

Eva Dragomirecká
a kolektiv

Ti, kteří se starají

Podpora neformální
péče o seniory

TI, KTEŘÍ SE STARAJÍ

PODPORA NEFORMÁLNÍ PÉČE O SENIORY

Eva Dragomirecká a kolektiv

Recenzenti: doc. MUDr, Eva Holmerová, Ph.D.

PhDr. Hana Georgi, Ph.D.

Autorský kolektiv

PhDr. Eva Dragomirecká, Ph.D. (kapitola 1-3, 10, Metodologická příloha)

Mgr. Andrea Dvořáková (kapitola 4)

PhDr. Hana Janečková, Ph.D. (kapitola 6-7)

PhDr. Eva Jarolímová, Ph.D. (kapitola 8)

Prof. PhDr. Hynek Jeřábek, CSc. (kapitola 5)

PhDr. Anna Mikanová (kapitola 4)

PhDr. Jiří Remr, Ph.D. (kapitola 9)

Spolupracovali

Mgr. Zuzana Dvořáková

PhDr. Anna Kvirencová

Mgr. Martina Mátlová

Dana Myšková

PhDr. Petr Sadílek

Mgr. Terezie Šmídová

Vydala Univerzita Karlova

Nakladatelství Karolinum

Redakce Lenka Ščerbaničová

Grafická úprava Jan Šerých

Sazba DTP Nakladatelství Karolinum

První vydání

© Univerzita Karlova, 2020

© Eva Dragomirecká a kolektiv, 2020

Tato publikace byla podpořena projektem Grantové agentury České republiky

č. 16-07931S *Hodnocení potřeb rodinných příslušníků pečujících o seniory*

ISBN 978-80-246-4598-8

ISBN 978-80-246-4627-5 (pdf)



Univerzita Karlova
Nakladatelství Karolinum

www.karolinum.cz
ebooks@karolinum.cz

Obsah

Úvod	7
1. Stárnutí populace a jeho důsledky (<i>Eva Dragomirecká</i>)	10
2. Současný kontext péče o seniory (<i>Eva Dragomirecká</i>)	23
3. Postoje veřejnosti k péči o seniory (<i>Eva Dragomirecká</i>)	34
4. Rodinná péče o seniory a formální nástroje její podpory (<i>Anna Mikanová a Andrea Dvořáková</i>)	50
5. Pečující rodiny jako příklad mezigenerační solidarity (<i>Hynek Jeřábek</i>)	65
6. Přejchod ke komplementárnímú modelu péče (<i>Hana Janečková</i>)	87
7. Proměny a inovace v péči o seniory a podpoře neformálních pečujících (<i>Hana Janečková</i>)	106
8. Dopady péče o seniora s demencí na rodinu (<i>Eva Jarolímová</i>)	141
9. Potřeby pečujících (<i>Jiří Remr</i>)	161
10. Péče o blízkého člověka s demencí z pohledu rodinných pečujících (výsledky kvalitativní studie) (<i>Eva Dragomirecká</i>)	186
Závěry a doporučení	270
Summary	274
Seznam zkratek	285
Použitá literatura	288
Metodologická příloha	302
Rejstřík	314

Úvod

Demografické stárnutí je úspěchem lidského druhu a lidské civilizace. Protože však – jak říká ve své stejnojmenné knize filozof a psycholog Paul Watzlawick – „všechno dobré je k něčemu zlé“, přináší s sebou tento vývoj nové úkoly, ať už je vnímáme jako problémy nebo jako výzvy. Mezi tyto úkoly patří zabezpečit důstojné podmínky života ve stáří, stát se pečující společností, postavit proti ekonomizaci hodnot důležitost blízkých lidských vztahů, odpovědnost vůči druhým, závazek, solidaritu. Představy společnosti, jak se postarat o své slabé členy, se stále proměňují. Po dlouhém období ústavnictví nastala éra deinstitucionalizace; zahájili jsme reformy, jejichž cílem je nahradit ústavní péči jinými typy sociálních a zdravotních služeb, které podporují život člověka v běžném prostředí. Chceme žít doma i ve stáří. Máme mnoho důvodů pro preferenci péče o seniory v domácím prostředí. Péči o staré nemocné členy rodiny se realizují a udržují hodnoty soudržnosti, vzájemnosti a altruismu, nemluvě o úsporách nákladů, které by musel na institucionalizovanou péči vynaložit zdravotní a sociální sektor. Víme však také, že je rodinná péče náročná a bez komplexní podpory pečujících často dlouhodobě neudržitelná. Situace pečujících rodin závisí na mnoha faktorech, z nichž mnohé jsou proměnlivé a kulturně specifické. Je péče o staré rodiče očekávaná a uznávaná hodnota, nebo představuje handicap, který snižuje sociální postavení pečujících? Představuje diagnóza demence stigma? Jsou pro pečující rodiny největším problémem finanční nároky péče či riziko ztráty zaměstnání, nebo se potýkají především s nedostatkem času na péči nebo s fyzickou či psychickou náročností péče? Co pečující nejvíce postrádají v systému zdravotních a sociálních služeb? A nakolik jsou jim prospěšné současné formy podpory? Tyto

úvahy a otázky nás dovedly k rozhodnutí realizovat vlastní výzkum. Zahraniční zkušenosti nás totiž mohou inspirovat, ale pro návrh účinných intervencí je třeba popsat aktuální kontext péče a konkrétní potřeby pečujících rodin v naší zemi. To bylo jedním z úkolů výzkumného projektu „Hodnocení potřeb rodinných příslušníků pečujících o seniory“, jehož výsledky zde předkládáme.

Předmět našeho zkoumání spadá do sociální gerontologie, což je mezioborová disciplína. Proto i v kapitolách přehledové části nalezneme čtenář témata demografická, sociálně-politická, sociologická a psychologická. Snažili jsme se o co nejuplněnější popis problematiky rodinné péče o seniory v době, kdy se proklamuje její důležitost, ale pečující rodiny i organizace, které je podporují, narážejí na všemožné bariéry chybějící legislativy a problematického financování v systému, který je tradičně nastaven na poskytování dlouhodobé péče v ústavních zařízeních. Gerontologické centrum v Praze 8 – Kobylisích, které začalo po r. 1989 průkopnický naplňovat zásady důstojné komplexní péče o lidi s demencí a jejich rodiny, se ani po třiceti letech nedočkal trvalého financování a v roce vydání této publikace bylo nuceno zavřít komunitní lůžkové zařízení, protože mu jeho zřizovatel, městská část Praha 8, neposkytl dotace „v důsledku kritické rozpočtové situace, a to přesto, že zde byla po mnoho let odváděna ve prospěch klientů výborná péče, za kterou zaslouží tým Gerontologického centra poděkování“ (Měsíčník městské části Praha 8, prosinec 2019).

Je třeba říct, že k občanským a církevním organizacím, které se podporou pečujících rodin zabývají dlouhodobě a mnoho pro ně vykonaly, jako je Diakonie Českobratrské církve evangelické, Život 90, Charita aj., v posledních pár letech rychle přibývají další projekty na podporu pečujících a výzkumy neformální péče. Systémové řešení, které by upřednostnilo komunitní péči, je však zatím v nedohlednu.

V knize prezentujeme výsledky dvou rozsáhlých kvalitativních studií, z nichž první (studie A) byla zaměřena na potřeby pečujících rodin bez specifikace zdravotního stavu opečovávané osoby a druhá (studie B) na potřeby pečujících, kteří se starají o blízkou osobu s demencí. Tyto studie, představující hlavní zdroj dat, byly doplněny dvěma dotazníkovými šetřeními. Výzkum by nebylo možné realizovat bez účinné a podnětné spolupráce s Gerontologickým centrem v Praze 8, Českou alzheimerovskou společností, Životem 90, Diakonií Českobratrské církve evangelické, Poradnou pro poruchy paměti v Liberci a Poradnou Alzheimer Point při Reminiscenčním centru. Jmenovitě chceme poděkovat Ing. Jitce Andresové, Monice Kovandové, DiS., Monice Kozové, Mgr. Martině

Mátlové, Mgr. Jitce Pokludové, Mgr. Lucii Ptáčkové, Mgr. Terezii Šmídové a Mgr. Markétě Šplíchalové, a to s rizikem, že tento seznam není úplný. Dále děkujeme tazatelům, kteří jezdili za respondenty po celé republice a uskutečnili úctyhodné množství rozhovorů, PhDr. Petru Sadílkovi, který realizoval výběr respondentů studie A a pomáhal nám při řešení výzkumnických úskalí, a v neposlední řadě patří naše poděkování pečujícím. Jejich zkušenosti jsou nenahraditelné, nelze je vyčíst z učených pojednání. Vážíme si toho, že se nám svěřili se svými příběhy a doufáme, že se nám je podaří využít ve prospěch dalších pečujících rodin. Ti, kteří se starají o druhé, bez ohledu na nepříznivé podmínky, mají naše uznání a náš obdiv. Věnujeme jim tuto knihu.

1. Stárnutí populace a jeho důsledky

Eva Dragomirecká

Aby mohla lidská populace úspěšně demograficky zestárnout, musela projít dlouhým strastiplným bojem o přežití. Lidé v pravěku téměř vyhylnuli,¹ v historické době pak čelili epidemiím,² hladomoru a válkám. Vzhledem k vysoké úmrtnosti ve všech věkových skupinách byla úspěšnou strategií pro přežití vysoká porodnost. Ve starověku trvalo zhruba tisíc let, než se světová populace zdvojnásobila. Odhaduje se, že 1000 let před naším letopočtem žilo na světě 80 milionů lidí, na začátku našeho letopočtu to bylo 160 milionů a v r. 1000 okolo 300 milionů (Mládek 1992). Od 18. století se díky hospodářskému a sociálnímu rozvoji růst populace podstatně zrychlil. V r. 1804 dosáhlo lidstvo miliardy, v r. 1927 (po 123 letech) dvou miliard, v r. 1960 po 33 letech tří miliard a další miliardy dosáhlo vždy po 12 až 14 letech do dnešních 7,6 miliard světové populace (UNFPA 2011, 2–3; UN 2017).

Cíl přežít jako druh jsme v současnosti zjevně dosáhli. My, příslušníci lidského druhu, však sdílíme další společný cíl: dožít se stáří, prožít dlouhý, produktivní, spokojený život. K prodloužení lidského života směřujeme posledních sto let snížením úmrtnosti ve všech věkových skupinách, v posledních padesáti letech pak výrazným snížením úmrtnosti i ve vyšších věkových skupinách. Důsledkem těchto procesů je, že

1 Podle některých zdrojů se před 70 tisíci lety lidská populace zredukovala dokonce na méně než 10 tisíc jedinců v důsledku největší sopečné erupce v dějinách Země a následné klimatické změny (Rampino a Ambrose 2000).

2 Např. Justiniánův mor v 6. století zahubil čtvrtinu populace Římské říše, na černý mor v polovině 14. století zemřela pětina až polovina populace Evropy a Blízkého východu (Davies 2013).

žijeme v době výrazných změn věkové struktury populace, které nazýváme demografickým stárnutím.

1.1 Demografické stárnutí

Stárnutí populace je jev, kdy v populaci absolutně i relativně narůstá počet starších osob. Konkrétně se za ukazatel demografického stáří považuje podíl obyvatel ve věku 65 a více let. Uvádí se, že země jsou demograficky mladé, pokud je v populaci méně než 4 % lidí ve věku 65 a více let (65+), demograficky zralé, pokud lidé ve věku 65+ tvoří 4 až 7 %, a demograficky staré, pokud je jejich podíl vyšší než 7 % (Kalvach et al. 2004, 53).

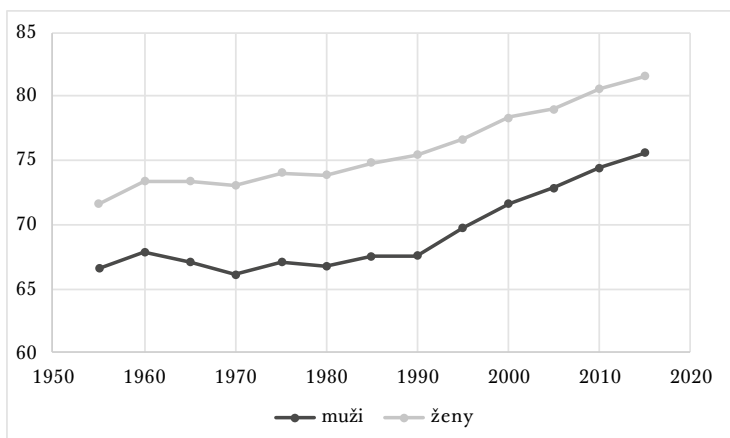
Populační stárnutí je tedy důsledkem dlouhodobých změn v úmrtnosti a porodnosti, které začaly zhruba před 200 lety, jsou označovány jako demografická revoluce nebo demografický přechod a spočívají ve snižování porodnosti a úmrtnosti. Různé části světa jsou v odlišných fázích demografického přechodu. Snížení úmrtnosti se zprvu týká především novorozenecké, kojenecké a dětské úmrtnosti. Při zachování vysoké porodnosti dochází ke zvyšování podílu dětí v populaci, populace „mládné“ a početně roste. Jedná se o tzv. první fázi demografického přechodu, kterou v současnosti procházejí některé země subsaharské Afriky. Druhá fáze je charakterizována snížením porodnosti a dalším poklesem úmrtnosti, kdy roste podíl obyvatelstva v produktivním věku. Příkladem zemí procházejících druhou fází demografického přechodu jsou některé státy Asie a Jižní Ameriky, např. Indie, Brazílie a Dominikánská republika. Pro třetí fázi je charakteristická nízká úroveň porodnosti i úmrtnosti, s postupně se zvyšujícím podílem osob ve vyšším věku v populaci. V této konečné fázi přechodu se nachází většina evropských zemí a Japonsko (PRB 2018).

Stárnutí populace probíhá jak zdola, snížením porodnosti, tak shora, snižováním úmrtnosti ve všech věkových skupinách. Změna věkové struktury obyvatelstva je výsledkem růstu životní úrovně, zlepšení hygieny a výživy a pokroku moderního lékařství v relativně nedávné době. Např. ve 14. století zemřelo v českých zemích v prvních pěti letech života každé druhé dítě a střední délka života činila 25–30 let, na začátku 20. století se nedožilo prvních narozenin každé páté dítě a střední délka života se pohybovala od 40 do 45 let (Demografický informační portál). Výrazné snížení úmrtnosti ve všech věkových skupinách přinesla až úspěšná léčba infekčních onemocnění po druhé světové válce. Demografického

stáří (podíl osob ve věku 65+ vyšší než 7 %) tehdy dosáhlo obyvatelstvo evropských států, Severní Ameriky, Austrálie a Nového Zélandu. V současné době (údaje za r. 2017) je demograficky mladá pouze populace subsaharské Afriky. V zemích Evropské unie tvoří lidé ve věku 65+ pětinu populace a podle odhadů budou v polovině 21. století tvořit 30 % populace (PRB 2018).

Uvádí se, že pokud přesáhne podíl osob ve věku 65+ 12 %, je třeba se zabývat systémem péče o staré občany v celostátním měřítku a při podílu vyšším než 14 % se stává péče o staré občany základním úkolem zdravotní a sociální politiky (Zavázalová 2001, 13). Česká republika přesáhla 12% podíl obyvatel ve věku 65+ v r. 1970 a 14% v r. 2004. V r. 2018 dosahoval podíl lidí 65+ v populaci 19,2 % (ČSÚ 2018a). Podle projekce Českého statistického úřadu pro Českou republiku do roku 2100 se bude počet obyvatel ve věku 65+ každoročně zvyšovat, a to až do r. 2059, kdy dosáhne vrcholu (30 %) a začne se pomalu snižovat. Největší měrou se na něm bude podílet přesouvání populačně silných generací do seniorského věku, které probíhá jak v současnosti, kdy stárnou početné poválečné generace, tak od 40. let 21. století, kdy budou do seniorského věku přecházet lidé narození v polovině 70. let 20. století.

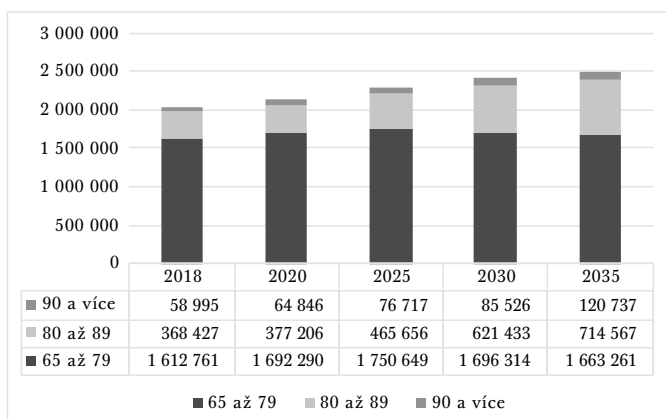
Proces stárnutí je zesílen prodloužováním střední délky života (průměrné naděje dožití) a přibýváním lidí v nejstarších věkových skupinách. Prodloužení střední délky života mužů a žen v ČR je výrazné zejména po r. 1990 (obrázek 1.1).



Obrázek 1.1 Střední délka života v ČR (ČSR) v období 1950–2015
Zdroj: ÚZIS

V r. 1960 dosahovala střední délka života v ČR³ necelých 68 let pro muže a více než 73 let pro ženy. V 70. a 80. letech střední délka života stagnovala, protože Česká republika začala zaostávat za zeměmi západní Evropy v léčbě civilizačních onemocnění, především kardiovaskulárních chorob. Mezi lety 1960 a 1990, tj. za třicet let, se střední délka života u mužů vůbec nezvýšila (67,9 v r. 1960 a 67,5 v r. 1990) a u žen vzrostla o pouhé dva roky (73,4 v r. 1960 a 75,4 v r. 1990). Po roce 1990 u nás došlo díky dostupnosti léků a moderních postupů při léčbě oběhových onemocnění k výraznému snížení úmrtnosti. V r. 2018 činila střední délka života u mužů 76,2 let a u žen 82,0, od r. 1990 se tedy prodloužila střední délka života u mužů o 8,7 let a u žen o 6,6 let (ČSÚ 2018a; ÚZIS). K růstu střední délky života u mužů nejvíce přispěl pokles úmrtnosti ve středním a vyšším věku, u žen dokonce až ve věku nad 70 let. V současnosti je úmrtnost soustředěna do poměrně vysokého věku. Nejčastějším věkem úmrtí u mužů je věková skupina 80 až 84 let, u žen převažují úmrtí ve věku 85 až 89 (Němečková 2018).

Nejrychleji rostoucí seniorskou skupinou budou v příštích letech lidé ve věku 80 let a starší. ČSÚ (2018a) předpokládá, že se do r. 2030 zvýší jejich počet ze současných 427 tis. na 707 tis., tj. zatímco v r. 2018 je v seniorské populaci zhruba jeden člověk z pěti ve věku 80+, v r. 2030 to bude jeden ze tří. Odhad růstu seniorské populace do r. 2035 v absolutních číslech ukazují obrázek 1.2.



Obrázek 1.2 Projekce vývoje počtu osob 65+ v jednotlivých věkových skupinách

Zdroj: ČSÚ 2018a

3 Údaje se týkají České republiky, ať už v rámci Československé republiky, ČSSR nebo ČSFR.

Jak již bylo řečeno, k tomuto vývoji přispívá jak snižování úmrtnosti, tak přesun početných poválečných generací do staršího seniorského věku. V příštích desetiletích lze očekávat zvyšující se podíl seniorů (osob 65+) v populaci, ale především proměnu struktury seniorské populace s přibývajícím podílem osob vysokého věku, které ve vyšší míře potřebují sociální a zdravotní péči.

1.2 Délka života ve zdraví

Pro Evropu, demograficky nejstarší část světa, je podstatné, do jaké míry je prodloužení lidského života doprovázeno zlepšováním zdravotního stavu, nebo nakolik to znamená více let prožitých v nemoci nebo snížené soběstačnosti. Pro tento účel vzniklo několik ukazatelů odhadujících délku života prožitou v dobrém zdravotním stavu. Využívají dat výběrového šetření EU-SILC (Eurostat EU-Statistics on Income and Living Condition Survey), které probíhá v zemích EU od r. 2004.

Jedním z těchto ukazatelů je délka života ve zdraví udávající počet let, která člověk prožije bez dlouhodobého zdravotního omezení. Označuje se jako HLY (Healthy Life Years) nebo DFLE (Disability-Free Life Expectancy). Podkladem pro výpočet jsou úmrtnostní tabulky a otázka na dlouhodobé omezení aktivit (GALI) ze šetření EU-SILC. Otázka zní: *Jste omezen/a ve svých každodenních aktivitách nějakým fyzickým nebo psychickým problémem, nemocí nebo postižením? (Ano, silně omezen/a; ano, omezen/a; ne, neomezen/a)*. Šetření EU-SILC zahrnuje další dvě otázky na celkové zdraví, a to subjektivní hodnocení zdraví a přítomnost dlouhodobé nemoci nebo zdravotního problému, které jsou využívány pro jiné ukazatele života ve zdraví (Hrkal a Daňková 2005). Tabulka 1.1 prezentuje délku života ve zdraví a její podíl na celkové naději dožití ve věku 0 a 65 let.

Tabulka 1.1 Střední délka života a délka života ve zdraví (HLY) pro ČR, EU a Švédsko v r. 2016

	ČR		EU		Švédsko	
	<i>muži</i>	<i>ženy</i>	<i>muži</i>	<i>ženy</i>	<i>muži</i>	<i>ženy</i>
střední délka života / naděje dožití (LE)						
<i>při narození (ve věku 0)</i>	76,1	82,1	78,2	83,6	80,6	84,1
<i>ve věku 65 let</i>	16,2	20,0	18,2	21,6	19,1	21,5

	ČR		EU		Švédsko	
	<i>muži</i>	<i>ženy</i>	<i>muži</i>	<i>ženy</i>	<i>muži</i>	<i>ženy</i>
délka života ve zdraví (HLY)						
<i>při narození (ve věku 0)</i>	62,7	64,0	63,5	64,2	73,0	73,3
<i>ve věku 65 let</i>	8,4	8,9	9,8	10,1	15,1	16,6
podíl let ve zdraví na střední délce života (v %)						
<i>při narození (ve věku 0)</i>	82,4 %	78 %	81,2 %	76,8 %	90,6 %	87,2 %
<i>ve věku 65 let</i>	51,9 %	44,5 %	53,8 %	46,8 %	79,1 %	77,2 %

Zdroj: Data Eurostat, vlastní výpočty

Tabulka ukazuje, že čeští muži prožijí ve zdraví zhruba čtyři pětiny života, ženy tři čtvrtiny života. Ve věku 65 let je před muži 8,4 let a před ženami téměř 9 let zdravého života. České ženy žijí o šest let déle než muži, rozdíl mezi zdravými roky života však činí pouze necelý jeden a půl roku, ženy tedy prožijí delší dobu života se zdravotním omezením než muži. V rámci Evropské unie zaujímá Česká republika, co se týká střední délky života, přední místo mezi východoevropskými zeměmi, ale stále zaostává za západoevropskými zeměmi. Pro srovnání jsou v tabulce 1.1 uvedeny údaje za Švédsko. Rozdíly mezi zdravou délkou života mezi Švédskem a Českou republikou jsou výrazné: švédské ženy mají jen o dva roky delší střední délku života než české ženy, ale jejich zdravá délka života je o více než devět let delší než u českých žen; švédští muži prožijí dokonce o deset let delší „zdravý“ život než muži v ČR.

Česká populace středního a vyššího věku trpí relativně často civilizačními nemocemi. Český statistický úřad (ČSÚ 2018b) analyzuje v publikaci *Senioři a zdraví* údaje o výskytu chronických onemocnění u starší populace v evropských zemích⁴ a dokládá rozdíly v nemocnosti seniorů ve východoevropských a západoevropských zemích. Např. vysokým krevním tlakem trpí v ČR více než polovina populace 75+ (59 %), zatímco v Norsku je to pouze třetina (34 %). Každý čtvrtý český senior ve věku 75+ má cukrovku (27 %), naproti tomu v Norsku, Belgii, Dánsku a Islandu (a v pobaltských zemích) je v tomto věku méně než 14 % nemocných.

4 Podkladem analýz jsou data z výběrového šetření EHIS (European Health Interview Survey), které proběhlo v evropských zemích v r. 2014. Respondenti uváděli, jaká měli chronická onemocnění v posledních 12 měsících. Data byla získána z databáze Eurostatu.

Více než pětina české seniorské populace 75+ trpí onemocněním srdce (22 %) v porovnání se 7 % švédských či norských seniorů či dokonce 4 % španělských seniorů ve věku 75+ (ČSÚ 2018b; Eurostat). Čím jsou způsobeny tak značné rozdíly ve výskytu nemocnosti v Evropě? Můžeme předpokládat, že k nim přispívá životní styl (stravování, pohybová aktivita) včetně rizikového zdravotního chování. Přibývá také dokladů o vlivu škodlivin ze znečištěného vzduchu na délku života obyvatel, u nás tyto dopady sleduje Státní zdravotní ústav⁵.

Rozdíly ve vývoji střední délky života členských zemí v letech 1995–2015 se zabývala Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD 2017). Analyzovala dostupné indikátory: nejsilnějším prediktorem střední délky života byla výše výdajů na zdravotnictví, významný vliv mělo také vzdělání, počet kuřáků a konzumace alkoholu.⁶ Výsledky potvrdily závislost zdraví populace na úrovni zdravotnictví a zdravotní politiky státu, včetně prevence a osvěty.

Mírný optimismus v mezích statistiky je v tom, že spolu s prodlužováním lidského věku se prodlužují i zdravé roky života. Příklad Švédska ukazuje, že v optimálních podmínkách mohou lidé prožít většinu života ve zdraví a se zdravotním omezením žít jen relativně krátkou etapu svého života (viz téměř 90 % života ve zdraví u švédské populace). Realitou je, že Česká republika má v péči o zdraví obyvatel v porovnání s nejvyššími evropskými zeměmi co dohánět a zlepšování zdravotního stavu ve vyšším věku za poměrně příznivým vývojem střední délky života zaostává. Přestože se lidé dožívají vysokého věku ve stále lepším zdravotním stavu, odhadované zdvojnásobení počtu lidí nejvyšších věkových kategorií v příštích 15 letech bude znamenat vysoké nároky na zabezpečení péče a nutné zvýšení výdajů na zdravotní a sociální služby.

1.3 Odhady osob se sníženou soběstačností

Výskyt onemocnění je důležitým ukazatelem zdravotního stavu populace, ale nepostačuje k odhadu počtu osob, které potřebují komplexní péči a vysokou míru podpory. K tomuto účelu slouží koncept soběstačnosti.

⁵ SZÚ – Odhad zdravotních rizik ze znečištění ovzduší Česká republika – rok 2014.

⁶ Vliv životního prostředí považují autoři analýz za prokázány. V jejich modelu neměl tento faktor významný vliv zřejmě proto, že se ve sledovaných letech příslušné ukazatele výrazně neměnily.

Soběstačnost je definována jako schopnost vést důstojný život samostatně v přirozeném prostředí a schopnost postarat se o sebe sama bez cizí dopomoci. Potřeba péče může být uspokojována jak poskytováním neformální péče (která dosud ve většině evropských zemí převažuje), tak různými službami financovanými také z veřejných rozpočtů (MPSV 2010). Zvyšující se potřebu péče v důsledku stárnoucí seniorské populace odhadujeme na základě využívání služeb v současnosti, případně můžeme využít informace z výběrových šetření. Běžným indikátorem závažného zdravotního postižení a omezení soběstačnosti je využívání služeb dlouhodobé péče, tj. komplexu služeb na zdravotně-sociálním pomezí, které vedle zdravotní péče zajišťují základní životní potřeby. Do odhadů většinou nejsou zahrnuti lidé se sníženou soběstačností, kteří nevyužívají žádných služeb (např. lidé v domácím prostředí, o které pečují členové rodiny a nevyužívají příspěvek na péči).

OECD (2017) odhaduje, že v seniorské populaci (65+) zemí sdružených v Organizaci pro hospodářskou spolupráci a rozvoj⁷ využívá služeb dlouhodobé péče 13 % osob, z toho 67 % žije v domácím prostředí. Do služeb dlouhodobé péče jsou zahrnuta pobytová zařízení, domácí péče i příjemce příspěvků na péči, kteří využívají pouze neformální péči. Údaj pro Českou republiku je 13,2 %⁸, podobný jako pro Německo (13,4 %). Průměrně v zemích OECD je více než polovina (52 %) příjemců dlouhodobé péče ve věku 80 a více let, v České republice je podle odhadu OECD 44 % příjemců dlouhodobé péče ve věku 80+, v dlouhověkém Japonsku dvě třetiny (66 %).

Snaha umožnit lidem se sníženou soběstačností (nadále) žít v domácím prostředí se odráží i ve statistikách: v minulých deseti letech se v téměř všech zemích OECD zvýšilo procento osob ve věku 65+, kteří využívají služeb dlouhodobé péče v domácím prostředí, a to v souvislosti s deinstitutionalizací a rozvojem komunitní péče.

Odhad osob, které potřebují podporu a žijí v domácím prostředí, poskytují také výběrová šetření o zdraví opírající se o reprezentativní soubory obyvatel ČR. Tabulka 1.2 prezentuje výsledky studií zaměřených na starší populaci. Údaje o zdravotním stavu nebo závislosti na vnější pomoci byly získány z výpovědi respondentů.

7 OECD sdružuje 36 ekonomicky nejrozvinutějších zemí. Kromě většiny zemí Evropy jsou členy OECD Austrálie, Chile, Japonsko, Kanada, Korea, Mexiko, Nový Zéland, Turecko a Spojené státy.

8 ČR poskytla pro mezinárodní srovnání příjemců dlouhodobé péče počty osob, které pobírají příspěvek na péči, což nutně neznamená využívání služeb dlouhodobé péče. Údaj o podílu příjemců dlouhodobé péče žijících v domácím prostředí není ve zprávě OECD (2017) za Českou republiku k dispozici.

Tabulka 1.2 Podíl osob se sníženou soběstačností podle výběrových šetření

Dotazníkové šetření (zdroj)	Respondenti	Ukazatel funkčního nebo zdravotního stavu (podle formulace otázky)	Podíl respondentů ve špatném funkčním nebo zdravotním stavu v dané věkové skupině
VÚPSV (Veselá a Janota 1999)	reprezentativní vzorek obyvatel ČR ve věku 60+ (N = 1085)	závislost na vnější podpoře	60–64 let: 9,4 % 65–69 let: 16,7 % 70–74 let: 23,2 % 75–79 let: 29,8 % 80–84 let: 46,8 % 85+: 63,3 % celkem v souboru 60+: 23,8 %
EHIS 2008 (ÚZIS 2011)	reprezentativní vzorek obyvatel ČR 15+ (N = 3825)	vážné omezení v běžných činnostech	muži 65–74 let: 14,1 % 75+: 31,0 % ženy 65–74 let: 21,2 % 75+: 36,8 %
EHIS 2014 (Daňková 2016)	reprezentativní vzorek obyvatel ČR 15+ (N = 6737)	velké potíže s péčí o domácnost	65–74 let: 18,7 % 75+: 54,8 %
		velké potíže se sebeobsluhou	65–74 let: 3,9 % 75+: 18,9 %
FDV 2018a	reprezentativní vzorek obyvatel ČR 18+ (N = 1253)	výrazné zdravotní potíže	60+: čtvrtina

Přes rozdílnou formulaci otázky, kterou byla zjišťována potřeba péče, se výsledky dotazníkového šetření Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí (VÚPSV) a Fondu dalšího vzdělávání (FDV) shodují v tom, že čtvrtina populace osob starších 60 let má sníženou soběstačnost. Všechna uvedená šetření také dokumentují nárůst závislosti na vnější pomoci s věkem a ukazují, že ve věku 80+ potřebuje vnější podporu více než polovina osob.

Je třeba si uvědomit, že prezentovaná dotazníková šetření probíhala v domácnostech, a proto podhodnocují podíl starších osob závislých na podpoře. Nezahrnují totiž ty, kteří již byli pro špatný zdravotní stav a sníženou soběstačnost nuceni opustit domácí prostředí a žijí

v sociálních pobytových službách nebo jsou hospitalizováni ve zdravotnických zařízeních.

1.4 Výskyt demence

K významným zdravotním problémům s ohledem na potřebu dlouhodobé péče ve vyšším věku patří demence. Demence je definována jako *syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení mnoha vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku (kognitivních funkcí)* (Smolík 1996, 62).

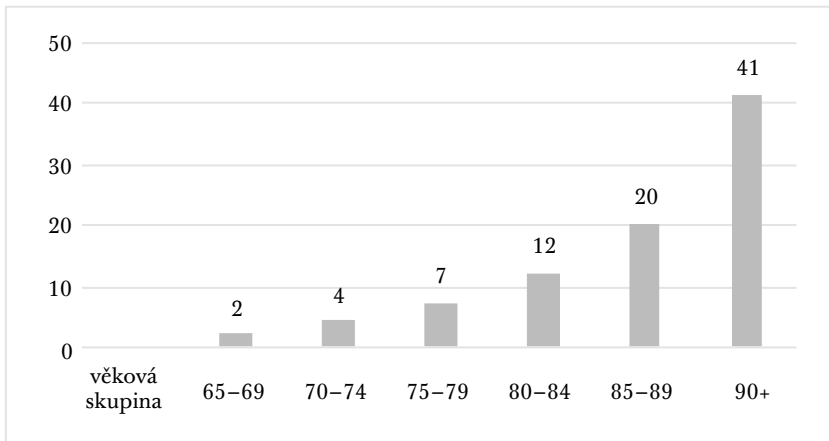
Holmerová et al. (2007, 8) uvádí, že do 80. let 20. století nebyla demence soustavně studována. Projevy kognitivní poruchy se obecně označovaly jako „skleróza“ a považovaly se za projev stárání. V současnosti demenci chápeme jako projev onemocnění či poškození mozku.

Rozlišujeme demence, které jsou důsledkem poškození mozku degenerativním procesem, a sekundární demence v důsledku vaskulárních, metabolických či traumatických změn.

Nejčastějším neurodegenerativním onemocněním je Alzheimerova choroba, která je příčinou zhruba dvou třetin všech demencí. Nemoc nelze na základě současného stavu poznání vyléčit, ale je možné ji léčit ve smyslu modifikace či zmírnění příznaků a oddálení těžkých stadií demence. Za důležitou součást léčby se považuje reedukace a rehabilitace nemocných a práce s rodinou, jejich edukace a podpora (Jirák 2013).

Většina lidí s demencí nežije v ústavní péči a nemusí být podchyce-na zdravotnickou statistikou, odhady výskytu lidí s demencí v populaci proto vycházejí z dílčích národních a mezinárodních populačních výzkumů prevalence⁹ demence. Metaanalýza studií, které se uskutečnily v letech 1980–2009, ukázala, že ve většině evropských zemí se prevalence demence v populaci staršího věku (60+) pohybovala v intervalu 5–7 % (Prince et al. 2013). V celé populaci žije 1–2 % obyvatel s demencí, v závislosti na její věkové struktuře. V nejstarších evropských populacích Itálie a Německa to je více než 2 % lidí s demencí (OECD 2017). Zvyšující se podíl osob s demencí ve starším věku ukazuje obrázek 1.3.

9 Prevalence udává počet všech osob s demencí v dané populaci.



Obrazek 1.3 Prevalence demence v zemích OECD podle věkových skupin (v %)
 Zdroj: OECD 2017

S věkem exponenciálně roste incidence¹⁰ demence. Uvádí se, že incidence se zdvojnásobí každých šest let, od 0,39 %¹¹ nových případů ve věku 60 až 64 let po 10,48 % ve věku 90 a více let. Vrchol incidence, tj. nejvíce nových případů onemocnění, je ve vyspělých zemích ve věku 80 až 89 let, v Asii ve věku 75 až 84 let a v Africe ve věku 65 až 74 let (ADI 2015).

Odhady počtu nemocných potřebné pro plánování péče vycházejí ze zjištěné prevalence onemocnění v určitých věkových skupinách a z věkové struktury populace.

Podle Alzheimer Disease International žilo v r. 2015 na světě téměř 47 milionů lidí s demencí, z toho v Evropě 10,5 milionů (ADI 2015). Odhady OECD pro státy Evropské unie činí pro r. 2018 asi 9,1 milionu nemocných (OECD/EU 2018). Údaje pro ČR publikuje Česká alzheimerovská společnost. Podle posledních odhadů vycházejících z průměrné evropské prevalence žije v ČR 167 tisíc lidí s demencí (ČALS 2019), což odpovídá 6 % populace ve věku 60+.

Prevalence závisí na incidenci (počtu nových onemocnění) a délce nemoci. Zdálo by se, že výskyt demence souvisí výhradně s populačním

10 Incidence udává počet nových onemocnění v dané populaci, většinou bývá udávána roční incidence, tj. počet lidí diagnostikovaných během sledovaného roku.

11 Jinak řečeno, z 1000 osob ve věku 60 až 64 let onemocní 4 lidé demencí; ve věku 90 a více let to je 105 nemocných demencí na 1000 osob.

stárnutím. Některé studie však v posledních letech překvapivě ukázaly pokles incidence demence ve vyspělých zemích, což dávají do souvislosti se zlepšováním péče o zdraví včetně zdravého životního stylu a omezování rizikového zdravotního chování. Zdá se, že by zdravotní prevence cílená na civilizační nemoci mohla ovlivnit i výskyt demence v tom smyslu, že ji odsune do vyššího věku, blíže k „přirozenému“ konci života (ADI 2015).

1.5 Souhrn

Svět v 21. století rychle stárne. Znamená to, že dochází k výrazným změnám věkové struktury obyvatelstva, kdy v důsledku snižování porodnosti a úmrtnosti v populaci narůstá podíl osob vyššího věku.

Demograficky nejstarší částí světa je většina evropských zemí a Japonsko. Také ČR se vydala na cestu dlouhověkosti, podobně jako jiné vyspělé země. Tento obrat znamená ukončení nepříznivých trendů přetrvávajících až do konce 80. let 20. století. V r. 2018 činila střední délka života u mužů 76,2 let a u žen 82,0, od r. 1990 se tedy prodloužila střední délka života u mužů o 8,7 let a u žen o 6,6 let.

V zemích Evropské unie je každý pátý obyvatel ve věku 65 let nebo více; v polovině 21. století bude v seniorském věku (65+) podle odhadů každý třetí obyvatel.

Nejrychleji rostoucí seniorskou skupinou budou lidé ve věku 80 let a starší. Odhady pro ČR předpokládají, že se jejich počet do r. 2036 více než zdvojnásobí.

V důsledku zdravotního stavu se s věkem výrazně snižuje soběstačnost. Výzkumy ukazují, že výraznou vnější podporu potřebuje každý čtvrtý senior ve věku 60+ a každý druhý senior ve věku 80+ žijící v domácím prostředí.

Zvýšení počtu osob vysokého věku předpokládá zvýšení výdajů na zdravotní a sociální služby a zabezpečení kvalitní péče. Hledání optimálních řešení včetně podpory neformální péče je důležitým úkolem současnosti.

Významným onemocněním ve vztahu k potřebě péče ve vyšším věku je syndrom demence. Nové případy onemocnění narůstají exponenciálně s věkem, což má za následek vzrůstající prevalenci demence ve vyšším věku: zatímco ve věkové skupině 65–69 let jsou pouze 2 % nemocných, ve věku 85 až 89 let to je 20 % nemocných a u 90letých a starších dokonce 41 % nemocných. V současnosti žije v ČR podle odhadů zhruba 167 tisíc osob s demencí.

Pokud nedojde k velké katastrofě klimatické, válečné nebo epidemické, lidstvo bude v dalších letech nadále stárnout a péče o starší členy rodiny je a bude běžnou životní zkušeností.

2. Současný kontext péče o seniory

Eva Dragomirecká

Vztah k slabým členům lidského společenství je ukazatelem jeho hodnotové i materiální vyspělosti. Péče o nemocné a chudé byla po dlouhé období motivována křesťanským přikázáním lásky k bližnímu a poskytovaná především církvemi, později také státem a obcemi. Praktickým cílem organizované pomoci bylo zachování sociální stability a soudržnosti stále složitějších společenských a politických celků, které ideově vycházelo z úcty k lidskému životu, hodnot vzájemné pomoci a solidarity až po uznání práva člověka na důstojný život. V současnosti je měřítkem kvality sociální politiky státu to, do jaké míry dokáže naplňovat lidská práva. Kodifikovaná a mezinárodně respektovaná lidská práva se stala závazným rámcem sociální politiky až v druhé polovině 20. století.

2.1 Právo na důstojný život

V reakci na zločiny druhé světové války v důsledku rasových a totalitních ideologií přijala Organizace spojených národů v r. 1948 Všeobecnou deklaraci lidských práv, ve které se *uznání přirozené důstojnosti a rovných a nezcizitelných práv členů lidské rodiny považuje za základ svobody, spravedlnosti a míru ve světě*. Obecné zásady Deklarace byly postupně rozpracovány v návazných dokumentech a mezinárodních smlouvách. V Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech, přijatém v r. 1966, uznávají smluvní státy v článku 12 *právo každého na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví*.

Práva seniorů na péči jsou konkretizována v Dodatkovém protokolu k Evropské sociální chartě (1988), který ČR ratifikovala v r. 1999. Smluvní strany se mimo jiné zavazují umožnit seniorům, pokud si to přejí, nezávislý život ve známém prostředí, a to poskytnutím přiměřeného bydlení nebo podpory na přizpůsobení jejich bydlení a poskytnutím zdravotní péče a podpory. Senioři žijící v ústavěch mají právo na vhodnou podporu, která respektuje jejich soukromí a účast v rozhodování o podmínkách ústavu. Je zde také vyjádřen závazek poskytovat informace o dostupných službách a zařízeních (Dodatkový protokol Evropské sociální charty, článek 4).

Zásady přístupu k lidem, kteří potřebují v důsledku horšího zdravotního stavu podporu společnosti, jsou dále zformulovány např. v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením (2006). Vedle rovnoprávnosti a přirozené důstojnosti se zdůrazňuje nezávislý způsob života a zapojení do společnosti. V článku 19 je vyjádřeno právo osob se zdravotním postižením¹² si zvolit, kde a s kým budou žít, bez nutnosti žít ve specifickém prostředí¹³, a právo na přístup ke službám, které jsou nezbytné pro nezávislý způsob života, ať už se jedná o služby v domácím prostředí, rezidenční služby nebo další podpůrné komunitní služby. Konkrétně je jmenována osobní asistence.

Pro oblast péče o seniory je důležitý také článek 22 věnovaný respektování soukromí a článek 25 o zdraví, resp. přístupu ke zdravotním službám. Týká se mimo jiné požadavku poskytovat osobám se zdravotním postižením stejnou nabídku a kvalitu dostupné zdravotní péče a programů, které jsou poskytovány ostatním, zdravotní služby, které určité skupiny, např. děti nebo starší osoby, potřebují specificky z důvodu svého zdravotního postižení a služby určené k minimalizaci nebo prevenci dalšího zdravotního postižení. Zdravotní služby mají být poskytovány co nejbližší místu bydliště dané osoby, a to včetně venkovských oblastí (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením 2006).

Principy rovné nediskriminující péče o zdraví s podporou života v přirozeném prostředí člověka jsou dále rozpracovány ve strategických dokumentech a programových prohlášeních vlády.

12 Termín „zdravotní postižení“ je dosud široce používán, v současnosti je však nahrazován termínem „disabilita“, který zahrnuje i bariéry prostředí, nikoli pouze zdravotní stav (MKF 2008).

13 Myslí se tím zejména život v zařízení ústavního typu, kde je člověk nucen vzdát se svého životního stylu a přizpůsobit se pravidlům organizace.

2.2 Deinstitucionalizace v péči o seniory

Základní principy pro plánování a realizaci péče byly formulovány již v r. 1982 na 1. světovém shromáždění OSN o problematice stárnutí a stáří ve Vídni a zahrnují čtyři procesy změny: demedicalizaci, deinstitucionalizaci, desektorizaci a deprofesionalizaci. V našich podmínkách nastaly předpoklady pro systematické změny až po r. 1990 a v současné době se po etapě diskusí a mapování dostáváme do fáze zavádění komunitních služeb, byť dosud chybí legislativa, která by současné dílčí iniciativy systematizovala. Komunitní služby se podle MPSV (2015b) vyznačují tím, že jsou *poskytovány důsledně individuálně podle potřeb, přání a aspirací každého z uživatelů a každým svým prokem přispívají ke společenskému začlenění: pomáhají uživatelům žít v komunitě běžným způsobem života s právy a povinnostmi, které má každý člověk*. Znamená to zachování a umožnění sociálních vztahů různého typu, podporu samostatnosti a maximálního možného rozhodování o svém způsobu života.

V Národní strategii rozvoje sociálních služeb na období 2016–25 se péče o seniory týká zejména kapitola o sociálně zdravotním pomezí a podpoře pečujících. V kapitole věnované deinstitucionalizaci a transformaci sociálních služeb je konstatováno, že se transformace služeb dosud zaměřuje především na osoby se zdravotním postižením a děti a je třeba, aby se v budoucnu zaměřila *na další cílové skupiny, které jsou institucionální péčí výrazně zasaženy, zejména seniory* (MPSV 2015a). To bohužel vystihuje současnou realitu. Pokud bychom brali v potaz obsah médií, usoudili bychom, že se deinstitucionalizace seniorů vůbec netýká a pro zajištění potřebné péče je třeba posílit institucionalizaci. Proto se v Národní strategii rozvoje sociálních služeb uvádí, že deinstitucionalizace v oblasti sociálních služeb pro seniory neznamená rušení potřebných zařízení, ale preferenci služeb komunitního charakteru. Připomíná se, že cílem transformace služeb je zajištění podpory v přirozeném prostředí člověka, a že tímto přirozeným prostředím může být z důvodu potřeby intenzivní podpory i služba pobytového charakteru, avšak komunitního typu. Podstatné je respektování práva uživatelů sociálních služeb na plnohodnotný život srovnatelný s vrstevníky žijícími v přirozeném prostředí (MPSV 2015a).

Podobně v materiálu k východiskům dlouhodobé péče v ČR (MPSV 2010) odborníci důrazně doporučují, aby se součástí sítě služeb stala malá zařízení, otevřená sousední komunitě, která se mohou přizpůsobit potřebám seniorů žijících v nich i v jejich okolí.

Lidé chtějí ve stáří zůstat v domácím prostředí, jak ukazují současné výzkumy postojů české veřejnosti (viz kapitola 3, s. 37, 39, 41), komunitní formy podpory jsou však dosud málo rozvinuté. Je to dáno dlouhou tradicí ústavnictví na území současné České republiky i poválečným vývojem, kdy se nevybudovala dostatečná nabídka sociálních služeb a intervencí a převažovalo řešení problémů zdravotnickými prostředky, s důrazem na lůžkovou péči. Zdědili jsme tak situaci, kdy jsou senioři často nuceni využívat vyšší (a mnohem dražší) míru podpory, než potřebují, protože nemají k dispozici vhodné bydlení a terénní zdravotní a sociální služby. V mnohých případech je lůžková péče využívána v rozporu se svým zaměřením, jako náhradní řešení pro seniory, kteří by v jinak nastaveném systému péče mohli žít s podporou v běžném prostředí.

Důležitým článkem péče o seniory je zabezpečení bezbariérového a finančně dostupného bydlení, ve kterém jsou seniorům k dispozici potřebné služby a zůstávají přitom ve známém prostředí, bez narušení blízkých i širších sociálních vztahů. Tento účel dosud naplňovaly domy s pečovatelskou službou, o které je velký zájem. Od r. 2015 je výstavba komunitních domů pro seniory podpořena dotační výzvou ministerstva pro místní rozvoj.

Vedle rozvoje chybějících článků terénních služeb je součástí deinstitutionalizace také přeměna současných pobytových služeb ve smyslu přizpůsobení péče individuálním potřebám klienta, nikoli přizpůsobení klienta pravidlům organizace. Hnutí prosazující změnu kultury pobytových služeb pro seniory vznikla v zahraničí na začátku 80. let a vedla k zaměření na potřeby klientů, vytváření domácího prostředí, vzdělávání a posílení role personálu a zapojení klientů do rozhodování. Vznikly modely péče, které tyto zásady uvádějí v praxi, v USA např. model nazvaný Eden Alternative, zaměřený na podporu kontaktu klientů s rostlinami, zvířaty a dětmi, nebo Green House, kde klienti žijí v malých domácích společně s personálem, který poskytuje veškerou péči včetně přípravy stravy ve spolupráci a za společného rozhodování s klienty (Zimmerman et al. 2014).

Důležitou součástí zvyšování kvality péče o seniory v sociálních službách bylo zavedení individuálního plánování. Změna kultury pobytových organizací vyžaduje zvýšení informovanosti veřejnosti, vzdělávání personálu i legislativní změny.

2.3 Dlouhodobá péče

Snížená soběstačnost v důsledku zdravotních potíží, stav typický pro vysoký věk, vede k potřebě zdravotních i sociálních služeb. Provázanost a uzpůsobenost péče lidem s dlouhodobými zdravotními potížemi se označuje jako „dlouhodobá péče“ (LTC – long-term care). Cíle a strategie tohoto konceptu péče se liší od běžné „akutní“ péče. Zdůrazňuje se komplexnost sociálních a zdravotnických služeb, individualizace péče, respekt k biopsychosociálním a spirituálním potřebám, spolupráce neformálních a formálních pečujících a jejich účinná podpora.

V návrhu Věcného záměru zákona o dlouhodobé zdravotně sociální péči (MPSV 2011) je dlouhodobá péče definována jako *kombinace širokého spektra koordinovaných zdravotních a sociálních služeb, které potřebují osoby se sníženou soběstačností a zhoršeným zdravotním stavem. Zhoršená soběstačnost může být díky zdravotnímu postižení vrozená nebo získaná v průběhu života v důsledku zhoršení zdravotního stavu, které nastává nejčastěji, ale zdaleka ne výlučně, ve vyšším seniorském věku. Potřeba poskytování dlouhodobé péče, pokud nastane, je zpravidla trvalá až do konce života klienta.*

Zákon se měl stát legislativním rámcem ke společnému řešení problematiky dlouhodobé péče sociálním a zdravotnickým sektorem, jeho návrh však byl zamítnut a Legislativní rada vlády doporučila oběma resortům, aby byly úkoly dlouhodobé péče řešeny v zákonech o sociálních a zdravotnických službách, tedy nadále odděleně (Holmerová 2014).

Právní analýzu podmínek pro rozvoj integrovaných zdravotních a sociálních služeb v obcích provedla Koldinská (2015). Upozornila mimo jiné na to, že je legislativně upravena možnost poskytovat sociální péči ve zdravotnických zařízeních (podle zákona o sociálních službách), ale takové prodloužení ústavní péče může mít pro seniora nepříznivé důsledky a mělo by být poslední možností řešení. Poskytování sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení považuje za neefektivní z ekonomického i systémového hlediska. Navrhuje dávat přednost poskytování sociálních a zdravotních služeb v domácnosti seniora, případně v sociálních pobytových zařízeních, kde si senior již vytvořil pocit domova. V této souvislosti doporučila zavést na obcích komunitní sestry, jejichž úkolem by bylo analyzovat situaci seniora a jeho rodiny z hlediska potřeby ošetrovatelské péče a umožnit tak efektivní zavedení terénních integrovaných zdravotních a sociálních služeb.

Koncept dlouhodobé péče je užitečný v tom, že rozlišuje péči o lidi s výrazně sníženou soběstačností, kteří potřebují pomoc se základními

aktivitami,¹⁴ od méně kvalifikované péče, která se týká pomoci v domácnosti nebo pomoci v instrumentálních aktivitách denního života (Holmerová 2014, 33).

Pro plánování péče je toto rozlišení nezbytné. V současnosti je však obtížné odhadnout počet lidí s potřebou dlouhodobé péče, protože určitá část nemusí využívat žádnou službu (lidé v rodinné péči bez příspěvku na péči), zatímco na druhé straně uživatelé služeb, které považujeme za prvky systému dlouhodobé péče, mohou mít potřebu nižší míry podpory, která však není v jejich okolí k dispozici. Následující kapitolu o kapacitě služeb je třeba brát s touto výhradou.

2.4 Potřeba a spotřeba péče

Odhady potřeby lůžkové péče

Přes zlepšování zdravotního stavu ve vyšším věku bude stárnutí české populace znamenat absolutní nárůst osob s potřebou podpůrných služeb. Kalvach (2019, 125) uvádí, že v hospodářsky vyspělých zemích se v současnosti předpokládá dlouhodobá ústavní péče u 3–4 % osob ve věku 65+, resp. u 15–20 % ve věku 80+.¹⁵ Kotrusová et al. (2012) odhaduje, že intenzivní pobytovou péči potřebují 3 % seniorů a značnou míru dopomoci 5 % seniorské populace. Vztáženo na českou populaci by to v současnosti¹⁶ činilo zhruba 62 tis. osob s potřebou intenzivní lůžkové péče a celkem 102 tis. osob se značnou potřebou podpory.

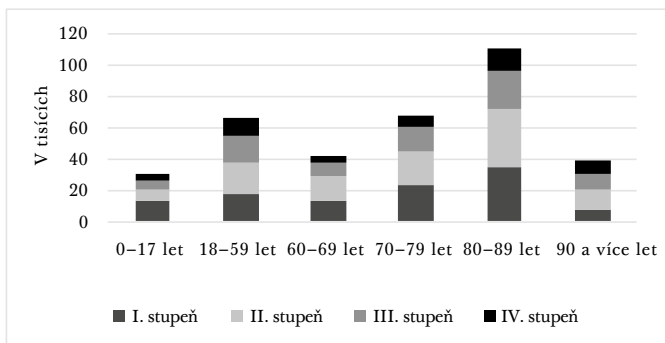
Odhady počtu příjemců příspěvku na péči

Potřebu podpory můžeme dále odhadovat podle počtu příjemců příspěvku na péči. Jedná se o deklarovanou prevalenci osob se sníženou soběstačností v populaci. Skutečný počet (skrytá, nedeklarovaná prevalence) je vyšší, protože mnoho lidí využívá pouze neformální péči blízkých osob, příspěvek nepobírá a často o něm ani neví. V r. 2017 pobíralo příspěvek na péči 353 tis. osob, z toho 256 700 bylo ve věku 60 a více let. U 93 tis. seniorů byla diagnostikována těžká nebo úplná závislost na péči jiné osoby (III. a IV. stupeň). Počty příjemců podle věkových skupin a stupně závislosti ukazuje obrázek 2.1.

14 Základní aktivity zahrnují osobní hygienu, jídlo, oblékání. Instrumentální aktivity jsou např. nakupování, používání telefonu, vaření, uklízení, užívání léků či cestování.

15 Přepočteno na údaje z r. 2018 to znamená potřebu 64–85 tis. lůžek pro populaci 80+.

16 Údaje z r. 2017.



Obrázek 2.1 Vyplacené příspěvky na péči podle věku a stupně závislosti v r. 2017
Zdroj: MPSV 2018

Pokud vztáhneme absolutní údaje uvedené v grafu k početnímu zastoupení věkových skupin v české populaci, vyplývá z toho, že ve věku 60–69 let dostávají příspěvek na péči pouze tři lidé ze sta, ve věku 70–79 to je 7 %, ve věku 80–89 téměř třetina (30 %) a ve věku 90 a více let 65 %. Názorně to dokládá pokles soběstačnosti a výraznou potřebu služeb u populace nad 80 let. V celé české populaci 60+ je 9,4 % příjemců příspěvku na péči, v populaci 80+ to je 34,6 %.

Na základě projekce vývoje počtu obyvatelstva ČR v jednotlivých věkových skupinách a dosavadních údajů o struktuře čerpání příspěvku na péči vypracoval Průša (2018) odhady počtu příjemců příspěvku na péči¹⁷ pro další období. Uvádí, že celkový počet příjemců vzroste v r. 2025 na 412–428 tis. a v r. 2030 na 469–489 tis. Podle vývoje v letech 2011–16 lze předpokládat změnu ve struktuře příjemců příspěvku na péči, kdy bude přibývat zejména příjemců s vyšším stupněm závislosti.

Odhad potřeby dlouhodobé péče

Průša (2011a) uvádí, že služby dlouhodobé sociálně-zdravotní péče potřebují všichni příjemci III. a IV. stupně závislosti a 25 % příjemců II. stupně závislosti. Podle tohoto předpokladu by na základě údajů o počtu příjemců a jejich struktuře podle stupně závislosti (viz Průša 2018) dosáhl počet lidí s potřebou dlouhodobé péče 214 tis. v r. 2025 a 265 tis. v r. 2030.¹⁸

17 Odhady se týkají celé populace, nikoli pouze seniorů.

18 Výpočty autorky (ED) s využitím vyšší hodnoty odhadovaného intervalu příjemců, tj. 429 tis. pro rok 2025 a 489 tis. pro rok 2030. Struktura příjemců podle stupně závislosti, resp. jejich odhadovaný počet viz Průša 2018.

Tyto odhady jsou odvozeny pouze z počtu příjemců příspěvku na péči, nezahrnují proto celé spektrum osob s potřebou dlouhodobé péče, např. osoby s náhlým zhoršením zdravotního stavu, hospitalizované nebo pobývající v domácím prostředí, které dosud příspěvek nepobíraly.

2.4.1 Kapacita lůžek v pobytových zařízeních

Počet lůžek pro seniory v pobytových sociálních službách dosahoval v r. 2017 téměř 56 tis. (55 890), z toho 37 037 míst v Domovech pro seniory a 18 853 míst v Domovech se zvláštním režimem (MPSV 2018), což odpovídá 2,7 % populace 65+¹⁹.

Ve zdravotnických zařízeních se počet lůžek využívaných pro dlouhodobé pobyty seniorů odhaduje obtížněji. V terminologii zákona o zdravotních službách se vedle akutní péče rozlišuje následná a dlouhodobá lůžková péče. Následná péče je určena pacientům, jejichž stav vyžaduje doléčení nebo rehabilitaci, a to na odděleních nebo v nemocnicích následné péče, v léčebnách dlouhodobě nemocných nebo jiných odborných léčebných ústavech. Dlouhodobá péče se poskytuje pacientům, jejichž zdravotní stav nelze zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče by se zhoršil, na odděleních dlouhodobé nebo dlouhodobé intenzivní péče v nemocnicích. V r. 2017 bylo v ČR celkem 24 031 lůžek následné péče²⁰ a 5184 lůžek dlouhodobé péče, tj. dohromady přes 29 tis. lůžek, která však nejsou využívána jen seniory. Senioři tvoří většinu v léčebnách pro dlouhodobě nemocné (3472 lůžek), v nemocnicích následné péče (2921 lůžek), ošetrovatelských odděleních nemocnic²¹ a na geriatrických odděleních psychiatrických nemocnic²² (NZIS 2018a). Ve zdravotnických zařízeních ústavního typu dále existují také „sociální lůžka“, tj. sociální pobytová služba poskytovaná ve zdravotnických zařízeních po dobu, než je pro pacienta se sníženou soběstačností (většinou seniora) zajištěna vyhovující služba.

19 Pro populaci 60+ to činí 2 %. Údaje bývají uváděny buď pro populaci 60+ nebo 65+, což ztěžuje jejich porovnatelnost.

20 Lůžka následné péče, zejména následné intenzivní péče zaměřené na podporu základních životních funkcí, nejsou využívána jen seniory, ale pacienti různého věku v závažném zdravotním stavu.

21 Poskytovatelé akutní péče (tj. nemocnice) vykazaly 4879 lůžek pro „medicínu dlouhodobé péče“. Lůžka dlouhodobé péče mohou být také vykazána jako „ostatní“, nelze proto odhadnout celkový počet.

22 18 % všech osob hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích v r. 2017 bylo ve věku 65+.

Do databáze Eurostatu bylo za ČR (rok 2016) vykázáno 72 275 lůžek dlouhodobé péče v ošetrovatelských a pobytových zařízeních (včetně sociálních služeb).

Hrubý odhad lůžek pro seniory činí 56 tisíc míst v sociálních pobytových službách, 15–20 tis. lůžek následné a dlouhodobé péče ve zdravotnictví a několik tisíc lůžek v neregistrovaných pobytových zařízeních²³, ve kterých tvoří senioři většinu klientely. Zdá se, že současná kapacita pobytových služeb není tak dramaticky nízká, jak by se soudilo z počtu neuspokojených žadatelů. Dostačující by však byla pouze za předpokladu, že ji využívají jen ti, kteří potřebují celodenní péči, a pro ostatní je k dispozici dostatečná síť návazných sociálních a zdravotních služeb včetně podporovaného bydlení. Realitou je, že zatímco v domovech pro seniory tvoří lidé s těžkou (III. stupeň) nebo úplnou (IV. stupeň) závislostí necelou polovinu klientely, na druhé straně jsou tisíce neuspokojených žadatelů o pobytové sociální služby,²⁴ protahované pobyty ve zdravotnických zařízeních a existence černého trhu poskytování sociálních služeb v podobě některých neregistrovaných zařízení s otřesnou úrovní péče (více viz Veřejný ochránce práv 2015).

Ještě podstatnější je skutečnost, že lůžková kapacita, která by za ideálních podmínek (spolupráce sociálních a zdravotních služeb, koordinovaná a rozvinutá terénní péče, výrazná podpora rodinné péče) postačovala v předchozích letech, je zcela nedostačující v blízké budoucnosti, vzhledem k početnímu růstu osob v nejvyšších věkových skupinách. Průša (2018) odhaduje potřebný počet míst v domovech pro seniory v r. 2050 na 89 tis., v domovech se zvláštním režimem na 39 tis. a upozorňuje, že nejvyšší nárůst kapacity bude nezbytný do r. 2035.

2.4.2 Kapacita terénních služeb

Nejvýznamnější sociální terénní službou je u nás pečovatelská služba, která byla v r. 2017 poskytována 100 679 klientům, žádosti 5171 klientů nebyly uspokojeny. *Roční výdaje* na klienta činily 26 tis., z toho třetinu,

23 V r. 2015 bylo podle MPSV 72 neregistrovaných poskytovatelů pobytových služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením.

24 V r. 2017 bylo evidováno 61 tis. neuspokojených žádostí o přijetí v domovech pro seniory a 22 tis. v domovech se zvláštním režimem. Toto číslo je mnohonásobně vyšší než počet žadatelů – ukazuje na snahu žadatelů si místo pojistit podáním mnoha žádostí nebo žádat s předstihem před skutečnou potřebou péče.

necelých 8 tis., hradil klient (MPSV 2018; Pištorová 2019). Náklady na lůžkovou péči jsou mnohonásobně vyšší. Pro srovnání, výdaje na 1 lůžko v pobytovém zařízení pro seniory stojí *měsíčně* 26–29 tis., v domovech se zvláštním režimem až 35 tis. (Novák 2018).

Dále byly poskytovány odlehčovací služby (11 769 klientů, 2635 nespokojených žadatelů) a osobní asistence (737 klientů, 1403 nespokojených žadatelů).

Zdravotnická terénní služba (home care) byla poskytována 138 303 klientům, z toho bylo 104 963 (76 %) seniorů ve věku 65+ (NZIS 2018b). Lidé mohou využívat domácí zdravotnickou péči do určité míry jako náhradu pečovatelské služby, protože je pro ně bezplatná a v některých úkonech se s pečovatelskou službou překrývá (např. pomoc s hygienou). Podobně jako u sociálních terénních služeb jsou i náklady na zdravotnické terénní služby nízké (0,7 % z celkových nákladů na zdravotní péči) v porovnání s lůžkovou péčí (53,2 % z celkových nákladů). Doplňme, že podíl celkových výdajů na zdravotnictví na HDP je v České republice výrazně pod průměrem států Evropské unie, dosahuje 7,1 %. Menší podíl prostředků na zdravotní péči vydávalo v r. 2017 pouze Polsko (ÚZIS 2017).

2.5 Souhrn

Naplňování principů rovné nediskriminující péče o zdraví s podporou života v přirozeném prostředí není snadné realizovat v systému péče, který vznikl v jiných ideových, ekonomických i technologických podmínkách.

Cílem transformace služeb pro seniory je zajištění podpory v přirozeném prostředí, což předpokládá vybudování sítě terénní péče a změnu kultury pobytových zařízení.

Komplex zdravotně sociálních služeb, které potřebují lidé s dlouhodobě omezenou soběstačností, se označuje jako dlouhodobá péče. V našich podmínkách je integrace a kontinuita sociální a zdravotní péče komplikovaná organizační, finanční i legislativní odděleností sociálního a zdravotního sektoru.

Současná kapacita lůžek dlouhodobé péče pro seniory se v ČR odhaduje zhruba na 75 tis. Zahrnuje sociální pobytové služby (domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem) a lůžka ve zdravotnických zařízeních (léčebny pro dlouhodobě nemocné, nemocnice následné péče, ošetrovatelská oddělení nemocnic, částečně geriatrická oddělení psychiatrických nemocnic).