba, která se jmenuje podpora samostatného bydlení … je to hodně podobné jako to chráněné bydlení, ale liší se to v tom, že mají to vlastní bydlení … mají ten byt, ten byt je jejich. Oni vlastně setrvají v tom svém prostředí, ten byt mají, ve svém vlastnictví. Ta služba dochází za nimi, ty úkony té péče jsou jiné než u pečovatelské služby. Tak to by bylo ideální“ (NPTP3).

„… já bych tam do té oblasti doporučení zmínila uvažování o více zařízeních komunitního typu“ (NPDP1).

V neposlední řadě neformální pečující zmiňují i doporučení týkající se kvality služeb poskytovaných (nejen) osobám se neurodegenerativním onemocněním. Zejména apelují na udržení a pokud možno rozšíření zařízení s dobrou praxí při zajišťování aktivit na podporu kontaktu se společenským prostředím. To spojují s potřebou zajistit dostupnost služeb komunitního charakteru tj. takových, ve kterých žije uživatel v běžném prostředí komunity (v obci, městě) a aktivity služby směřují k podpoře v navazování a udržování běžných společenských vztahů a zastávání běžných společenských rolí. Takové služby, resp. aktivity podporují udržování a rozvoj schopností, dovedností a odpovědnosti uživatelů, vedoucí k jeho samostatnosti a k využívání běžných zdrojů v komunitě (např. návštěva kina, jít si nakoupit a mít možnost si vybrat). Komunitní služba je rámována maximálním počtem uživatelů v jedné její jednotce, či domácnosti. V jedné skupinové domácnosti žije nejvýše 6 uživatelů. V individuální domácnosti žijí 1 či 2 uživatelé

„… Já si myslím, že pro mého tátu, neříkám, že je takový každý, ale pro mého tátu je hrozně důležitý kontakt s lidmi. Jakákoliv činnost, aktivita. Nemělo by to být o tom, že by měl být zavřený v jednom pokoji, kam mu přijde nějaká pečovatelka párkrát z den. On potřebuje ten kontakt. On potřebuje, aby se mu někdo věnoval, aby se dostal ven“ (NPDP4).

O potřebě více zviditelnit poskytování sociálního poradenství pro neformální pečující ze strany sociálních pracovníků obecních úřadů se informanti zmiňovali v souvislosti s doménami Informovanost a Dostupnost vhodných sociálních služeb. Toto doporučení však pečující uváděli i v souvislost s doménou Fyzické a psychické vyčerpání, neboť orientovanost pečujících v náročné životní situaci, do které se dostali, či např. v dostupných službách, kterých se jim a jimi pečovaným blízkým nabízí, má velký vliv na snižování jejich psychického napětí. Uváděli, že poradenství může mít podobu individuálního poradenství či pořádání skupinových seminářů na dané téma, se kterým si dlouhodobě neví rady.

„ … No to by bylo dobrý, protože loni tady dělalo MPSV seminář pro neformální pečující. Já jsem se tam dostala a oni byli rádi, že jsem tam byla. Ty paní, co tam přišly, tak buď to byly paní, co pečují o rodiče, nebo budou pečovat o rodiče, nebo paní, co pečují o manžely a o děti“ (NPDP2).

Další doporučení směřovala k podpoře neformální péče koordinované obcí. Tu pečující vnímají jednak jako podporu neformálních pečujících v obecné rovině tím, že sociální pracovníci ORP o skupině neformálních pečujících ví a vnímají jako partnera při zajišťování komplexní péče o osoby (nejen) s neurodegenerativním onemocněním. Dále pak jako specifické konkrétní činnosti ze strany obce směřující k podpoře pečujících i pečovaných, například vhodnou spoluprací s dobrovolnickými organizacemi a rozvojem institutu dobrovolnictví (např. při zajišťování nákupů, vyzvedávání léků, venčení domácích zvířat, či prosté telefonické promluvy dobrovolníka a neformálního pečujícího, příp. jím pečovaného blízkého).

„ … Když senioři potřebují za službami nebo k lékařům, nakoupit. Domluvíme se, oni nás tam dovezou a jsme na telefonu s řidičem a on nás zase odveze zpátky. Je to za dostupné peníze. Dovozová služba se to jmenuje. To patří pod město a je to velice fajn. Já si to nemůžu vynachválit“ (NPDP1).

Provázanost oblastí sociálních a zdravotních služeb

V rámci domény Provázanost oblastí sociálních služeb a služeb zdravotních neformální pečující považují za důležité:

- vytvořit síť spolupracujících praktických lékařů
- zlepšit vzájemnou informovanost obou sektorů o dostupné síti sociálních a zdravotních služeb stejně jako spolupráci mezi neformálními pečujícími, lékaři, sociálními pracovníky obecních úřadů a poskytovateli sociálních služeb
- zlepšit dostupnost krizové intervence pro neformální pečující např. formou služeb tísňové péče nebo odborného sociálního poradenství, popř. zřízením tísňových linek v rámci stávajících pobytových služeb pro cílové skupiny oso s neurodegenerativním onemocněním

Podle neformálních pečujících by měli být praktičtí lékaři dostatečně poučeni o spolupráci s dalšími aktéry, důležitými pro zajištění komplexní podpory pro uvedenou cílovou skupinu a osoby, které o ni pečují. Někteří informanti prohlašují, že „měli štěstí“ na lékaře, který je se vším seznámil a do role neformálních pečujících de facto uvedl. Jiní mají o poznání horší zkušenost.

„Takhle, podle mě by to mělo být tak, že jestliže je diagnostikována či částečně diagnostikována nějaká tato nemoc, tak by už měl do toho vstoupit praktický lékař s nějakými informacemi, kde by ty lidi získali další informace. Praktický lékař anebo psychiatr. A to znamená odkaz třeba na tu poradnu. Ty ORP mají velkou roli. Ty, pokud se ti lidé k nim dostanou, je informují. Ale ty lidi se k nim taky nemusí dostat“ (NPDP2).

„.. Myslím si, že lidé, kteří mají takové problémy, tak samozřejmě chodí někam k psychiatrům obvodním lékařům. Ono by bohatě stačilo, kdyby prostě byly nějaké kontakty v čekárnách obvodních lékařů, kam se může ten člověk obrátit. Takhle nějak úplně jednoduše. Protože vzít

si letáček v lékárně, pak se podívat někam na webové stránky a zjistit si, to už si myslím, že zvládne pomalu každý dneska. Nehledě na to s těmahle nemocnými lidmi stejně k tomu lékaři jde vždycky nějaký rodinný příslušník. Oni sami to nezvládnou. Kdyby tam byly nějaký informace, to by bylo asi dobrý" (NPDP4).

Neformální pečující dále apelují na zajištění informovanosti o dostupné síti sociálních a zdravotních služeb.

„… Možná bych měla ráda informace, jaké jsou možnosti. To potom přehodnotím, vytřídím, co je pro nás vhodné. Za to bych možná byla vděčná i teď. Abych měla informace, jaké mám možnosti, to bych uvítala samozřejmě" (NPDP4).

V průběhu pečování o blízkého člověka mohou nastat různé mimořádné situace. Neformální pečující upozorňovali na potřebu mít k dispozici službu krizové intervence, např. v podobě telefonické linky, která by jim pomohla explicitně v řešení situace jimi opečovávaného blízkého s demencí (např. v napojení na obecně známou popř. jimi využívanou sociální službu, která se věnuje populaci seniorů či osobám s duševním či neurodegenerativním onemocněním).

„… krizová intervence pro toho pečujícího, když se náhle ocitne v situaci, kterou nedokáže řešit a je třeba večer. Nic takového neevidujeme. To by chtělo nějakou krizovou linku možná" (NPDP2).

„… Stalo se nám právě vloni, že maminka musela jít na zákrok se srdíčkem. A říkám, my prostě hrozný poplach. Jak to všechno zorganizovat a zařídit. Dopadlo to. Zvládli jsme to. Vzala jsem si dovolenou já, vzal si jí i brácha. Ale je to přesně takový okamžik, kdy by vám ta pomoc asi pomohla. Že člověk by věděl, že se může někam obrátit a že je ta možnost odněkud zvenku. Zvládli jsme to, ale bylo to takový hodně na hraně, no" (NPDP4).

„… Ten sociální pracovník obce mi řekl, že pokud by bylo zle, tak mi zavoláte a něco vymyslíme. Já vám pomůžu, kam tatínka umístit. Tak to je pro mě pocit toho, že na to nejsem sama" (NPDP4).

Poslední doporučení formulované v rámci domény týkající se provázanosti služeb je doporučení usilovat o zlepšení spolupráce mezi neformálními pečujícími, lékaři, sociálními pracovníky obecních úřadů a poskytovatelů sociálních služeb. Neformální pečující shledávají tento aspekt péče jako nejdůležitější.

„… Určitě by se to povědomí mělo zvýšit, že ty ORP mohou pomoct v tomto. Myslím si, že ty ORP se snaží dost. Ti chodí do terénu a určitě se snaží. Já s nimi mám dobré zkušenosti" (NPDP7).

„… Já si myslím, že by ty obce, když už teda nějaké ty služby lidem poskytují a vědí, že tady mají osobu, která pečuje o dva lidi, tak aby se dělali orientační schůzky. Třeba jednou za měsíc nebo za dva měsíce. Různé věci tam probrat. A nikdo mě nekontaktoval a nezeptal se, jestli nepotřebuji nějakou psychickou pomoc. A kdyby ten obvodní doktor za něco stál, ten by mě byl

hodně nápomocen. On i třeba jeho sestřička. Takže si myslím, že by bylo dobré, kdyby ty lidi měli třeba jednou měsíčně kontakt a také, aby spolu mluvili" (NPDP1).

Sociální izolace

U domény Sociální izolace informanti doporučují podporovat aktivity jejich svépomocných skupin například ve smyslu zprostředkovávání relevantních informací. Toto doporučení bylo zmíněno i u jiných domén, nicméně v jiném kontextu. Zde směřují všechna 3 doporučení k zamezení či k předcházení sociální izolace, zejména pak k podpoře sociálních kontaktů neformálních pečujících a / nebo ke kontaktu se společenským prostředím.

„ ... že by člověk i ty svoje starosti a zádrhely, co se vyskytnou, že by to člověk mohl ventilovat a mohl by se člověk poradit. Ráda bych to předala těm druhým, co teprve s tím začnou. A že se hlavně musí obrnit obrovskou trpělivostí" (NPDP1).

Strach z budoucnosti

Oblast strachu z budoucnosti je úzce propojena s potřebou pečujících plánovat budoucnost, či mít tzv. záložní plán péče. V tomto kontextu informanti doporučovali aktérům sociální správy (sociálním pracovníkům krajských úřadů, magistrátů, obecních úřadů, poskytovatelům sociálních služeb, zástupcům neziskových organizací obhajujících práva osob s postižením či zástupcům pacientských organizací) zaměřit se na poradenství vztahující se k plánování budoucnosti. Zvýšenou potřebu této služby chápali jednak v rovině individuálního poradenství, tak i v rovině osvětové činnosti, např. prostřednictvím uspořádání seminářů na dané téma pro neformální pečující ze strany těch aktérů sociální správy, se kterými pečující přicházejí po nejvíce do kontaktu, tj. např. sociální odbory obecních úřadů či úřadu krajského, neziskové organizace obhajující práva a oprávněné zájmy cílové skupiny osob s neurodegenerativním onemocněním.

Ekonomická situace

Informanti hodnotili doménu Ekonomická situace jako individuální odpovědnost každého, a proto ani žádná konkrétní doporučení směrem k poskytovatelům služeb, zástupcům místní samosprávy či pracovníkům sociálního odboru krajského úřadu neadresovali.

Hrozba nezaměstnanosti

Uvedená oblast nebyla pro oslovenou skupinu relevantní a rovněž tak nebyla zmíněna ani žádná doporučení v této oblasti.

Zanedbávání členů rodiny

V kontextu rodiny zmiňovali informanti doporučení týkající se zajištění psychohygieny osob pečujících. Za důležitý aspekt péče považují potřebu pečovaného mít alespoň chvilku času pro sebe, najít si koníčka, mít se komu svěřit. Poskytovatelům služeb doporučovali nabízet individuální či skupinové (psycho)terapeutické služby pro pečující. Ti

deklarují, že nemají kapacitu vyhledávat si jednotlivé poskytovatele psychoterapeutických služeb a zamýšlet se nad tím, zda takové služby jsou právě pro ně. Z jejich slov zaznívala potřeba celkového servisu od jednoho či několika málo aktérů, dostatečně kvalifikovaných pro zajištění komplexní podpory osobám s neurodegenerativním onemocněním a úzce spolupracujících s obcemi.

Předsudky okolí

I přesto, že se s předsudečnými postoji ze strany veřejnosti informanti nesetkali, jako doporučení uváděli zvýšení osvětové činnosti, např. prostřednictvím spolupráce zástupců místní samosprávy či Karlovarského kraje s organizacemi cílové skupiny osob s vybraným neurodegenerativním onemocněním v oblasti osvětové činnosti (např. u příležitosti Mezinárodního dne Alzheimerovy choroby atp.)

Příloha: Přehled relevantních kurzů dalšího vzdělávání

Název kurzu	Určeno pro	Určeno pro	Dílčí téma 1	Dílčí téma 2	Dílčí téma 3	Kapacita jednoho kurzu	Kurz – počet dnů	Dodavatel	Místo vzdělávání	Aktivní 2020
Specifika komunikace s lidmi se syndromem demence	neuvedeno		Komunikace	Demence – příčiny, symptomy a průběh	Řešení každodenních /náročných situací			Zřetel s.r.o.	Praha	ANO
Demence v obrazech	sociální pracovníci	zdravotnický personál	Řešení každodenních/náročných situací	Komunikace	Pochopení světa lidí s demencí	16 až 25	1	Institut vzdělávání APSS ČR	na klíč	ANO
Druhy demence, detekce a zvládání bolesti – souvislosti zdravotního stavu a tzv. problémového chování	sociální pracovníci		Demence – příčiny, symptomy a průběh	Individuální plánování		12	1	Česká alzheimerovská společnost	Praha	ANO
Hudba a pohyb jako aktivizační a komunikační prostředek pro seniory s demencí a jejich pečující	pracovníci přímé péče	sociální pracovníci	Aktivizační techniky	Dramaterapie/jiné terapie	Komunikace	5 až 15	1	Česká alzheimerovská společnost	Praha	ANO

Název kurzu	Určeno pro	Určeno pro	Dílčí téma 1	Dílčí téma 2	Dílčí téma 3	Kapacita jednoho kurzu	Kurz – počet dnů	Dodavatel	Místo vzdělávání	Aktivní 2020
Komunikace s rodinnými pečujícími lidí s demencí	pracovníci přímé péče	sociální pracovníci	Komunikace	Pečující o člověka s demencí		12	1	Česká alzheimerovská společnost	Praha	ANO
Komunikace s osobami trpícími syndromem demence s využitím metod video-tréninku interakcí a intervize	pracovníci přímé péče	sociální pracovníci	Komunikace			16 až 25	112 hodin	Česká alzheimerovská společnost	Praha	ANO
Rozvoj kvality péče o osoby s demencí pro sociální a vedoucí pracovníky (Bon Appetit)	pracovníci přímé péče	sociální pracovníci	Rozvoj kvality			15	2	Česká alzheimerovská společnost	Praha	ANO
Tanec pro lidi s demencí	pracovníci přímé péče	sociální pracovníci	Dramaterapie/jiné terapie	Aktivizační techniky	Komunikace	12	24 hodin	Česká alzheimerovská společnost	Praha	ANO
Z mého života – získávání informací o životě uživatelů s demencí v procesu individuálního	pracovníci přímé péče	sociální pracovníci	Individuální plánování			12	1	Česká alzheimerovská společnost	Praha	ANO

Název kurzu	Určeno pro	Určeno pro	Dílčí téma 1	Dílčí téma 2	Dílčí téma 3	Kapacita jednoho kurzu	Kurz – počet dnů	Dodavatel	Místo vzdělávání	Aktivní 2020
poskytování služby										
Specifika práce s lidmi s demencí pro sociální a vedoucí pracovníky	pracovníci přímé péče	sociální pracovníci	Komunikace	Rozvoj kvality	Právní aspekty demence	12 až 20	112 hodin	Diakonická akademie	Praha	ANO
Služby pro lidi s demencí	pracovníci přímé péče	sociální pracovníci	Sdílení dobré praxe			10 až 15	1	Diakonická akademie	Praha	ANO
Základy komunikace s lidmi s demencí	pracovníci přímé péče	sociální pracovníci	Komunikace			8 až 12	1	Diakonická akademie	Praha	ANO
Základy péče o člověka s demencí	pracovníci přímé péče	sociální pracovníci	Demence – příčiny, symptomy a průběh	Komunikace		8 až 12	1	Diakonická akademie	Praha	ANO
Základy komunikace se seniory a lidmi s demencí	neuvedeno	x	Komunikace			neuvedeno	1	Gerontologické centrum	Praha	ANO
Základy komunikace s rodinou klienta s demencí a podpora	neuvedeno	x	Pečující o člověka s demencí	Komunikace		neuvedeno	1	Gerontologické centrum	Praha	ANO

Název kurzu	Určeno pro	Určeno pro	Dílčí téma 1	Dílčí téma 2	Dílčí téma 3	Kapacita jednoho kurzu	Kurz – počet dnů	Dodavatel	Místo vzdělávání	Aktivní 2020
rodinných pečujících										
Kurzy osobní asistence	neuvedeno	x	Lidé s tělesným a kombinovaným postižením			8	x	K. Neubert	flexibilní	ANO
Zdravotně postižený člověk … o koho vlastně jde?	sociální pracovníci	pracovníci přímé péče	neformální pečovatelé	zrakové postižení	problematika postižení	Mentální postižení	Psychologické změny vyplývající z postižení	minimální 10, maximální 20	neuvedeno	Portus Praha