

POTŘEBNOSTI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO SENIORY S PSYCHIATRICKÝM ONEMOCNĚNÍM NA ÚZEMÍ JIHOČESKÉHO KRAJE

Termín zpracování: 1-6/2023

Zpracovatelé:

Mgr. Jakub Benda

Mgr. Nela Hrušková

doc. RNDr. Renata Klufová, Ph.D.

Bc. Ladislav Marek

Mgr. Josef Miškovský, Ph.D.

Mgr. Iva Michalová

Mgr. Zuzana Skříčková

**Zpracováno
v rámci projektu:** „Plánování sociálních služeb v Jihočeském kraji IV.“,
reg. č. CZ.03.02.02/00/22_006/0000564



Financováno
Evropskou unií

OBSAH

STRANA

- | | |
|------------|--|
| 5 | 1. Metodika a cíle analýzy |
| 17 | 2. Sociálně-ekonomický kontext území |
| 26 | 3. Sociodemografická analýza cílové skupiny |
| 45 | 4. Analýza poskytovaných sociálních a návazných služeb pro cílovou skupinu na území Jihočeského kraje |
| 66 | 5. Zkušenosti poskytovatelů sociálních a zdravotnických služeb |
| 84 | 6. Situace na jednotlivých ORP |
| 123 | 7. Doporučení pro směřování vybraných druhů sociálních služeb v Jihočeském kraji |

SEZNAM ZKRATEK

AN	Alzheimerova nemoc
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
ČSÚ	Český statistický úřad
DPS	domov pro seniory
DS	denní stacionář
DZR	domov se zvláštním režimem
JČK	Jihočeský kraj
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
OA	osobní asistence
OS	odlehčovací služby
PNP	příspěvek na péči
PS	pečovatelská služba
SO ORP	správní obvod obce s rozšířenou působností
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

SEZNAM POUŽITÝCH POJMŮ

cílová skupina	pro potřeby této analýzy se jedná o osoby v seniorském věku (55+) s psychiatrickým onemocněním (podrobněji viz kapitola 1.2 popis cílové skupiny)
demence	demence je psychiatrická nemoc, která v průběhu času způsobuje zhoršování různých funkcí mozku, mezi které patří paměť, myšlení, jazyk, plánování a také osobnost, rozeznáváme několik druhů demencí
denní stacionář	ambulantní sociální služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (§46 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)
domov pro seniory	pobytové sociální služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (§49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)
domov se zvláštním režimem	pobytové sociální služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby; režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (§50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)
kontraindikace při přijímání zájemců o službu	konkrétní okolnosti, situace a překážky, které se v praxi vyskytují a které se stávají oficiálním či neoficiálním důvodem, proč se zájemcem o službu není uzavřena smlouva o poskytování sociálních služeb, součástí je i proces přijetí/odmítnutí zájemce o službu v návaznosti na pravidla této služby
pobytové sociální služby	služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb (§33 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)
odlehčovací služby	terénní, ambulantní nebo pobytové sociální služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost a o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek (§ 44 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)
osobní asistence	terénní sociální služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby (§39 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)
pečovatelská služba	terénní nebo ambulantní sociální služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností, nebo rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby (§40 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)
příspěvek na péči	příspěvek na péči se poskytuje osobám, které jsou z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu závislé na pomoci jiné fyzické osoby
stupeň závislosti	kategorie příjemců příspěvku na péči, formálně jde o stupeň závislosti na pomoci jiné fyzické osoby, v textu dále je používán pouze zde označený termín
terénní sociální služby	služby, které jsou osobám poskytovány v jejich přirozeném sociálním prostředí (§33 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

1

METODIKA A CÍLE ANALÝZY

1.1 CÍLE ANALÝZY

1.2 POPIS CÍLOVÉ SKUPINY

1.3 METODIKA ANALÝZY

1.1 CÍLE ANALÝZY

ZADÁNÍ

Analýza potřebnosti sociálních služeb pro seniory s psychiatrickým onemocněním na území Jihočeského kraje je obsahem klíčové aktivity č. 4 projektu „Plánování sociálních služeb v Jihočeském kraji IV“. registrační číslo CZ.03.02.02/00/22_006/0000564, priorita OPZ+: 2 Sociální začleňování.

Předmětem analýzy je zjištění potřebnosti sociálních služeb a nastavení jejich kapacit, včetně popisu žádoucího personálního zajištění z hlediska kvalifikace a kompetence personálu pro cílovou skupinu seniorů na území Jihočeského kraje. Konkrétně se jedná o zmapování osob seniorského věku s psychiatrickým onemocněním, kteří potřebují či budou potřebovat pobytové, ambulantní a terénní služby. Cílem je vyhodnotit potřebnost těchto služeb s ohledem na demografický vývoj této cílové skupiny v Jihočeském kraji, a to s využitím dostupných dat o poskytování příspěvku na péči při využívání sociálních služeb, statistických údajů, údajů zdravotnických zařízení, údajů poskytovatelů sociálních služeb a výstupů terénní sociální práce na ORP a zmapovat možnosti poskytnutí sociálních služeb a další faktory mající vliv na uspokojení potřeb pro tuto cílovou skupinu.

Výběr cílové skupiny vychází z demografického vývoje v ČR, kdy dochází k nárůstu počtu i podílu osob skupiny seniorů s psychiatrickou diagnózou, kteří vyžadují a budou vyžadovat koordinaci v poskytování sociálních a zdravotních služeb. Zároveň toto souvisí se zjištěním, které vyplývá ze zkušeností části poskytovatelů sociálních služeb, totiž zaznamenání vzrůstajícího trendu osob seniorského věku s přidruženým psychiatrickým onemocněním, pro něž je v současné době obtížné najít adekvátní pomoc a podporu. Jednotlivé části analýzy budou vycházet z dostupných dat a z vlastního šetření zpracovatele u poskytovatelů sociálních služeb, poskytovatelů zdravotní péče a ORP pracujících s touto cílovou skupinou.

Výstupy z analýzy budou využity pro tvorbu koncepčních materiálů, např. střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb a pro další plánování kapacit služeb určených pro tuto cílovou skupinu.

ÚZEMNÍ VYMEZENÍ ANALÝZY

- SO ORP Blatná
- SO ORP České Budějovice
- SO ORP Český Krumlov
- SO ORP Dačice
- SO ORP Jindřichův Hradec
- SO ORP Kaplice
- SO ORP Milevsko
- SO ORP Písek
- SO ORP Prachatice
- SO ORP Soběslav
- SO ORP Strakonice
- SO ORP Tábor
- SO ORP Trhové Sviny
- SO ORP Třeboň
- SO ORP Týn nad Vltavou
- SO ORP Vimperk
- SO ORP Vodňany

Obrázek: SO ORP Jihočeského kraje



1.2 POPIS CÍLOVÉ SKUPINY

Cílovou skupinou této analýzy jsou osoby, které naplňují současně následující znaky:

- osoby žijící na území Jihočeského kraje
- osoby v preseniorském věku 55 až 64 let a senioři ve věku 65 a více let
- osoby, jimž byla diagnostikována některá z psychických nemocí spojených s vyšším věkem (demence nejrůznějšího typu a etiologie, deprese, deliria, organické syndromy atd.), případně osoby, u kterých dosud nebylo diagnostikováno psychické onemocnění, ale v jejichž chování, jednání a fungování se demonstrují projevy, které provází psychické nemoci a mají dopad na fungování dané osoby (psychomotorický neklid, narušení kognitivních funkcí, poškození orientace, řeči a motorických schopností, poškození emotivity, motivace, destrukce sociálních vazeb, hrubost až agresivita, změna osobnostního nastavení až rozpad osobnosti atd.).

Analýza přináší kvantifikaci cílové skupiny prostřednictvím dostupných dat a údajů a zachycuje problémy a potřeby cílové skupiny z pohledu a zkušeností zástupců sociálních odborů, poskytovatelů sociálních služeb a zástupců zdravotnických služeb.



ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Z hlediska Zákona o sociálních službách:

- jde o osoby, které se dostaly do nepříznivé sociální situace z důvodu věku a nepříznivého zdravotního stavu
- je cílem podpořit tyto osoby a jejich blízké pečující v možnosti setrvat v jejich přirozeném sociálním (domácím) prostředí
- tam, kde podpora v domácím prostředí nestačí, nabídnout vhodné a dostupné pobytové zařízení sociálních služeb.

Klíčovou skupinou, vůči které je také směřována podpora a pomoc, jsou neformálně pečující osoby.

Ve vyšším věku se vyskytuje poměrně široké spektrum duševních poruch. Výrazně roste podíl organických a (symptomatických) faktorů v etiologii těchto poruch. Ve stáří kulminuje výskyt demencí, neboť věk je jejich hlavním rizikovým faktorem. Pro demence je příznačné, že dochází k podstatnému úbytku kognitivních funkcí od premorbidní kapacity, a u některých typů demencí dochází na počátku k úbytku exekutivních (výkonných) funkcí. Druhotně dochází k úpadku dalších, nekognitivních funkcí. Demence lze dělit schematicky na primárně degenerativní (atroficko-degenerativní) choroby a na demence symptomatické (sekundární), u kterých syndrom demence vzniká na podkladě poškození činnosti mozku systémovým onemocněním, infekcí, chronickou intoxikací, traumaty a dalšími noxami. Sekundární demence lze ještě dělit na demence vaskulární a ostatní symptomatické demence.

Nejčastější demencí vůbec je Alzheimerova choroba, jak bylo prokázáno řadou studií, u nichž byla diagnóza postižených post mortem verifikována histologicky. Alzheimerovských demencí je minimálně 50 %.

Data z Národního registru hrazených zdravotních služeb potvrzují, že počet pacientů s demencemi narůstá. Alzheimerova nemoc je onemocnění, které prochází určitým vývojem od preklinického (asymptomatického) stadia přes predemenci, tedy mírné kognitivní poruchy, až po období demence. Prevalence Alzheimerovy demence ukazuje, že s věkem roste její výskyt – jestliže ve věku 65–74 let se objevuje u tří procent populace, ve věkové skupině 75–84 let je to téměř 19 procent a u 85+ je to téměř každý druhý. To, co nás v příštích letech čeká, je tzv. věková tsunami, kdy během příštích 15–20 let výrazně přibude lidí vyššího věku, což obnáší již dnes připravovat systém, který v té době bude funkční a umožní důstojnou péči.

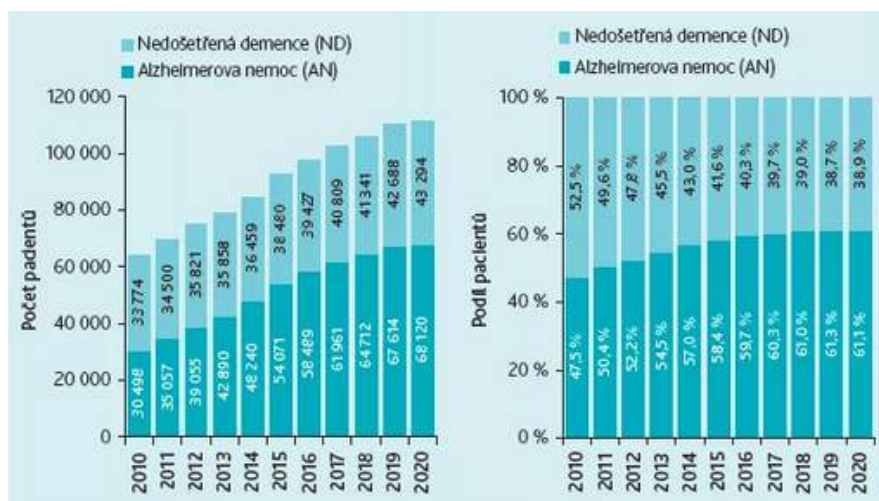
Počet osob v populaci ČR s vykázanou diagnózou demence ve sledovaném období 2010–2020 narůstá meziročně o 5,7 procenta. V roce 2020 bylo identifikováno 111 000 osob s demencí, z čehož přes 60 procent tvořili pacienti s AN a 39 procent pacienti s nedošetřenou demencí, u kterých není vyloučena i přítomnost AN a rozvoj AD v budoucnu.

i Poznámka

Alzheimerova choroba je dělena dle doby objevení se prvních příznaků na formu s časným začátkem (do 65 let) a s pozdním začátkem (65 let a výše).

Forma s pozdním začátkem převažuje, výskyt alzheimerovských demencí stoupá s věkem. Pro Alzheimerovu chorobu je typický pomalý začátek, časná ztráta soudnosti, logického uvažování a časoprostorové orientace, postupující globální deteriorace kognitivních i nekognitivních funkcí, průběh plynule progredientní bez větších výkyvů. Postupně se postižení stávají nesoběstační, jsou pak odkázáni na péči okolí. Velmi časté jsou korové výpadkové projevy, jako např. poruchy fatických a gnostických funkcí. Alzheimerova choroba vede ve svých důsledcích k smrti, je považována za čtvrtou až pátou nejčastější základní příčinu smrti.

Počet pacientů s Alzheimerovou nemocí a nedošetřenou demencí, ČR



Pozn. Pro analýzu vývoje cílové skupiny byla použita data o počtech pacientů s Alzheimerovou chorobou a neurčenými demencemi. Datová sada poskytuje agregovaná data o počtech pacientů s Alzheimerovu nemocí a nespecifikovanými demencemi[1]. Diagnostikováni nejsou pacienti mladší 50 let. Pomocí této datové sady lze provést mezikrajské srovnání a zároveň hodnotit vývoj počtu pacientů s danými diagnózami v letech 2010 – 2021. Soubor obsahuje i data pro rok 2022, ta se však jeví jako neúplná, hodnoceno bylo tedy období do roku 2021.

Zdroj dat: Kol. (2021): Demence si zasluhuje více pozornosti a porozumění. Medical Tribune

Průměrný meziroční nárůst pacientů s Alzheimerovou nemocí (AN) činí 4,8 procenta, v roce 2020 připadlo 637 osob s AN na 100 000 obyvatel (0,6 % populace). Frekvence výskytu tohoto onemocnění je u žen dvojnásobná oproti výskytu u mužů. Většina pacientů s vykázanou AN je ve věku 75–89 let, ve věku nad 85 let je vykázána AN u více než 10 procent populace.

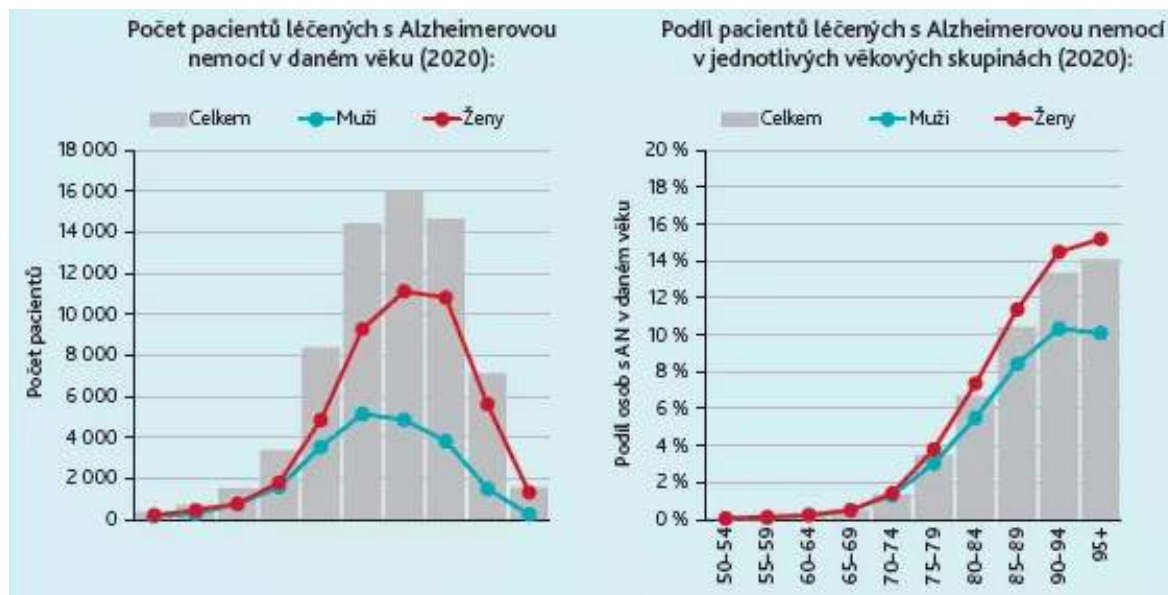
Podle Mátl et al. (2016) počet osob žijících s demencí v České republice v roce 2015 dosáhl 156 000 osob. Tento údaj je v souladu s horní hranicí odhadu zveřejněného Institutem pro měření a hodnocení zdraví (2019), který uvádí, že v roce 2015 bylo zaznamenáno 135 738 případů s odpovídajícím 95 % intervalem spolehlivosti (CI) ve výši 118 821 - 154 936, v roce 2016 bylo 139 042 případů (CI 121 407 - 159 145) a 142 442 případů v roce 2017 (CI 124 351 - 163,151). Prevalence demence podle odhadů do roku 2050 dosáhne 250 000 osob (Holmerová - Hort a kol., 2017).

Podle dat ÚZIS žilo v roce 2017 v ČR 102 000 lidí s diagnózou demence, u 60 % se jednalo o AN. Podle epidemiologických odhadů žilo v tomto roce v ČR s demencí 142 000 lidí starších 60 let (NAPAN 2020–2030). Kombinací epidemiologického odhadu počtu lidí žijících s demencí a počtu léčených lze pak dojít ke skutečnosti, že 72 % případů je diagnostikovaných. To se jeví jako poměrně vysoký podíl.

Přitom podle údajů z Alzheimer Disease International z roku 2016 je v zemích s nízkým a středním příjmem diagnostikováno pouze deset procent postižených, zatímco v zemích s vyššími příjmy se jedná o přibližně polovinu takto nemocných. Podle NAPAN 2020–2030 hovořily předchozí odhady o pouhých 9 % léčených v roce 2004, resp. 24 % v roce 2015. Nárůst podílu léčených může být do velké míry způsoben zlepšováním vstupních dat odhadu, neboť až data ÚZIS pro rok 2017 zachycují pacienty diagnostikované ve všech segmentech zdravotní péče.

To potvrzují i Broulíková, Kučera a Arltová (2021), kteří uvádějí, že v posledních dvou desetiletích došlo k prudkému poklesu podílu lidí, kteří žijí s nediodagnostikovanými onemocněními demence. Podle Waldemara et al. (2007) v roce 2007 činil podíl diagnostikovaných osob pouze 9 %. Mátl et al. (2016) uvádějí, že 6 % osob žijících s demencí získalo v roce 2015 lůžkovou a 24 % ambulantní péči. Přestože tato čísla naznačují, že v poslední době došlo k dramatickému poklesu rozdílů v léčbě - z 91 % v roce 2004 na 28 % v roce 2017, je pravděpodobné, že část poklesu byla opravdu způsobena zlepšením dostupnosti spolehlivých údajů o počtu léčených případů.

Věkově specifická prevalence Alzheimerovy nemoci



V roce 2020 bylo v ČR zaznamenáno cca 68 000 nemocných jen s AN a podle statistické predikce prevalence AN se počítá s nárůstem až na 170 000 osob v roce 2030. Celkový počet pacientů s AN a blíže neurčenými demencemi v roce 2021 činil podle ÚZIS 114 325, z toho pacientů s AN 68 251. Ukazuje se i regionální různost ve výskytu tohoto onemocnění; jedním z faktorů, které to ovlivňují, je míra znečištění životního prostředí. Bylo prokázáno, že ve znečištěných oblastech je daleko vyšší výskyt pacientů s těmito poruchami.

Podíl osob nad 55 let věku v ČR činil k 31. 12. 2021 32,7 %. Populační modely ukazují na očekávatelný nárůst počtu nemocných seniorů s neurodegenerativními onemocněními (AN, jiné typy demencí apod.). Tato podstatná část populace bude potřebovat dlouhodobou a téměř celodenní zdravotně-sociální péči. Budoucí demografický vývoj tak bude podle NAPAN 2020 – 2030 výzvou i pro segment paliativní medicíny a obecně pro segment zdravotně sociální služeb v závěru života.

V ČR v současné době neexistuje jednotný doporučený postup pro diagnostiku a léčbu demencí s mezioborovou platností a doporučení jednotlivých odborných společností nejsou vždy v souladu. Vytvoření jednotného doporučeného postupu zlepší efektivitu průchodu pacienta systémem a návaznost čerpaných služeb. Jedním ze specifických cílů NAPAN 2020-2030 tedy je tvorba mezioborově platné metodiky diagnostiky demence, indikace specifických typů vyšetření a způsobu léčby jednotlivých typů demence. Dále stanovuje metody dispenzarizace nemocných s demencí a jejich optimální průchod víceúrovňovým systémem péče. Tento systém bude postupovat od sítě praktických lékařů, která je široce dostupná a s nejnižšími náklady, přes specializované ambulance, pobytová zdravotnická zařízení až po vysoce specializovaná centra zaměřená na specifickou a nákladnou skupinu nemocných. Důraz bude kladen na návaznost na služby sociální péče i na roli neformálního pečujícího – princip tzv. sdílení péče.

Nicméně mezeří v diagnostice má dvě příčiny: jednou z nich je, zda byla daná osoba diagnostikována a druhou je časování diagnózy. I přes zlepšení v diagnostice, zůstává pozdní diagnóza hlavním problémem. Podle případové studie (Lužný et al., 2014) nebyla 56 % lidí přijatých do nemocnice s demencí poskytnuta žádná informace o diagnóze nebo léčbě předtím, než byli hospitalizováni. Současně 50 % těchto hospitalizovaných pacientů již pokročilo do středně těžkého a 42 % do těžkého stadia demence. Hypotéza pozdní diagnózy je dále doložena krátkým přežíváním osob s demencí: 44 % osob s demencí zemře do jednoho roku a pouze 16 % žije déle než pět let od stanovení diagnózy demence (Broulíková et al., 2020). Nedostupnost včasné diagnózy a postdiagnostické podpory je uvedena i v NAPAN 2020-2030, jehož první strategický cíle se zaměřuje na nápravu této situace.

Z tabulky níže obsahující počty, resp. odhady počtů a podílu osob s demencemi pro roky 2025 a 2050 je patrný předpokádaný výrazný nárůst hodnot.

Prevalence demence – odhady pro ČR

Rok	Alzheimer Europe 2019			
	muži	ženy	celkem	% populace
2018	46 338	103 295	149 633	1,41
2025	59 910	121 530	181 440	1,69
2050	102 789	177 194	279 983	2,65

1.2 POPIS CÍLOVÉ SKUPINY

ZÁKLADNÍ KONTEXT

Česká republika by měla podle údajů Dementia in Europe Yearbook 2019 zaznamenat v letech 2018–2025 mírný nárůst počtu obyvatel, následovaný mírným poklesem v letech 2025 – 2050. I přes tyto marginální změny se celkový počet osob s demencí od roku 2018 do roku 2050 téměř zdvojnásobí, z 149 633 osob v roce 2018 na 279 983 v roce 2050.

Česká republika tak následuje širší evropský trend, kdy se počet osob s demencí do roku 2050 téměř zdvojnásobí. Klíčovým faktorem této změny se zdá být významný nárůst počtu osob starších 70 let, zejména pak ve věkové skupině nad 85 let, která se mezi lety 2018 a 2050 více než zdvojnásobí.

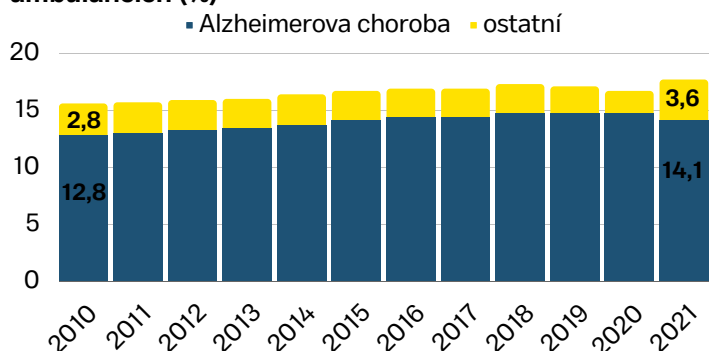
Tabulky níže a na další straně ukazují věkovou strukturu české populace a části populace s demencí v roce 2018 a jejich odhady v letech 2025 a 2050.

Věková struktura české populace a části populace s demencí v roce 2018

věková skupina	osob celkem	muži	muži s demencí	ženy	ženy s demencí	osob s demencí celkem
30 – 59	4 535 665	2 319 125	3 711	2 216 540	1 995	5 705
60 – 64	698 568	336 853	674	361 715	3 255	3 929
65 – 69	684 548	317 104	3 509	367 444	5 513	9 022
70 – 74	569 661	248 936	7 711	320 725	10 913	18 625
75 – 79	358 552	145 902	10 180	212 650	18 983	29 163
80 – 84	226 588	82 491	8 800	144 097	18 808	27 608
85 – 89	141 839	45 232	7 370	96 607	24 007	31 377
90+	58 995	14 764	4 384	44 231	19 820	24 204
30 – 90+	7 274 416	3 510 407	46 338	3 764 009	103 295	149 633
populace celkem	10 596 701					

% celkové populace 1,41 %

Vývoj podílu pacientů s AN a ostatními demencemi na celkovém počtu pacientů v psychiatrických ambulancích (%)



Podle Psychiatrické ročenky 2021 se podíleli pacienti s Alzheimerovou chorobou v psychiatrických ambulancích 14,1 % na celkovém počtu léčených pacientů, pacienti s ostatními demencemi 3,6 %.

Obecnou psychiatrickou péčí zajišťovalo v roce 2021 v Jihočeském kraji 37 poskytovatelů z celkového počtu 55. Na 100 000 obyv. zde připadá 4,34 poskytovatele, což je mírně podprůměrná hodnota (bez nadstandardně vybavené Prahy).

1.2 POPIS CÍLOVÉ SKUPINY

ZÁKLADNÍ KONTEXT

Tabulky níže ukazují odhad věkové struktury české populace a části populace s demencí v letech 2025 a 2050.

Věková struktura české populace a části populace s demencí - odhad v roce 2025

věková skupina	osob celkem	muži	muži s demencí	ženy	ženy s demencí	osob s demencí celkem
30 – 59	4 611 347	2 355 228	3 768	2 256 119	2 031	5 799
60 – 64	632 968	312 562	625	320 406	2 884	3 509
65 – 69	604 503	287 091	3 177	317 412	4 762	7 940
70 – 74	618 173	278 184	8 617	339 989	11 569	20 186
75 – 79	527 101	222 394	15 517	304 707	27 201	42 717
80 – 84	322 922	125 846	13 425	197 076	25 723	39 148
85 – 89	145 504	50 587	8 242	94 917	23 587	31 829
90+	75 075	22 020	6 539	53 055	23 774	30 312
30 – 90+	7 537 593	3 653 912	59 910	3 883 681	121 530	181 440
populace celkem	10 756 704					
						% celkové populace 1,69 %

Věková struktura české populace a části populace s demencí - odhad v roce 2050

věková skupina	osob celkem	muži	muži s demencí	ženy	ženy s demencí	osob s demencí celkem
30 – 59	3 647 367	1 852 133	2 963	1 795 234	1 616	4 579
60 – 64	701 506	352 876	706	348 630	3 138	3 843
65 – 69	700 111	348 675	3 859	351 436	5 273	9 132
70 – 74	787 852	382 641	11 853	405 211	13 788	25 641
75 – 79	655 469	308 920	21 554	346 549	30 936	52 489
80 – 84	431 284	195 252	20 828	236 032	30 808	51 636
85 – 89	281 418	120 226	19 588	161 192	40 057	59 645
90+	187 301	72 193	24 438	115 108	51 579	73 017
30 – 90+	7 392 308	3 632 916	102 789	3 759 392	177 194	279 983
populace celkem	10 545 590					
						% celkové populace 2,65 %

TECHNIKA SBĚRU DAT

Za účelem sběru dat a informací byly realizovány polostrukturované, hloubkové, řízené rozhovory, které byly individuálně vedené tazatelem (online nebo telefonická forma, která umožnila oslovit velký počet respondentů v relativně krátkém časovém úseku). Všechny rozhovory byly pro účely dalšího zpracování převedeny z mluveného projevu do písemné podoby. Rozhovory (včetně přípravy designu šetření) se uskutečnily v období měsíců únor až květen 2023.

ZPŮSOB VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH INFORMACÍ Z REALIZOVANÝCH ROZHovorŮ

Získaná kvalitativní data byla analyzována pomocí seskupení informací do konkrétních témat na základě jejich shodnosti či podobnosti. Pořadí uvedení seskupených informací z realizovaných rozhovorů vychází částečně z jejich četnosti v odpovědích respondentů. V případě opakující se četnosti je pořadí náhodné, bez další prioritizace.

Získané informace byly následně interpretovány s pomocí vstupních dat a popsány (viz kapitola 5 a 6). Jsou též podkladem pro formulaci návrhů dalšího rozvoje sítě sociálních služeb.

Zjištění vychází z názorů a zkušeností respondentů šetření, nejedná se tedy o fakticky doložitelné a věcně nezpochybnitelné informace (např. na základě statistických dat, registru poskytovatelů sociálních služeb, zákona o sociálních službách apod.), proto je vše popsáno určeno především k další diskusi. Pro dokreslení a přiblížení autenticity získaných informací jsou v některých případech použity citace z rozhovorů s respondenty (v textu odlišeno uvozovkami a kurzívou).

Pro získání přehledu o nabídce sociálních služeb pro cílovou skupinu byla zpracovateli analýzy připravena základní kategorizace (viz tabulka níže), která slouží k prvotní orientaci v síti sociálních služeb. Pro zařazení sociální služby do příslušné kategorie bylo přistoupeno v případě naplnění minimálně jednoho z uvedených kritérií (viz kapitola 4 analýzy).

Kategorie	Kritéria zařazení (kritéria nemusí být naplněna všechna současně)
Sociální služba se specializuje na cílovou skupinu	<ul style="list-style-type: none">• uživatel musí mít potvrzenou diagnózu dané psychické nemoci (demence nejrůznějšího typu a etiologie)• služby poskytují výhradně osobám z cílové skupiny• požadavek na potvrzenou diagnózu je uveden v registru, veřejném závazku apod.• služba nabízí speciální pomoc (např. formou poradenství) pro cílovou skupinu a pro pečující osoby
Sociální služba je určena i pro cílovou skupinu	<ul style="list-style-type: none">• služba není určena výhradně pro osoby z cílové skupiny, je jim však otevřena, vstupuje s nimi do jednání• do služby jsou přijímáni uživatelé, kteří patří do cílové skupiny• služba nemusí vyžadovat potvrzení o diagnóze uživatele (ale pracovníci ji často znají ze sociálního šetření, z informací od rodin, od uživatele atd.)• uživatelé někdy nemají diagnostikovanou psychickou nemoc, ale pracovníci služby znají a poznají projevy nemoci, pracují s nimi
Sociální služba má omezení pro přijímání cílové skupiny	<ul style="list-style-type: none">• služba pracuje s cílovou skupinou jen omezeně, a to v případě, že se nemoc začala demonstrovat až v průběhu poskytování služby• se zájemci z řad cílové skupiny není vedeno jednání o poskytnutí služby, resp. je jim doporučeno jiné řešení situace (zájemce není cílová skupina služby)
Sociální služba není určena pro cílovou skupinu	<ul style="list-style-type: none">• služba zájemce z cílové skupiny nepřijímá, není pro ně určena• služba s cílovou skupinou nepracuje, služby jim neposkytuje• skutečnost nepříznivé situace v podobě psychiatrické nemoci není pro poskytnutí služby vůbec určující (typicky odlehčovací služby paliativního typu)

RESPONDENTI

POSKYTOVATELÉ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

- Celkem bylo osloveno:
 - 35 domovů pro seniory, 20 domovů se zvláštním režimem, 18 odlehčovacích služeb, 46 pečovatelských služeb, 11 osobních asistencí a 5 denních stacionářů
- V případě, že jeden subjekt (poskytovatel) poskytuje více služeb, byly do jednoho rozhovoru zahrnuty otázky na všechny služby.
- Celkem proběhlo 74 rozhovorů.

Služba	Počet zrealizovaných rozhovorů
Domovy se zvláštním režimem	17
Domovy pro seniory	31
Odlehčovací služby (všechny formy)	13
Osobní asistence	8
Pečovatelské služby (všechny formy)	43
Denní stacionáře	5

POSKYTOVATELÉ VYBRANÝCH ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

- Psychiatrická nemocnice Dobřany
- Psychiatrická léčebna Lnáře
- Psychiatrická nemocnice Jihlava
- Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice (MUDr. Jan Tuček)
- Psychiatrická ambulance MUDr. Oksana Samokhvalová
- Celkem proběhlo 5 rozhovorů.

Zdravotní služba	Termín
PN Dobřany	10.5.2023
PL Lnáře	14.4.2023
PN Jihlava	11.4.2023
MUDr. Jan Tuček	2.5.2023
MUDr. Samokhvalová O.	30.5.2023

POSKYTOVATELÉ SOCIÁLNÍ PRÁCE NA ORP

- Zástupci odborů sociálních věcí (vedoucí odborů, vedoucí oddělení vykonávajících sociální práci, sociální pracovníci, veřejní opatrovníci).
- Rozhovory byly vedeny s jedním, nebo více pracovníky oboru.
- Celkem proběhlo 16 rozhovorů.

ORP	Termín
Milevsko	11. 4. 2023
Písek	3. 4. 2023
Prachatice	18.4.2023
Soběslav	6.6.2023
Strakonice	3. 4. 2023
Tábor	4. 4. 2023
Trhové Sviny	11. 4. 2023
Třeboň	24.4.2023
Týn nad Vltavou	12. 4. 2023
Vimperk	4. 4. 2023
Vodňany	18.4.2023

ORP	Termín
Blatná	30. 3. 2023
České Budějovice	1. 3. 2023
Český Krumlov	4. 4. 2023
Dačice	6. 4. 2023
Jindřichův Hradec	21.4.2023
Kaplice	11. 4. 2023

K provedení analýzy byla využita data poskytnutá od MPSV ČR a Krajského úřadu Jihočeského kraje (OK systému). Dále byly využity informace a data z veřejně dostupných analýz a zdrojů - zejména publikace a statistiky Ministerstva práce a sociálních věcí, Českého statistického úřadu, České alzheimerovské společnosti atp.

Základní zdroje pro zpracování demografické analýzy představují demografické údaje, prognózy vývoje, sociálně-ekonomická situace seniorů a vývoj pacientů s danými diagnózami (cílová skupina – diagnózy F00, G30, F01, F02, F03 a F10.7). S ohledem na cílovou skupinu se zaměřuje popis v demografické analýze obsažený na seniory, tj. osoby ve věku 55+ a dále na vybrané diagnózy.



Problematika dat

Z dostupných datových zdrojů není možné získat přehled o absolutních počtech osob z cílové skupiny, z tohoto důvodu autoři analýzy přistoupili k využití údajů uvedených v prevalenčních studiích.

ZDROJE DAT

MPSV ČR (příspěvek na péči)

- statistiky příjemců příspěvku na péči v Jihočeském kraji
 - celkem
 - umístění v pobytových zařízeních sociálních služeb (DPS, DZR, odlehčovací služby)
 - využívající terénní či ambulantní sociální služby (pečovatelské služby, osobní asistence, odlehčovací služby terénní)
 - péče jiné fyzické osoby v kombinaci s poskytovatelem péče
 - péče jiné fyzické osoby

KÚ JIHOČESKÉHO KRAJE (data z OK systému)

- Za pobytové služby:
 - Počty uživatelů dle pohlaví
 - Průměrný věk uživatelů dle pohlaví
 - Počty uživatelů dle stupňů příspěvku na péči
 - Počty uživatelů dle trvalého bydliště v jednotlivých okresech
- Za terénní služby:
 - Počty uživatelů dle pohlaví
 - Průměrný věk uživatelů dle pohlaví

DALŠÍ DATOVÉ A INFORMAČNÍ ZDROJE

- ČSÚ;
- Dementia in Europe Yearbook;
- Psychiatrická ročenka;
- Czech National Open Data Portal

MEZIKRAJSKÉ SROVNÁNÍ

Kapitola 2.1 přináší základní přehled mezikrajského srovnání s tím, že je důraz kladen zejména na pozici Jihočeského kraje vůči krajům ostatním. Poskytuje náhled na reálný potenciál kraje a naznačuje jeho silné i slabé stránky, potřeby a problémy. S ohledem na to, že mezikrajské srovnání je pouze podpůrným výstupem analýzy, která se zaměřuje na konkrétní téma sociálních služeb pro seniory s psychiatrickým onemocněním v Jihočeském kraji, omezuje se kapitola na konstatování základních proporcí bez hlubšího rozboru příčin a souvislostí.

Výstupy jsou zpracovány převážně tabelárně se slovním zdůrazněním hlavních závěrů.

VNITROKRAJSKÉ SROVNÁNÍ

Pro lepší porozumění regionálním rozdílům uvnitř Jihočeského kraje je v kapitole 2.2 proveden rozbor diferenciaci sociálně-ekonomického rozvoje. Územními jednotkami pro tuto část analýzy jsou správní obvody obcí s rozšířenou působností (SO ORP). Jejich administrativní vymezení se nejvíce blíží funkčnímu vymezení (mikro-)regionů a je pro ně k dispozici řada údajů indikujících jednotlivé sociální, demografické i hospodářské aspekty a problematiky.

Vycházíme z **díličích charakteristik***, které reprezentují jednotlivé aspekty sociálního, demografického a hospodářského rozvoje, které jsou podrobně analyzovány v příloze této analýzy.

Tyto charakteristiky jsou v rámci kapitoly 2.2 agregovány do několika **souhrnných indexů**:

- **Index vitality** agregující standardizované hodnoty (Z skóre) ukazatelů 2, 5, 6, 8, 10 a 11
- **Index sociálních problémů** agregující standardizované hodnoty (Z skóre) ukazatelů 1, 2 a 3
- **Index hospodářského potenciálu** agregující standardizované hodnoty (Z skóre) ukazatelů 1, 4, 8, 9, 10 a 11
- **Index periferality** agregující standardizované hodnoty (Z skóre) ukazatelů 4, 6, 9 a 11

Výstupy jsou pro větší přehlednost zpracovány jako mapy metodou kartogramu se slovním doplněním hlavních závěrů.

*

1. Podíl nezaměstnaných na celkovém počtu ekonomicky aktivních obyvatel (data MPSV, říjen 2022),
2. Podíl obyvatel čelících exekucím na celkovém počtu obyvatel (dle www.mapaexekuci.cz, průměr za roky 2019 a 2021),
3. Index vzdělávacích problémů konstruovaný jako agregovaný ukazatel míry propadání, nedokončení ZŠ a vysoké absence mezi žáky ZŠ (blíže viz www.mapavzdelavani.cz, 2021),
4. Hustota zalidnění, tj. počet obyvatel na km² (data ČSÚ, 2021),
5. Přirozený přírůstek obyvatel, tj. rozdíl mezi počtem živě narozených dětí a počtem zemřelých osob přepočítaný na 1000 obyvatel (data ČSÚ, průměr za roky 2007–21),
6. Přírůstek obyvatel stěhováním, tj. rozdíl mezi počtem přistěhovaných a vystěhovaných přepočítaný na 1000 obyvatel (data ČSÚ, průměr za roky 2007–21),
7. Celkový přírůstek obyvatel, tj. součet přirozeného přírůstku a přírůstku stěhováním (data ČSÚ, průměr za roky 2007–21),
8. Index stáří, tj. podíl obyvatel ve věku 65+ let a obyvatel ve věku 0–14 let (data ČSÚ, 2021),
9. Vzdělanostní úroveň obyvatelstva, tj. podíl obyvatel s VŠ vzděláním na celkovém počtu obyvatel starších 15 let (data ČSÚ, 2021),
10. Intenzita bytové výstavby, tj. podíl průměrného počtu dokončených bytů ročně na celkovém počtu bytů v ‰ (data ČSÚ, průměr 2007–21),
11. Podnikatelská aktivita, tj. počet ekonomických subjektů na 1000 obyvatel (data ČSÚ, 2021).

2

SOCIÁLNĚ- EKONOMICKÝ KONTEXT ÚZEMÍ

- 2.1 MEZIKRAJSKÉ SROVNÁNÍ**
- 2.2 VNITROKRAJSKÉ ROZDÍLY**

2.1 MEZIKRAJSKÉ SROVNÁNÍ

SOCIÁLNÍ SITUACE

Kraj	Míra nezaměstnanosti (%; 3/2023)	Pořadí	Podíl dlouhodobě nezaměstn. (%; 2021)	Pořadí	Dokončené byty/1000 obyv. (2021)	Pořadí	Průměrná měsíční mzda (Kč, 2022)	Pořadí	Průměrná výše starob. důchodu (2021)	Pořadí	Podíl příjemců předčas. starob. důchodů na celk. počtu příjemců (%; 2021)	Pořadí	Registr. trestné činy na 1000 obyv. (2021)	Pořadí
Česko	3,90		33,4		3,3		40 353		15 453		28,2			
Hl. m. Praha	3,07	6	36,7	11	4,1	3	52 213	1	16 467	1	14,2	1	27,73	14
Středočeský	3,26	8	30,7	9	4,6	1	43 730	2	15 675	2	24,1	2	12,77	7
Jihočeský	2,97	4	25,5	3	2,7	9	40 328	7	15 334	5	30,8	10	11,76	5
Píseňský	2,88	2	28,6	6	4,2	2	41 520	4	15 371	4	30,5	8	14,25	10
Karlovarský	4,31	11	36,7	10	2,2	12	38 019	14	14 918	14	30,5	9	13,23	9
Ústecký	5,68	14	37,0	13	1,6	14	40 612	6	15 216	10	29,9	6	17,93	13
Liberecký	3,97	10	30,2	8	2,0	13	39 752	9	15 273	8	27,4	4	15,07	11
Královéhradecký	3,19	7	24,2	2	3,2	6	41 062	5	15 286	6	29,7	5	9,70	4
Pardubický	2,93	3	19,7	1	3,2	7	39 345	13	15 187	12	33,5	13	8,60	2
Vysočina	2,99	5	27,1	5	3,7	5	40 291	8	15 195	11	36,1	14	8,68	3
Jihomoravský	4,36	12	36,8	12	4,0	4	43 092	3	15 280	7	26,6	3	13,15	8
Olomoucký	3,63	9	30,1	7	3,1	8	39 594	10	15 017	13	32,4	11	12,51	6
Zlínský	2,86	1	26,0	4	2,6	10	39 505	12	15 227	9	30,3	7	8,41	1
Moravskoslezský	5,06	13	41,6	14	2,3	11	39 563	11	15 523	3	33,2	12	15,14	12

Zdroj: Databáze ČSÚ

- Jihočeský kraj patří z hlediska **sociální situace a životní úrovně** obyvatel v rámci Česka celkově mezi **průměrné až mírně nadprůměrné kraje**.
- Podle **míry nezaměstnanosti** patří Jihočeský kraj dlouhodobě ke krajům s podprůměrnými (tedy příznivými) hodnotami. Aktuálně (březen 2023) v době hospodářské recese mu dokonce s mírou nezaměstnanosti kolem 3 % patří 4. příčka mezi kraji v Česku, obdobnou nebo jen mírně horší pozici měl kraj i v předchozích letech hospodářského růstu i recese v letech 2020–21 v důsledku vládních pandemických opatření. Také **dlouhodobá nezaměstnanost** vykazuje v Jihočeském kraji relativně nízký podíl 25,5 % (3. nejnižší hodnota mezi kraji Česka).
- Stavební aktivita** měřená počtem dokončených bytů na 1000 obyvatel a indikující rezidenční atraktivitu a sociální situaci je v Jihočeském kraji v kontextu Česka (9. místo "žebříčku") mírně podprůměrná.
- Příjmová úroveň** (tj. **průměrná měsíční mzda** a **průměrná výše starobního důchodu**) odpovídá v Jihočeském kraji **celostátnímu průměru**. S ohledem na to, že průměr zejména v případě mezd výrazně zvyšují vysoké hodnoty za hlavní město Prahu, je Jihočeský kraj v obou ukazatelích v pořadí krajů mírně nad průměrem. V kraji je relativně **vysoký podíl předčasných starobních důchodů** na celkovém počtu starobních důchodů.
- Podle **počtu trestných činů** na obyvatele patří Jihočeský kraj v rámci Česka k těm bezpečnějším.

Jihočeský kraj patří v rámci Česka mezi kraje střední velikosti jak z hlediska počtu obyvatel, tak rozlohy. V sídelním systému kraje se projevují některá **specifika vyplývající z geografické polohy i historického vývoje**:

1. Krajské centrum České Budějovice je relativně vzdálené od ostatních krajských center. V důsledku toho jsou **funkční vazby velké části kraje na zbytek Česka poměrně slabé** a Jihočeský kraj jako celek se vyznačuje relativně vysokou **funkční uzavřeností**.
2. Tuto skutečnost podporují také fyzicko-geografické poměry; **vnitrostátní i mezinárodní hranici Jihočeského kraje tvoří z velké části vrchoviny či hornatiny** představující (v čase postupně slábnoucí, ale přesto existující) bariéru pro sociálně-ekonomické vazby, zatímco **centrální částí tvoří rovinatá oblast Jihočeských pánví** (Českobudějovická a Třeboňská), která naopak podporuje rozmanitost prostorových vztahů i formování městských aglomerací uvnitř tohoto území.
3. **Význam Českých Budějovic jako centra dojízdky za službami či do zaměstnání pro celý kraj je značný**. Jiná nejbližší krajská střediska včetně Prahy jsou v tomto smyslu pro České Budějovice "slabší konkurencí", než je tomu u jiných srovnatelně velkých krajských měst (Hradec Králové, Pardubice, Ústí nad Labem), tím spíše u krajských měst menších (Jihlava, Karlovy Vary). České Budějovice patří mezi metropolitní, resp. jádrové oblasti, jak je identifikují Politika územního rozvoje ČR nebo studie věnované geografické organizaci společnosti v Česku (např. Hampl 2005).
4. Relativní funkční uzavřenost Jihočeského kraje a přítomnost vrchovin a hornatin při jeho hranicích indikují také značnou **periferalitu okrajových částí kraje**:
 - o **Oblasti při dlouhé česko-rakouské** (Horní a Dolní Rakousy) a kratší **česko-německé hranici** (Bavorsko) představují vesměs málo zalidněné vrchoviny a hornatiny, které za minulého režimu patřily k nejvíce periferním oblastem Česka. Po roce 1989 se s pádem "železné opony" obnovováním přirozených přeshraničních vztahů **míra periferality tohoto pohraničí zvolna snižuje**.
 - o Naopak **oblasti při vnitrostátní hranici** s kraji Plzeňským, Středočeským a Vysočinou (a velmi krátkým úsekem hranice s Jihomoravským krajem) patří mezi tzv. **vnitřní periferie**. Tato území jsou typicky zasažena stárnutím obyvatelstva, depopulací, hospodářskou stagnací a celkovou **sníženou vitalitou a prohlubující se periferalitou**, na druhou stranu ale také prohlubující se vzájemnou rozrůzněností. Tu určuje například blízkost hlavních dopravních tahů působících jako faktor, který periferalitu území snižuje.

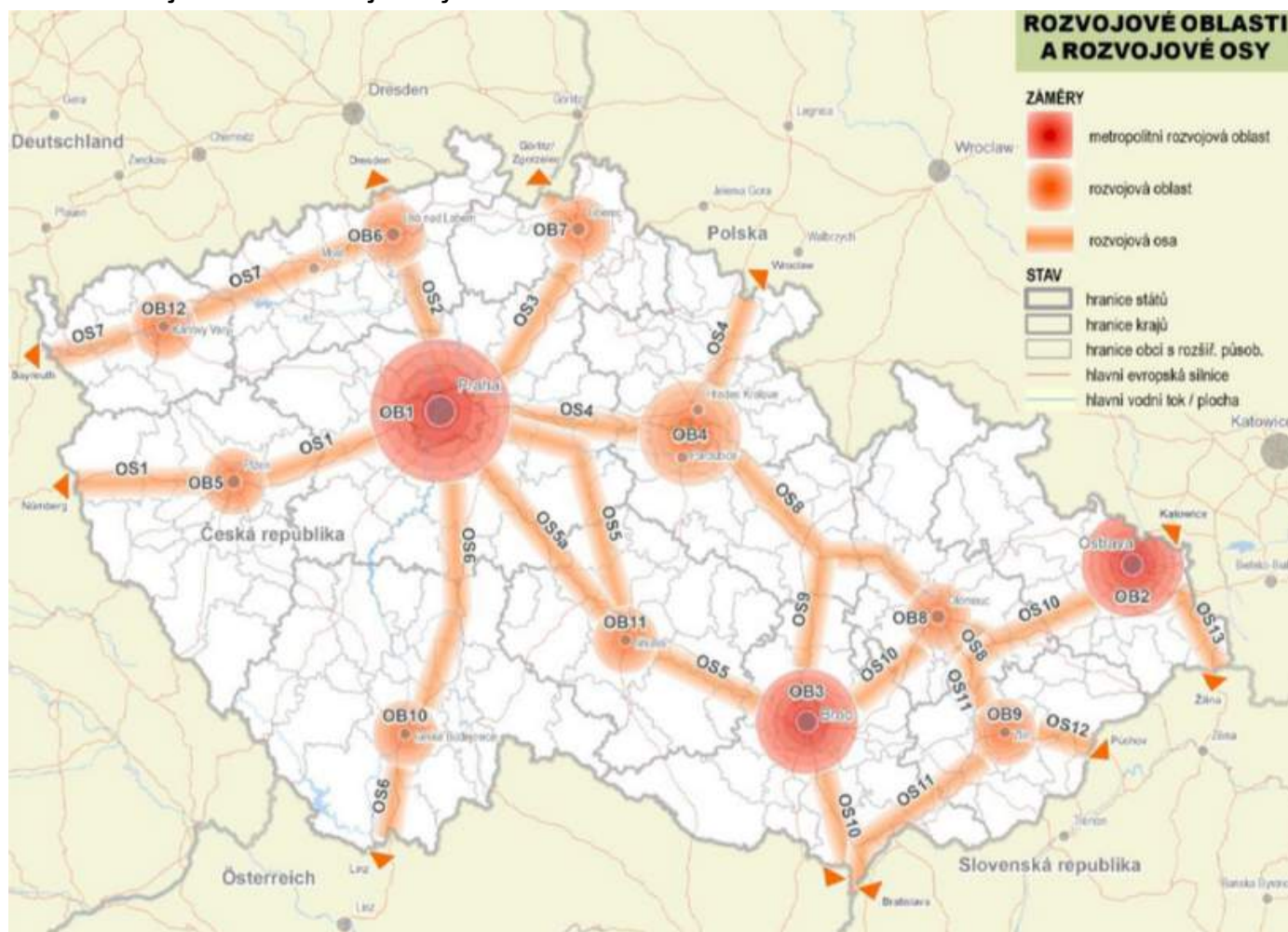
Rozvojové oblasti a rozvojové osy

Politika územního rozvoje ČR z roku 2021 identifikuje České Budějovice jako jednu z 12 rozvojových oblastí metropolitního nebo aglomeračního typu v Česku. Tyto oblasti se vyznačují koncentrací obyvatelstva, obslužných funkcí a pracovních míst. Důvodem pro vymezení OB10 České Budějovice je rozvojová dynamika krajského města Českých Budějovic, silná koncentrace obyvatelstva a ekonomických činností, z nichž značná část má republikový význam a dále poloha na připravované dálnici D3 a na IV. tranzitním železničním koridoru z Prahy do Rakouska.

Územím Jihočeského kraje prochází také jedna z rozvojových os definovaných Politikou územního rozvoje ČR jako linie či pásy území s koncentrací rozvojového potenciálu. Jedná se o OS6 Praha–Benešov–Tábor–České Budějovice–hranice ČR/Rakousko (Linz). Jedná se o pás území vyznačující se vyšší koncentrací obyvatelstva a hospodářských aktivit a výraznou vazbou na zmíněné dopravní cesty: dálnici D3, resp. silnici I/3 a na IV. tranzitní železniční koridor.

Sekundární, méně významnou sídelní a rozvojovou osou (neuvedenou v Politice územního rozvoje ČR) je území mezi Českými Budějovicemi, Pískem a Strakonice.

Obrázek: Rozvojové oblasti a rozvojové osy v Česku



Zdroj: převzato z Politiky územního rozvoje ČR

Specifické oblasti

Politika územního rozvoje ČR definuje také tzv. specifické oblasti, které se vyznačují rozmanitými rozvojovými problémy (hospodářská zaostalost, strukturální postižení ekonomiky, sociální či environmentální problémy apod.). Na území Jihočeského kraje zasahuje SOB1 Šumava a dále SOB9 zahrnující regiony (většinu území Česka), ve kterých se projevuje problém ohrožení území suchem.

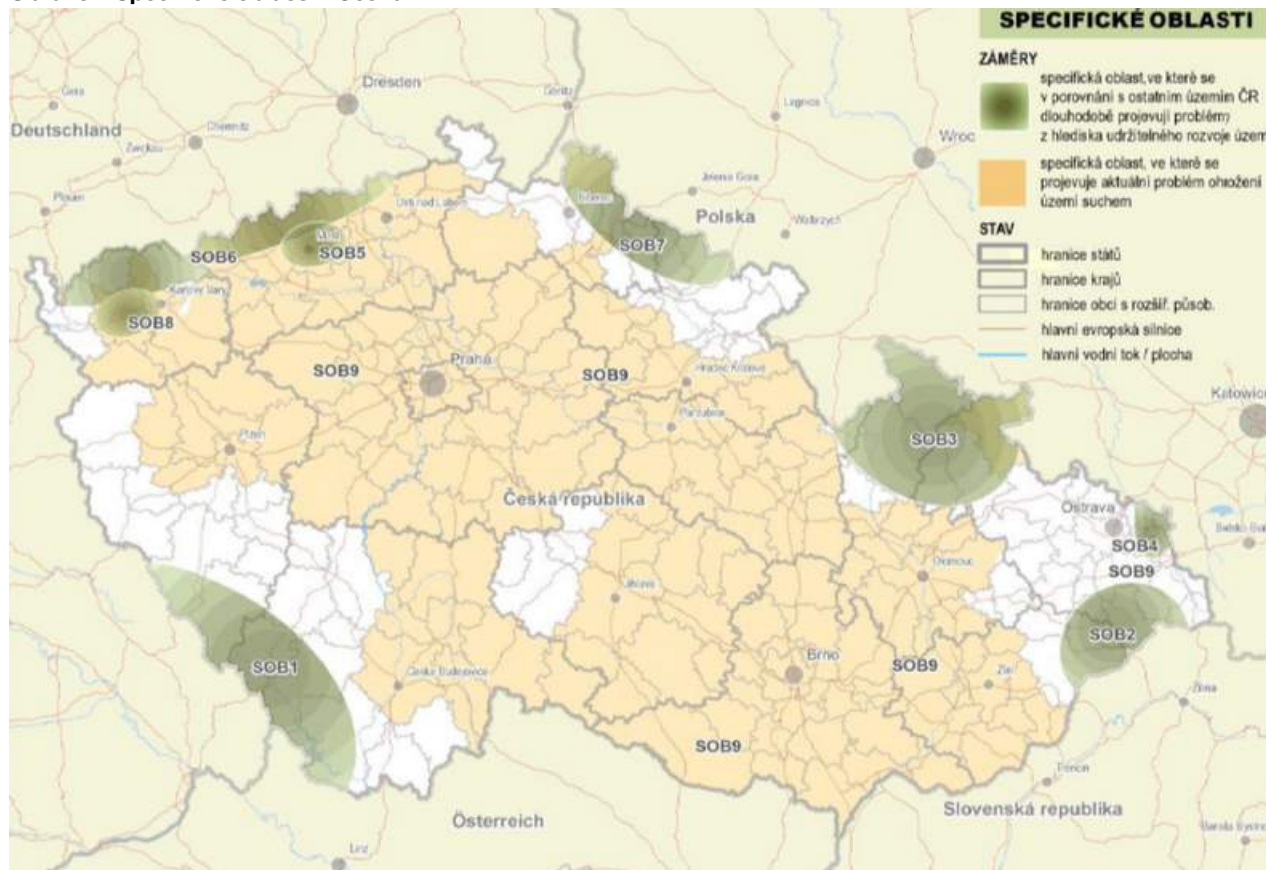
SOB1 Šumava je vymezena z důvodů:

- potřeby úměrně a rovnoměrně rozvíjet a využívat (s ohledem na udržitelný rozvoj území) vysoký rekreační potenciál krajiny přírodně cenné a společensky atraktivní oblasti Šumavy, která je největším národním parkem v Česku;
- potřeby posílit ekonomický a sociální rozvoj v souladu s ochranou přírody, zejména rozvoj drobného a středního podnikání v oblasti místní tradiční výroby a cestovního ruchu;
- potřeby koordinace využívání území se sousedními zeměmi.

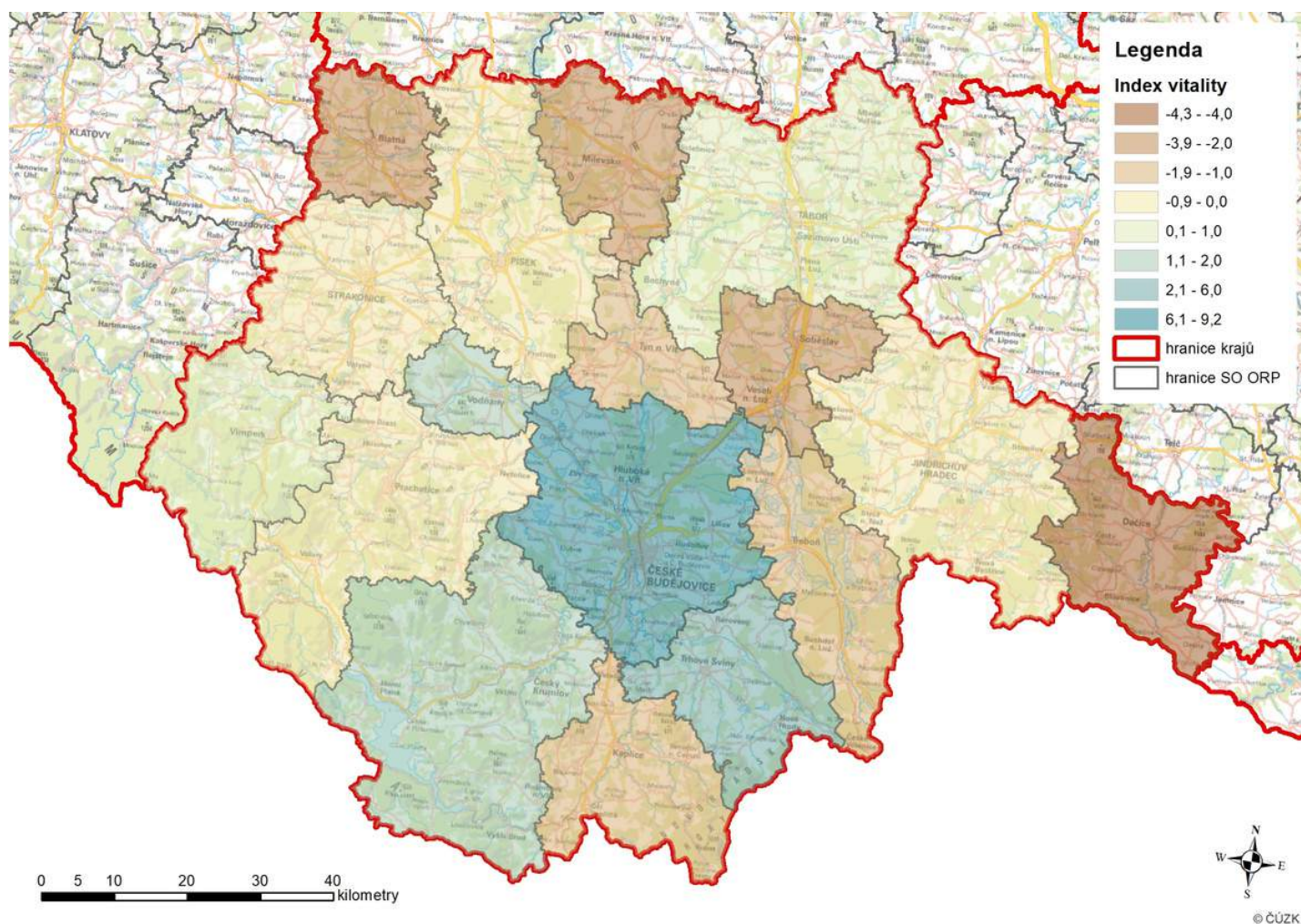
SOB9 zahrnující regiony, v nichž se projevuje problém ohrožení území suchem, je vymezena z důvodů environmentálních a vodohospodářských.

Na území Jihočeského kraje se tedy vyskytují "problémové" regiony vykazující spíše potřebu environmentální péče, případně podpory sociálně-ekonomického rozvoje z důvodu periferní či příhraniční polohy, nikoli z důvodů hospodářských či sociálních problémů ani strukturálního postižení.

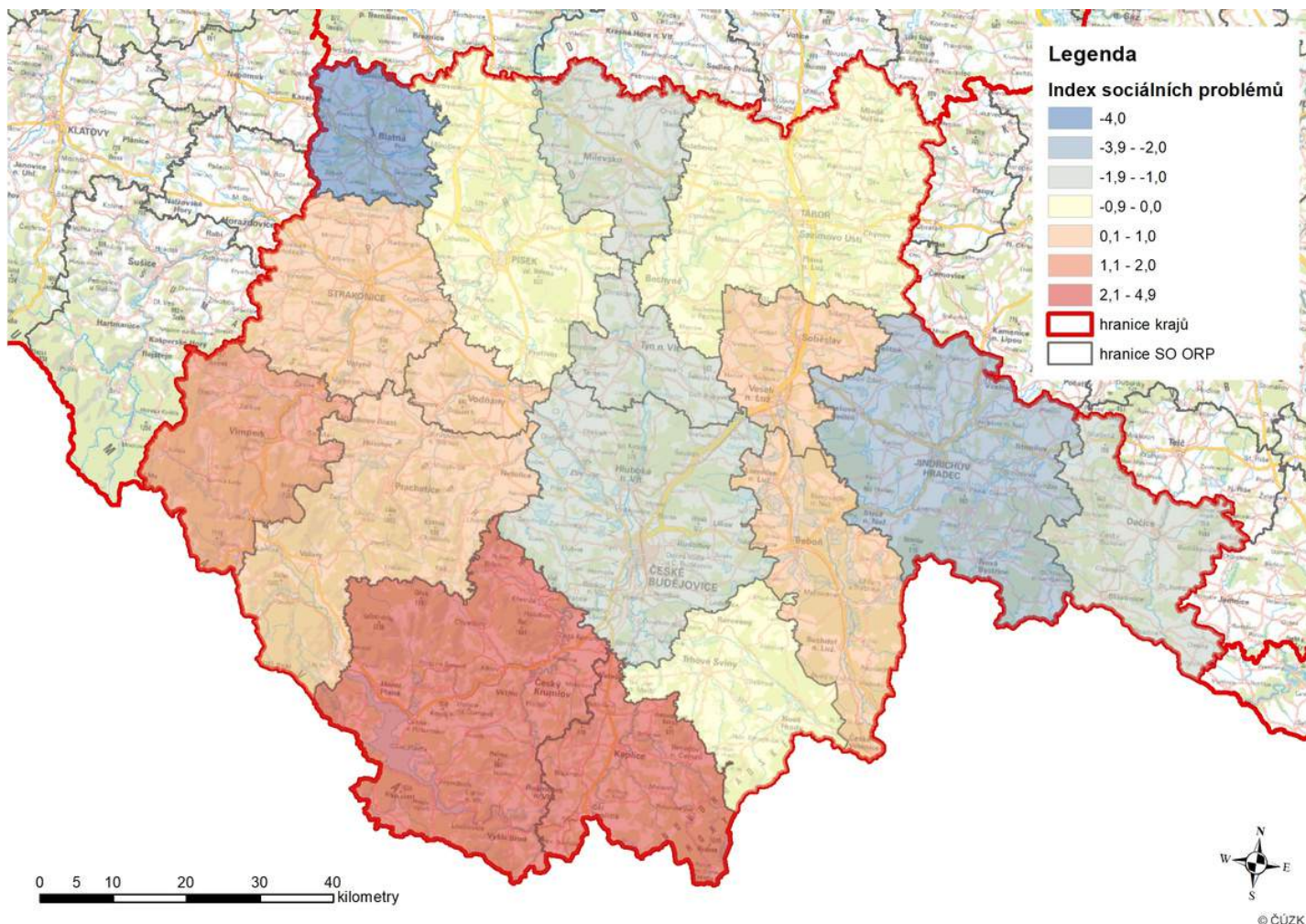
Obrázek: Specifické oblasti v Česku



Zdroj: převzato z Politiky územního rozvoje ČR



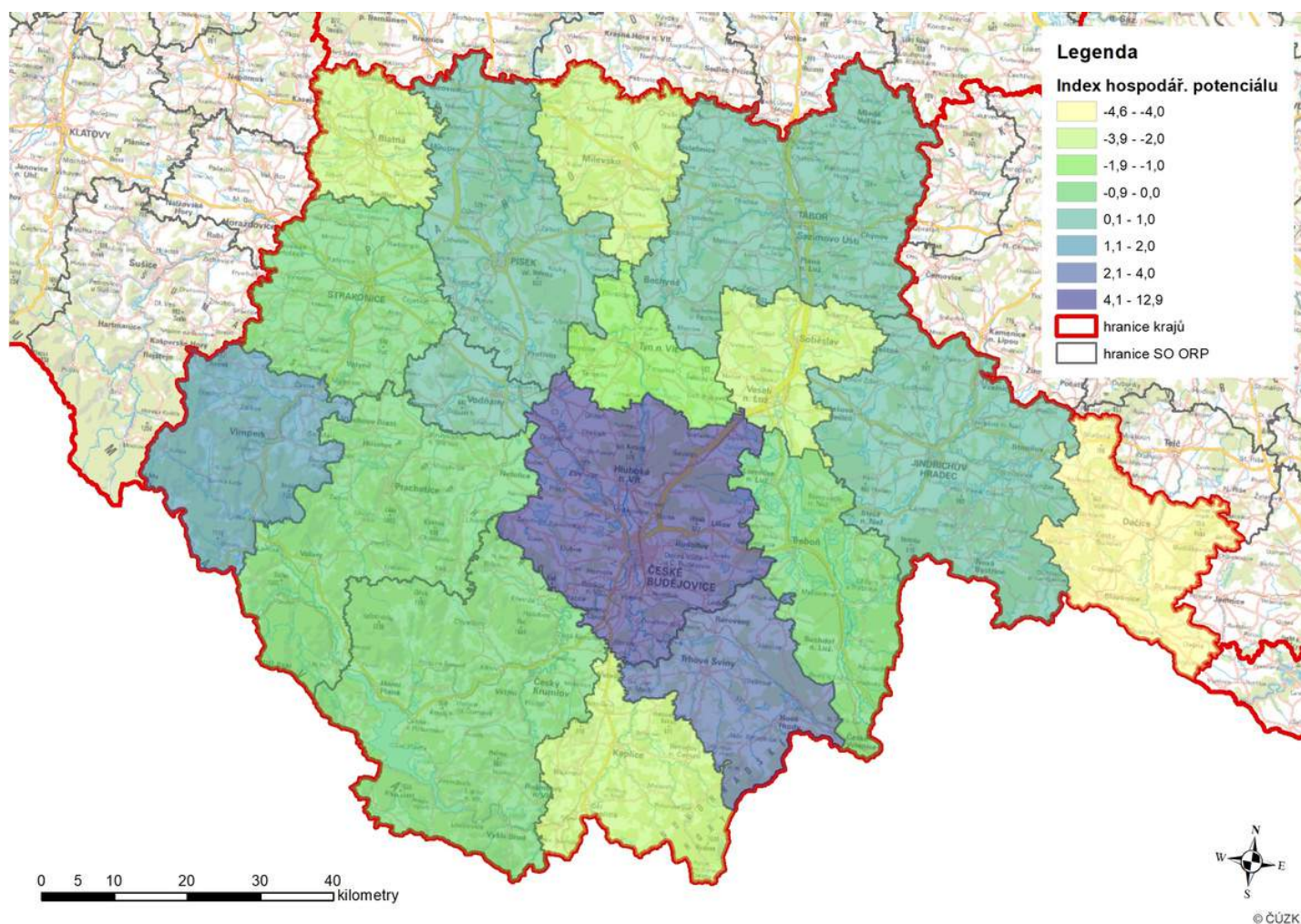
- V rámci Jihočeského kraje vykazuje nejvyšší životaschopnost Českobudějovicko a jeho okolí (SO ORP Trhové Sviny, Český Krumlov, Vodňany). Nejméně vitální jsou naopak odlehlejší regiony s malými středisky - SO ORP Dačice, Soběslav, Milevsko a Blatná.
- Index vitality agreguje standardizované hodnoty (Z skóre) ukazatelů:
 - Podíl obyvatel čelících exekucím na celkovém počtu obyvatel (průměr za roky 2019 a 2021)
 - Přírozený přírůstek obyvatel, tj. rozdíl mezi počtem živě narozených dětí a počtem zemřelých osob přepočítaný na 1000 obyvatel (průměr za roky 2007–21)
 - Přírůstek obyvatel stěhováním, tj. rozdíl mezi počtem přistěhovaných a vystěhovaných přepočítaný na 1000 obyvatel (průměr za roky 2007–21)
 - Index stáří, tj. podíl obyvatel ve věku 65+ let a obyvatel ve věku 0–14 let (2021)
 - Intenzita bytové výstavby, tj. podíl průměrného počtu dokončených bytů ročně na celkovém počtu bytů v ‰ (průměr 2007–21)
 - Podnikatelská aktivita, tj. počet ekonomických subjektů na 1000 obyvatel (2021)



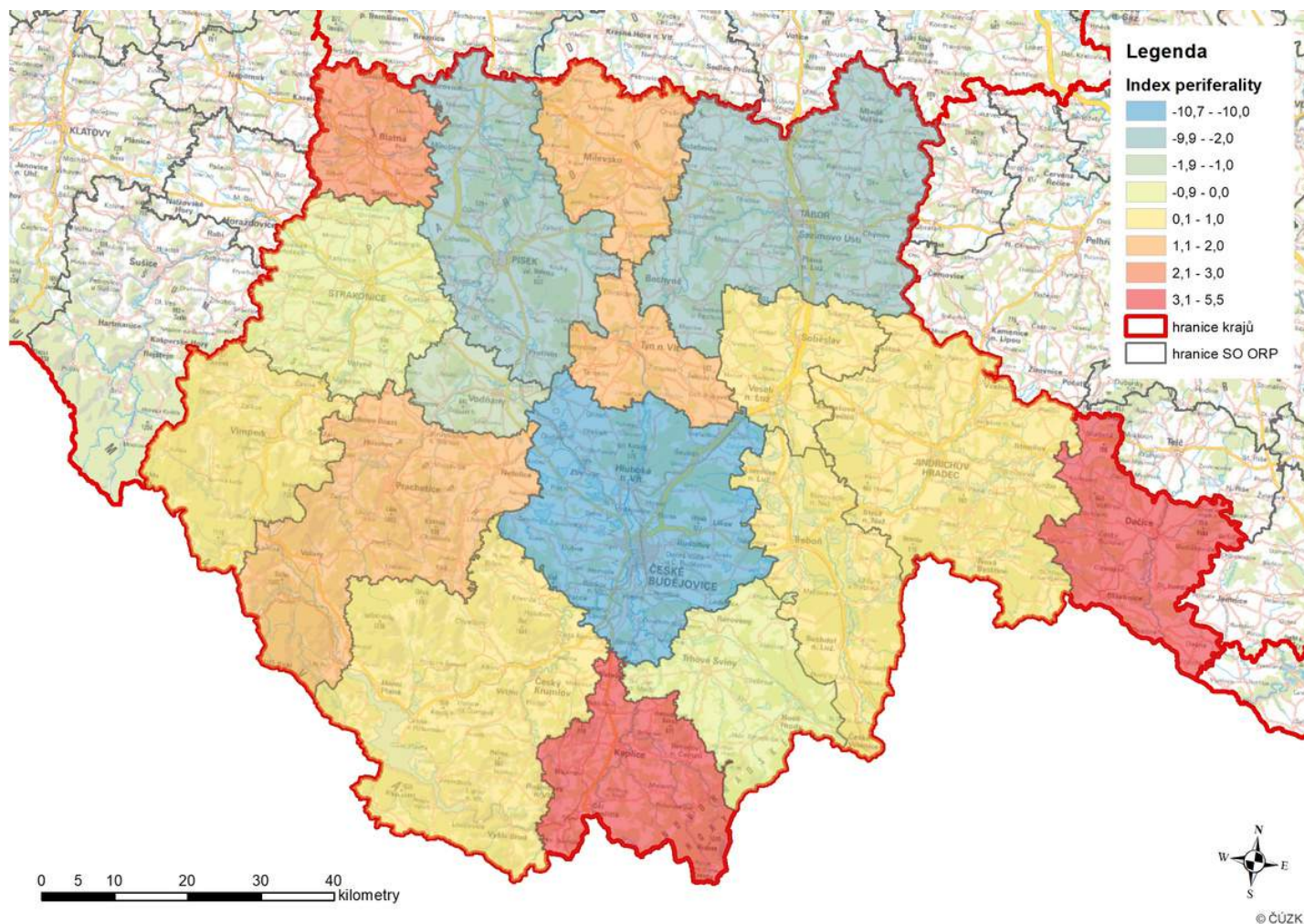
- Sociálním problémům čelí ve zvýšené míře zejména jihozápadní části kraje, zvláště pak Českokrumlovsko, Kaplicko a Vimpersko, a dále též Třeboňsko a Soběslavsko. Naopak nejméně sociálních problémů mají Blatensko a Jindřichohradecko.
- Index sociálních problémů agreguje standardizované hodnoty (Z skóre) ukazatelů:
 - Podíl nezaměstnaných na celkovém počtu ekonomicky aktivních obyvatel (říjen 2022),
 - Podíl obyvatel čelících exekucím na celkovém počtu obyvatel (průměr za roky 2019 a 2021),
 - Index vzdělávacích problémů konstruovaný jako agregovaný ukazatel míry propadání, nedokončení ZŠ a vysoké absence mezi žáky ZŠ (2021)

2.2 VNITROKRAJSKÉ ROZDÍLY

AGREGOVANÝ INDEX HOSPODÁŘSKÉHO POTENCIÁLU



- Nejvyšší hospodářský potenciál má v Jihočeském kraji dle očekávání jednoznačně správní obvod ORP České Budějovice. S odstupem jej následují správní obvody ORP Trhové Sviny a Vimperk. Naopak nejnižším hospodářským potenciálem se vyznačují správní obvody ORP s malými mikroregionálními středisky: Dačice, Blatná, Milevsko, Soběslav a Kaplice.
- Index hospodářského potenciálu agreguje standardizované hodnoty (Z skóre) ukazatelů:
 - Podíl nezaměstnaných na celkovém počtu ekonomicky aktivních obyvatel (data MPSV, říjen 2022)
 - Hustota zalidnění, tj. počet obyvatel na km² (data ČSÚ, 2021)
 - Index stáří, tj. podíl obyvatel ve věku 65+ let a obyvatel ve věku 0–14 let (data ČSÚ, 2021)
 - Vzdělanostní úroveň obyvatelstva, tj. podíl obyvatel s VŠ vzděláním na celkovém počtu obyvatel starších 15 let (data ČSÚ, 2021)
 - Intenzita bytové výstavby, tj. podíl průměrného počtu dokončených bytů ročně na celkovém počtu bytů v ‰ (data ČSÚ, průměr 2007–21)
 - Podnikatelská aktivita, tj. počet ekonomických subjektů na 1000 obyvatel (data ČSÚ, 2021)



- Nejméně periferní, tj. nejvíce centrální je dle očekávání správní obvod ORP České Budějovice, následovaný obvody dalších velkých měst Písku a Tábora. Naproti tomu nejvyšší periferialitu mají odlehlé části kraje s menšími regionálními centry: SO ORP Dačice, Kaplice a Blatná.
- Index periferality agreguje standardizované hodnoty (Z skóre) ukazatelů:
 - Hustota zalidnění, tj. počet obyvatel na km² (data ČSÚ, 2021)
 - Přírůstek obyvatel stěhováním, tj. rozdíl mezi počtem přistěhovaných a vystěhovaných přepočítaný na 1000 obyvatel (data ČSÚ, průměr za roky 2007–21)
 - Vzdělanostní úroveň obyvatelstva, tj. podíl obyvatel s VŠ vzděláním na celkovém počtu obyvatel starších 15 let (data ČSÚ, 2021)
 - Podnikatelská aktivita, tj. počet ekonomických subjektů na 1000 obyvatel (data ČSÚ, 2021)

SOCIODEMOGRAFICKÁ ANALÝZA CÍLOVÉ SKUPINY

3.1 DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ KRAJE

3.2 PROJEKCE VÝVOJE CÍLOVÉ SKUPINY

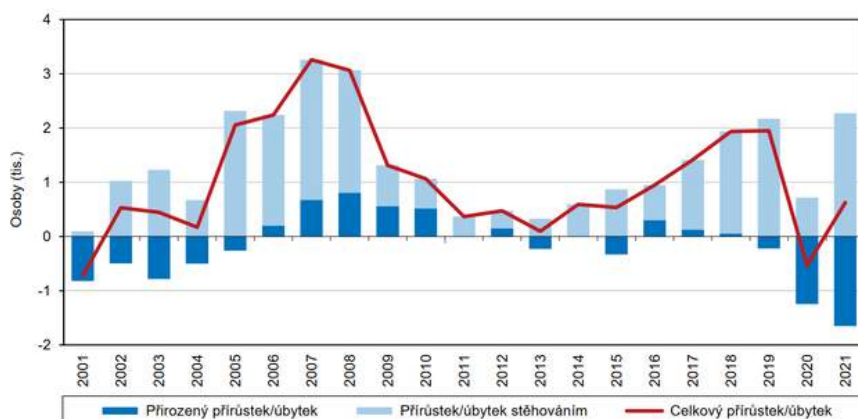
3.3 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

Demografický vývoj v Jihočeském kraji od r. 2002 lze shrnout následovně. Od r. 2002 do r. 2019 včetně se v Jihočeském kraji zvyšoval počet obyvatel. Nejvyšší přírůstek obyvatelstva byl zaznamenán v letech 2007 a 2008. V roce 2009 však došlo k jeho významnému snížení, kdy zřejmě i v souvislosti s nepříznivým vývojem ekonomiky migrační přírůstek klesl a byl několik let na nižších, ale kladných hodnotách. V letech 2018 a 2019 se celkový přírůstek počtu obyvatel kraje po deseti letech výrazněji zvýšil. Naopak v roce 2020 byl v souvislosti s koronavirovou pandemií zaznamenán po 19 letech úbytek obyvatel v kraji. Tento stav byl způsoben vysoce nepříznivou přirozenou měnou; umíralo podstatně víc osob, než se narodilo. Počty zemřelých v kraji se v letech 2020 a 2021 výrazně zvýšily, a tak bylo saldo přirozené měny v těchto letech ve výrazných záporných hodnotách. Migrace byla v roce 2020 v nižších, ale kladných hodnotách. V následujícím roce se díky výraznější migraci, zejména ze zahraničí, počet obyvatel kraje opět zvýšil. Z výše uvedených důvodů se v kraji snížila naděje dožití.

Mezi jednotlivými SO ORP se projevují výrazné rozdíly v pohybu obyvatelstva:

- V letech 2010–2020 zaznamenávaly každoročně přírůstky počtu obyvatel SO ORP České Budějovice, Písek a Trhové Sviny.
- V roce 2021 se na 3. pozici umístil SO ORP Soběslav, kde byla zaznamenána vyšší kladná hodnota migračního přírůstku v absolutních hodnotách.
- Uvedené SO ORP byly v uplynulých letech migračně aktivní, stěhování bylo rozhodující a někde i jedinou příčinou zvyšování počtu obyvatel.
- Naopak v SO ORP Dačice a Milevsko docházelo k dlouhodobému úbytku obyvatel, který byl způsoben hlavně zápornou migrací a nepříznivou přirozenou měnou.

Pohyb obyvatel v Jihočeském kraji, 2001 – 2021



Obyvatelstvo Jihočeského kraje stárne a zvyšuje se tak hodnota indexu stáří. Koncem roku 2021 již na 100 dětí připadalo v kraji 133,6 seniorů a průměrný věk obyvatel kraje byl 43,2 let.

Dané se projevuje i na sociálním vývoji a vývoji zaměstnanosti. V roce 2021 žilo podle výsledků VŠPS v Jihočeském kraji 540,4 tisíc osob ve věku 15 a více let. Z této kategorie bylo 59,2 % populace ekonomicky aktivních. Z dlouhodobého pohledu přibývalo mezi zaměstnanými osob ve věku 45 až 59 let a nad 60 let.

Obyvatelstvo kraje je ve srovnání s celou Českou republikou nepatrně starší. Od demografické struktury kraje se výrazněji odlišuje pohraniční okres Český Krumlov s pestřejším národnostním složením a mladší věkovou strukturou. Spolu s okresem České Budějovice obvykle mívá nejvyšší porodnost a nejnižší úmrtnost v kraji.

i Poznámka

Pandemie koronaviru přerušila trend nárůstu počtu příjemců důchodů. Z jejich celkového počtu pobírala většina osob (83,5 %) starobní důchod, ať už samostatně nebo v souběhu s vdovským, případně vdoveckým důchodem.

V Jihočeském kraji vzrostl v roce 2021 počet držitelů průkazů osob se zdravotním postižením. Nejvíce držitelů průkazů OZP bylo ve věku 65 a více let.

3.1 DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ KRAJE

VĚKOVÁ STRUKTURA A JEJÍ TRENDY

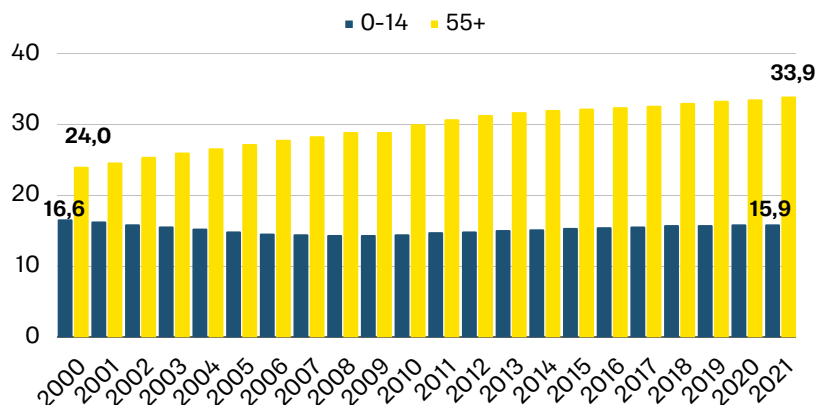
Na konci r. 2021 průměrný věk obyvatel kraje činil 43,2 let, mužům bylo průměrně 41,8 let a ženám 44,4 let. Průměrně obyvatelé kraje dosahují vyššího věku než je průměrný věk u populace celé ČR (42,8 let). Za uplynulá dvě desetiletí se průměrný věk v kraji zvýšil o 4,2 let.

V územním detailu nejnižší průměrný věk byl zaznamenán v okrese Český Krumlov (42,2 let), nejvyšší v okrese Písek (44,0 let). V rámci kraje patří okres Český Krumlov dlouhodobě k okresům s nejmladším obyvatelstvem, platí to zejména o území správního obvodu Kaplice (41,8 let). Naopak nejstarší bylo obyvatelstvo v SO ORP Milevsko (45,5 let). Muži jsou nejmladší na Kaplicku (40,4 let), ženy na Trhovošvinensku (43,0 let). Obě pohlaví měla nejvyšší hodnotu průměrného věku na území SO ORP Milevsko (muži 44,0 let, ženy 47,0 let).

Stejně jako pro ČR platí i pro Jihočeský kraj, že jeho populace stárne. Proces stárnutí však v kraji probíhá v poslední době o něco rychleji - do r. 2010 byl průměrný věk obyvatelstva kraje o něco nižší než průměr ČR, od r. 2011 je již každoročně vyšší. Seniorská věková skupina (65 a více let) byla v r. 2021 v kraji zastoupena z 21,3 %. Podíl seniorů se v průběhu let stále zvyšoval, přičemž nejmenší byl zaznamenán v okrese Český Krumlov (19,4 %) a největší v okrese Písek (22,9 %).

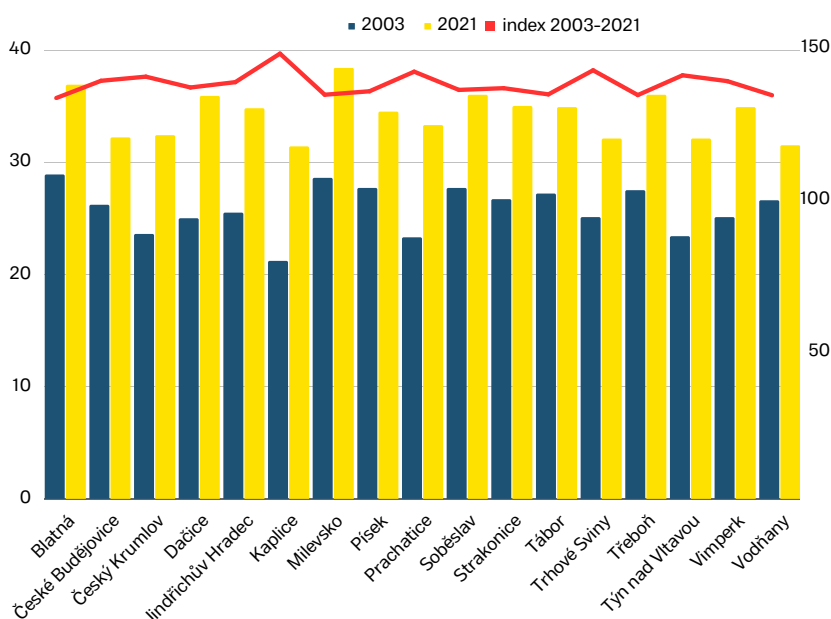
K 31. 12. 2021 žilo v kraji 215 829 osob ve věku 55+ let (tj. 33,9 % populace kraje). Počet osob ve věku 55+ se v uvedeném období zvýšil o 43,8 %. Vývoj podílu těchto osob v porovnání s vývojem podílu dětí do 15 let v letech 2000–2021 dokladuje všeobecně známý trend růstu podílu starších osob (v daném období z 24 % v r. 2000 na 33,9 % v r. 2021).

Věková struktura obyvatel v Jihočeském kraji (k 31. 12.) – senioři 55+ a děti 0-14 let



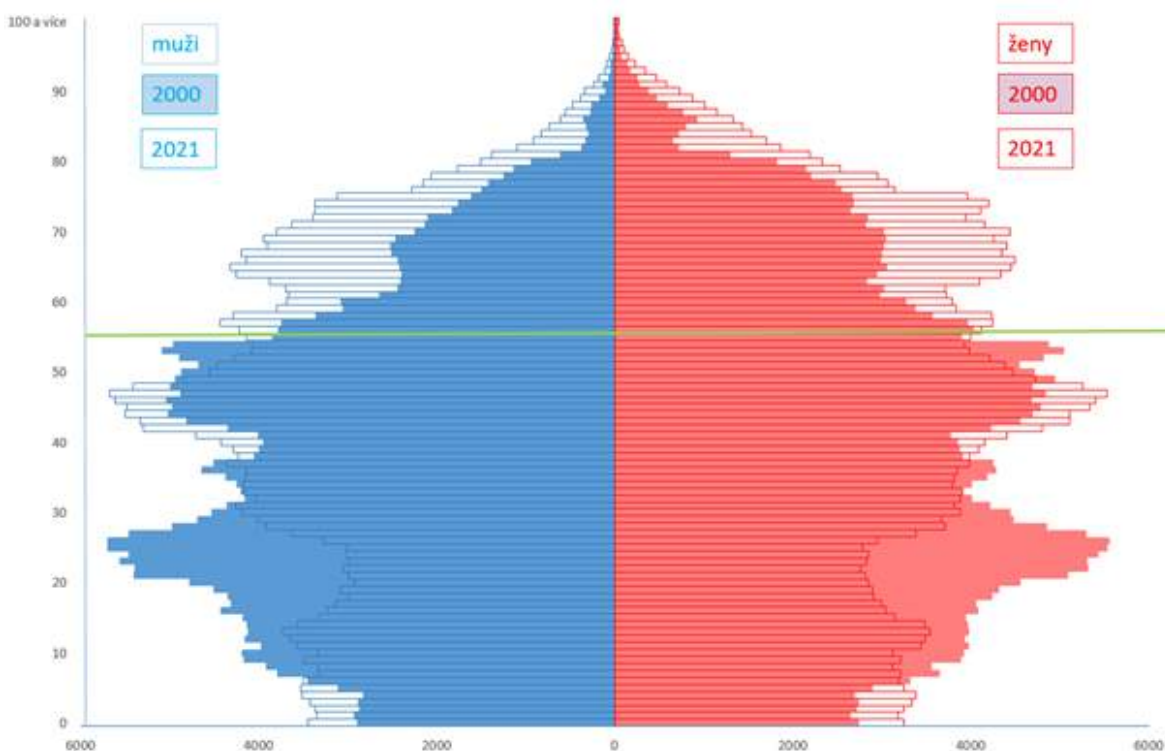
V rámci kraje se projevují výrazné rozdíly ve vývoji počtu osob v této skupině i jejich podílech na celkové populaci. Jestliže v roce 2003 činil podíl osob ve věku 55+ na celkové populaci jednotlivých SO ORP v průměru 25,8 %, pak v roce 2021 již tento podíl činí v průměru 34,3 %. K nejvyššímu nárůstu počtu osob této věkové skupiny v daném období došlo podle indexu růstu u SO ORP Kaplice (150,6), Trhové Sviny (140,9) a Prachatice (140,1). Nejnižší nárůst počtu osob 55+ byl zjištěn u SO ORP Blatná (124,8), tj. počty osob v dané věkové skupině se v jednotlivých SO ORP v uvedeném období zvýšily min. o čtvrtinu, ve více jak polovině případů však o více než třetinu. To opět dokládá zrychlující se proces demografického stárnutí.

Vývoj podílu osob ve věku 55 let a více (%), SO ORP, 2003–2021



Výrazné změny věkové struktury Jihočeského kraje v letech 2000–2021 lze demonstrovat také na srovnání věkové pyramidy kraje v roce 2000 s rokem 2021. V uplynulých dvaceti letech se početně silné ročníky narozené v 70. letech minulého století posunuly z kategorie „třicátníků“ směrem k „padesátníkům“ a blíží se hranici 55 let. Relativně silné ročníky narozené po druhé světové válce hranici odchodu do důchodu překročily již na počátku milénia, což je z posunu jednotlivých částí věkové pyramidy směrem k vyšším věkovým skupinám patrné. Rozšíření věkové pyramidy pro rok 2021 u věkových skupin nad 60 let zcela koresponduje s údaji o rostoucích podílech těchto generací uvedených výše. I zde je tedy patrná zvyšující se dynamika demografického stárnutí.

Věková struktura obyvatel v Jihočeském kraji (k 31. 12.) – senioři 55+

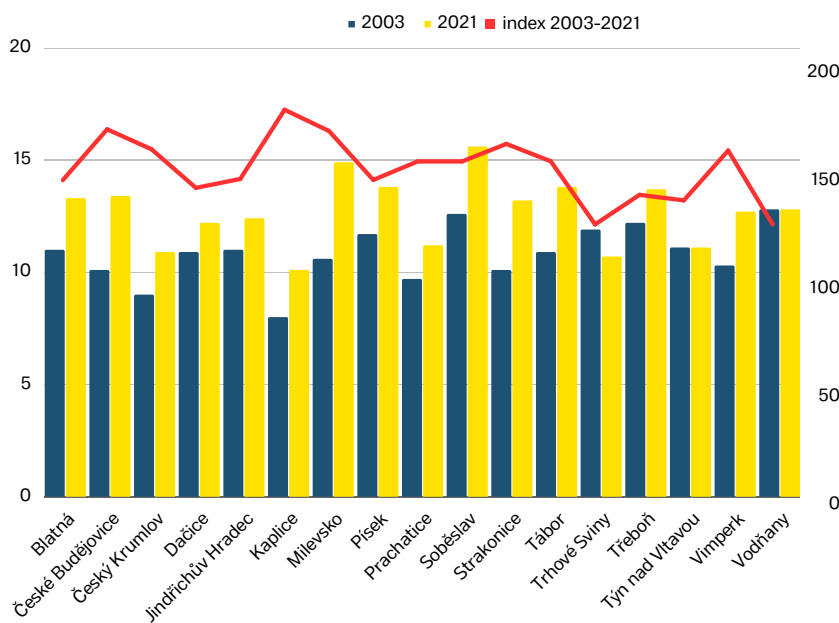


S ohledem na cíl analýzy hrají v seniorské populaci významnou roli nejstarší osoby, u kterých se studované diagnózy vyskytují nejčastěji. Je proto vhodné sledovat vývoj počtu a podílu osob v těchto věkových skupinách. Mimo jiné také z toho důvodu, že v posledních 30 letech se zvyšují podíly nejstarších osob (80+) nejrychleji a podílejí se tak významnou měrou na zvyšující se dynamice demografického stárnutí.

Senioři 80+ tvořili k 31. 12. 2021 pouhých 4,4 % jihočeské populace a 12,9 % z počtu osob 55+. Přesto má smysl sledovat vývoj podílu těchto osob na seniorské populaci, neboť z pohledu zdravotnické a sociální péče představují největší zátěž. V roce 2000 podíl seniorů 80+ na seniorech 55+ činil 9,9 %, počet seniorů 80+ se v daném období zvýšil o téměř 88 %. To je v porovnání s nárůstem počtu celé skupiny 55+ (43,8 %) téměř dvojnásobek. Je tedy patrné, že skutečně dochází ke zrychlování demografického stárnutí převážně v těchto nejstarších věkových skupinách.

V závislosti na socio-demografické i ekonomické struktuře jednotlivých částí kraje se pak projevují významné rozdíly mezi jednotlivými SO ORP. Jestliže se v roce 2003 podíleli nejstarší senioři na populaci 55+ v jednotlivých SO ORP v průměru necelými 11 % (nejvíce tzv. oldiest – old žilo v SO ORP Vodňany - 12,8 % a Soběslav – 12,6 %), pak do roku 2021 se tato průměrná hodnota zvýšila na 12,7 % (nejvíce opět Soběslav – 15,6 % a Milevsko – 14,9 %, v SO ORP Vodňany podíl stagnuje na stejné hodnotě).

Vývoj podílu seniorů 80+ na populaci 55+ (%) – SO ORP 2003, 2021



Obrázek výše ukazuje, ve kterých SO ORP došlo k nejvyšším nárůstům podílu generace 80+ mezi lety 2003 a 2021, lomená čára ukazuje index vývoje počtu osob ve věku 80+ v uvedeném období. Průměrný nárůst počtu osob ve věku 80+ za celý soubor jihočeských SO ORP činí pro uvedené období téměř 57 %, přičemž je patrné, že k nejvyšším došlo v SO ORP Kaplice (88,6 %), paradoxně České Budějovice (78 %) a Milevsko (77%). A naopak, v některých SO ORP nebyl nárůst počtu nejstarších seniorů tak dramatický (Trhové Sviny – 26,5 a Vodňany – 26,6). Tj. projevují se zde vlivy „omlázování“ populace v souvislosti s ekonomickým vývojem (působení větších firem), který stimuluje i vývoj demografický.

To ostatně potvrzují i následující skutečnosti: nejvyšší podíl dětské populace byl v roce 2021 zjištěn v SO ORP Trhové Sviny (17,1 %). Nejmladší obyvatelstvo podle hodnoty průměrného věku žilo ve správním obvodu Kaplice (41,8 let). V tomto obvodu jako jediném v kraji ještě v roce 2016 mírně převažovaly počty dětí nad seniory. V SO ORP Kaplice byl také zaznamenán nejnižší podíl osob ve věku 65 a více let (18,2 %) a naopak nejvyšší podíl osob v produktivním věku (65,7 %). Naopak nejmenší podíl dětského zastoupení v roce 2021 byl v SO ORP Milevsko (14,1 %), kde byla také nejvyšší hodnota průměrného věku (45,5 roku).

Zaměříme-li se na vývoj počtů seniorů s demencemi podle věkových skupin v letech 2010–2021, pak lze konstatovat, že vyjma věkové skupiny 50–59 let u mužů, došlo ve všech ostatních v uvedeném období k nárůstu počtu pacientů s danými diagnózami, přičemž tyto nárůsty se zvyšují s věkem. Mírně vyšší nárůst vykazují muži. Jestliže ve věkové skupině 60–69 let vzrostly počty pacientů ve sledovaném období zhruba o třetinu, v následující věkové skupině pak došlo k nárůstu o téměř 90 % v případě žen, u mužů se počty seniorů s demencí v této věkové skupině více jako zdvojnásobily. U osob nad 90 let věku se počty seniorů s danými diagnózami více jak ztrojnásobily.

Průměrný nárůst počtů pacientů s demencemi a jejich podílů v jednotlivých věkových skupinách v období 2010–2021 (100% = 2010)

Ukazatel	věková skupina				
	50-59	50-69	70-79	80-89	90+
Index vývoje počtu pacientů - muži	99,9	134,0	215,4	175,6	337,1
Index vývoje počtu pacientů - ženy	111,6	130,1	188,8	159,6	321,5
Index vývoje prevalence - muži	102,2	132,8	136,4	145,7	162,5
Index vývoje prevalence - ženy	116,9	150,3	127,9	149,6	166,6

Rozdíly ve vývoji počtů pacientů (mužů) s demencemi mezi jednotlivými kraji jsou následující:

- Ve věkové skupině 50 – 59 let:
 - Došlo v uvedeném období k nárůstu počtu osob s danými diagnózami pouze ve čtyřech krajích (Liberecký – 145,7; Vysočina – 124,1; Zlínský – 115,4 a Středočeský – 104,7).
 - Ostatní kraje vykazují pokles počtu pacientů v dané věkové skupině – Jihočeský kraj o 6,1 % (nejvíce hlavní město Praha o 21,6 %).
- Ve věkové skupině 60-69 let:
 - došlo k nejvyššímu nárůstu počtu pacientů mužů pává v Jihočeském kraji (173,1), následovaným krajem Vysočina (166,4).
 - Nejmenší hodnotu vykazuje Praha.
- Ve věkové skupině 70 – 79 let:
 - se počty pacientů nejvíce zvýšily v krajích Královéhradeckém (261,9) a Středočeském (243,8), Jihočeský kraj zaznamenal v této věkové skupině spíše podprůměrný nárůst (207,9).

Počty pacientů s demencemi se nejvýše zvýšily ve věkových skupinách 70 – 79 let a nad 90 let. U osob nad 90 let patří Jihočeský kraj (454,4) mezi kraje s nejvyššími nárůsty počtu osob s demencemi (po Plzeňském – 505,1 a Královéhradeckém – 483,3 kraji).

Vývoj je užitečné ale také sledovat v relativních hodnotách, tj. vývoj podílu osob s danými diagnózami na dané věkové skupině, neboli „specifické míry“ prevalence. Podíváme-li se na postavení Jihočeského kraje v rámci souboru krajů ČR, pak lze zmínit několik skutečností:

- Věková skupina 50–59 let – Jihočeský kraj vykazuje nepatrně podprůměrnou hodnotu vývoje prevalence (100,2), tj. podíl osob s demencí se v této věkové skupině ve sledovaném období významně nezměnil.
- Věková skupina 60–69 let – zde se v souladu s výše zmíněným nárůstem počtu osob s danými diagnózami zvýšil i jejich podíl nejvíce mezi kraji (o 63,4 %). S ohledem na nepravidelnosti ve věkové struktuře populace a skutečnosti, že se jedná o mladší seniory, jsou tyto podíly však relativně nevýznamné (0,47 % v roce 2010 a 0,74 % v roce 2021).
- Věkové skupiny 70–79 let a 80–89 let – zde došlo v Jihočeském kraji k podprůměrným změnám v prevalencích studovaných diagnóz:
 - 70–79 let (129,1);
 - 80–89 let (136,4).
- Nadprůměrný nárůst podílu osob s demencemi v porovnání s ostatními kraji je v případě mužů ve věkové skupině nad 90 let (o 89,4 %).

Podobně je vhodné sledovat vývoj jak počtů pacientek, tak i jejich podílů na dané věkové skupině. Sledujeme-li vývoj počtu pacientek v jednotlivých věkových skupinách, pak lze konstatovat následující:

- Ve věkové skupině 50–59 let došlo ke snížení jejich počtu ve sledovaném období o 7 %.
- Ve věkových skupinách 60–69 let a 70–79 let došlo k navýšení počtů pacientek s demencemi, avšak podprůměrnému v porovnání s ostatními kraji (60–69 let – 121,2; 70–79 let – 157).
- U nejstarších osob vykazuje Jihočeský kraj nadprůměrné nárůsty počtu osob se studovanými diagnózami.
- Ve věkové skupině 80–89 let vzrostl počet pacientek ve sledovaném období o 61,1 %, u žen nad 90 let se pak počet pacientek navýšil více jak 3,5krát. Jihočeský kraj tak patří mezi tři kraje s nejvyšším nárůstem počtu pacientek v této věkové skupině (po kraji Královéhradeckém – 401,9 a Pardubickém – 386,7).

V relativním pojetí pak došlo v Jihočeském kraji k nadprůměrnému nárůstu podílů žen s demencemi ve věkových skupinách 60–69 a nad 90 let. Ve věkové skupině 50–59 se podíl žen s danými diagnózami snížil ve sledovaném období o necelá 2 %, ve věku 70–79 let došlo k navýšení podílů o 8,7 %, 80–89 let o 45 % a ve věku nad 90 let o zvýšení o 81,3 %. Právě zvyšování počtů i podílů osob s psychiatrickými diagnózami v nejstarších věkových skupinách se tedy jeví jako problém s četnými konsekvencemi.

3.1 DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ KRAJE

VÝVOJ CÍLOVÉ SKUPINY - JIHOČESKÝ KRAJ

Porovnáme-li počty pacientů v desetiletých věkových skupinách po 50. roce věku v roce 2010 s rokem 2021, je z nich zřejmý výrazný nárůst zejména u nejstarších osob. Z tabulky níže je patrný výrazný nárůst počtu pacientů i podílů těchto pacientů na celkovém počtu osob v dané věkové skupině (prevalence) s rostoucím věkem. Projevují se zde i rozdíly mezi pohlavími, kdy muži vykazují vyšší nárůsty počtu pacientů. Jestliže se počet pacientů ve věku 80 – 89 let v uvedeném období zvýšil u obou pohlaví téměř shodně o něco více než 60 %, u nejstarších osob nad 90 let se projevuje podstatně výraznější rozdíl podle pohlaví:

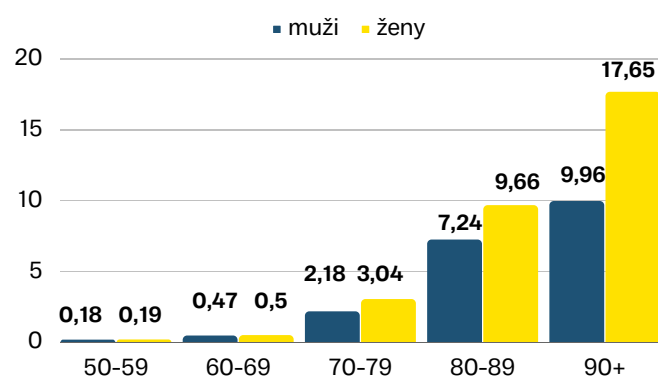
- počet pacientů mužského pohlaví se navýšil oproti roku 2010 více jak 4,5krát, počet pacientek více jak 3,5krát.
- Nezanedbatelné ale jsou nárůsty počtů pacientů v mladším věku (zejména u mužů – 73%-ní nárůst ve věku 60 – 69 let, více jak dvojnásobek ve věku 70 – 79 let).

Vývoj počtu a podílu pacientů s psychiatrickými diagnózami v letech 2010 – 2021

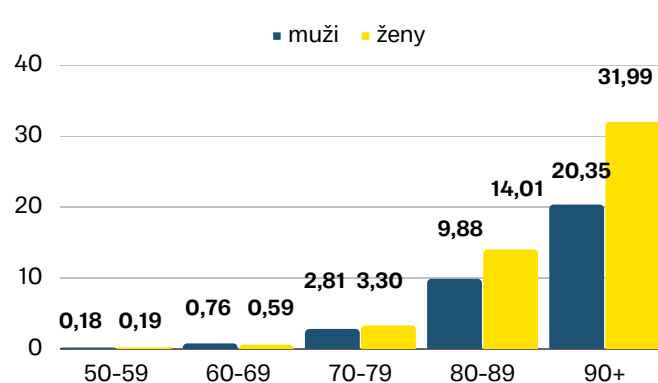
věková skupina	nárůst počtu pacientů 2010 – 2021 (%)		nárůst prevalence 2010 – 2021 (%)	
	muži	ženy	muži	ženy
50 – 59	93,9	93,0	100,2	100,3
60 – 69	173,1	121,2	163,4	119,3
70 – 79	207,9	157,0	129,1	108,7
80 – 89	163,9	161,1	136,4	145,0
90+	454,2	355,3	204,4	181,3

I přesto, že tabulka vykazuje vyšší nárůsty počtu pacientů i jejich podílů na daných věkových skupinách u mužů, je třeba brát v potaz i další skutečnosti patrné z níže uvedených grafů. V roce 2010 představovali senioři s diagnostikovanými demencemi ve věku 80 – 89 let u mužů 7,24 % populace dané věkové skupiny, v případě žen necelých 10 %. V roce 2021 činily tyto podíly již téměř 10 % u mužů a 14 % v případě žen. Ve věkové skupině 90+ pak vzrostl podíl mužů s demencemi na dané věkové skupině z necelých 10 % v roce 2010 na více jak dvojnásobek v roce 2021, v případě žen z více jak 17 % v roce 2010 na téměř 32 % v roce 2021.

Podíly seniorů s psychiatrickými diagnózami na celkovém počtu seniorů v dané věkové skupině (%), 2010



Podíly seniorů s psychiatrickými diagnózami na celkovém počtu seniorů v dané věkové skupině (%), 2021



3.1 DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ KRAJE

VÝVOJ CÍLOVÉ SKUPINY - JIHOČESKÝ KRAJ

Zaměříme-li se na vývoj počtu a podílu pacientů s Alzheimerovou chorobou, pak z indexů vývoje pro období 2010–2021 vyplývá, že se počty pacientů u obou pohlaví ve věkových skupinách 70–79 let (muži) a 80–89 let (obě pohlaví) více jak zdvojnásobily, ve věku nad 90 let v případě mužů dokonce zpětinásobily a v případě žen navýšily na více jak šestinásobek.

V relativní podobě, tj. v podobě prevalencí nevypadají hodnoty na první pohled tolik hroživě. Je však potřeba nahlížet na ně ve spojení s absolutními velikostmi věkových skupin, ze kterých jsou počítány.

Vývoj počtu pacientů s Alzheimerovou chorobou v letech 2010–2021

věková skupina	nárůst počtu pacientů 2010 – 2021 (%)		nárůst prevalence 2010 – 2021 (%)	
	muži	ženy	muži	ženy
50 – 59	71,0	95,0	75,8	102,5
60 – 69	184,3	131,1	173,9	129,1
70 – 79	235,9	179,7	146,5	124,5
80 – 89	206,7	230,3	172,0	207,3
90+	522,2	608,8	235,0	310,6

Vývoj počtu pacientů s nespecifikovanými demencemi podle věkových skupin a pohlaví ukazuje tabulka níže. Vyjma žen ve věku 50 – 59 let došlo ve sledovaném období k nárůstům počtů pacientů ve všech věkových skupinách, přičemž vyšší nárůsty se projevují u mužů, ve věku nad 90 let se počet pacientů mužského pohlaví zvýšil na více než čtyřnásobek, u ženského pohlaví na více jak 2,5násobek. Pokud by tyto tendence měly přetrvávat, pak lze s ohledem na předpokládané zvyšující se počty seniorů v jednotlivých věkových skupinách očekávat rostoucí problémy ve vztahu k potřebné zdravotní a sociální péči.

Vývoj počtu pacientů s nespecifikovanými demencemi v letech 2010–2021

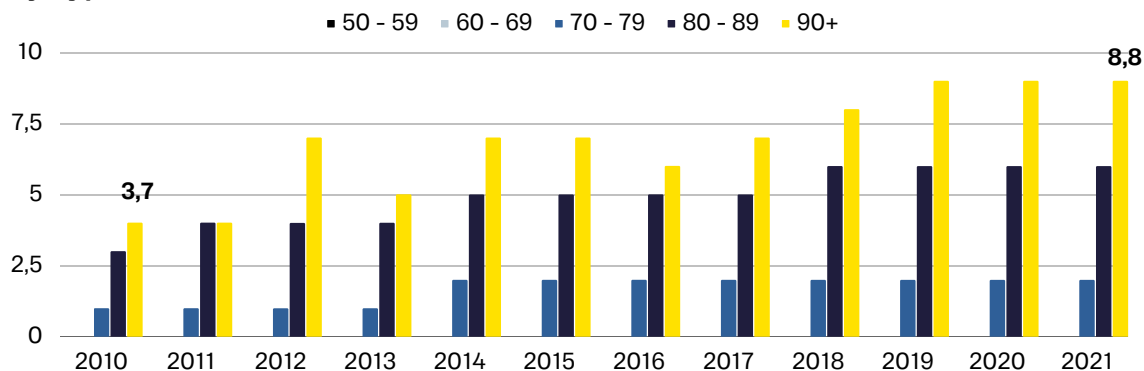
věková skupina	nárůst počtu pacientů 2010 – 2021 (%)		nárůst prevalence 2010 – 2021 (%)	
	muži	ženy	muži	ženy
50 – 59	107,8	91,3	115,1	98,5
60 – 69	165,7	111,0	156,4	109,3
70 – 79	175,8	125,0	109,2	86,6
80 – 89	126,5	106,9	105,2	96,2
90+	413,3	263,1	186,0	134,2

Detailní vývoj podílu osob s Alzheimerovou demencí ukazují pro jednotlivá pohlaví obrázky na následující straně, stejně tak jsou zastoupeny i obrázky pro ostatní nespecifikované demence.

3.1 DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ KRAJE

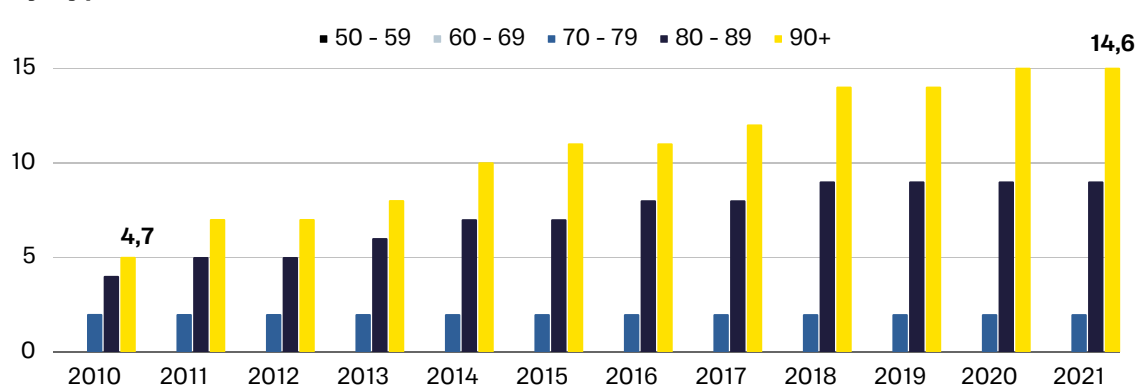
VÝVOJ CÍLOVÉ SKUPINY - JIHOČESKÝ KRAJ

Vývoj podílů mužů (%) s Alzheimerovou demencí v letech 2010 – 2021



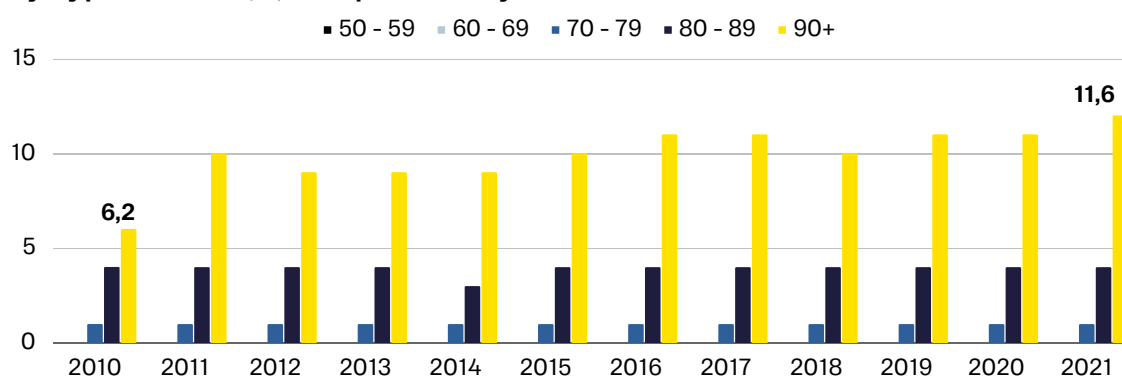
U obou pohlaví patrné zvyšující se podíly pacientů s Alzheimerovou demencí zejména v nejstarších věkových skupinách 80–89 let a nad 90 let.

Vývoj podílů žen (%) s Alzheimerovou demencí v letech 2010 – 2021



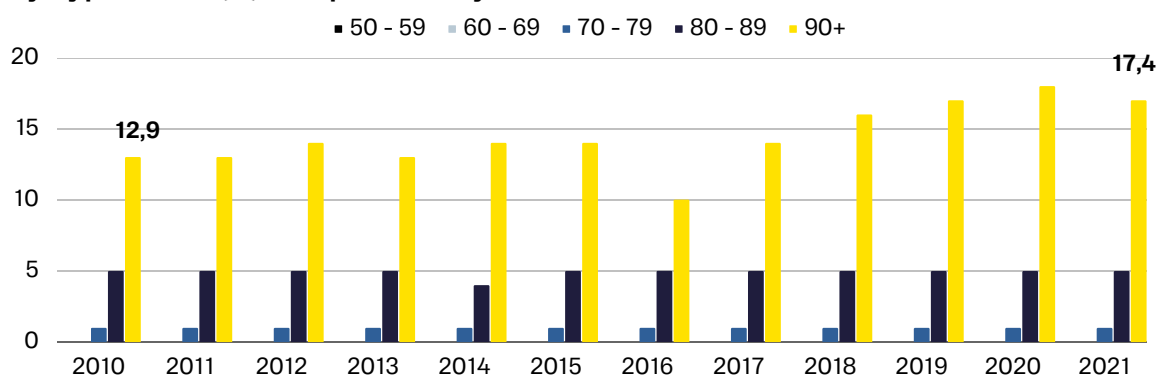
V rámci sledované časové řady se projevují u pacientů ve věku nad 90 let jisté výkyvy (snížení) v letech 2013 a 2016 v případě mužů. Lze se domnívat, že mohou být způsobeny nepřesnostmi v diagnostice a sběru dat.

Vývoj podílů mužů (%) s nespecifikovanými demencemi v letech 2010 – 2021



Podobný vývoj lze sledovat u podílů osob s nespecifikovanými demencemi.

Vývoj podílů žen (%) s nespecifikovanými demencemi v letech 2010 – 2021



3.1 DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ KRAJE

ODHAD POČTU PACIENTŮ

Podkapitola je zaměřena na odhad počtu pacientů s psychiatrickými diagnózami na úrovni SO ORP. K dispozici byla pouze data o počtech evidovaných pacientů s demencemi za celý kraj, z tohoto důvodu byly počty pacientů pro jednotlivé SO ORP odhadnuty z prevalencí pro kraj podle podílů věkových skupin jednotlivých SO ORP v rámci kraje.

Při analýze problematiky vývoje je potřeba sledovat jak absolutní počty pacientů v jednotlivých věkových skupinách a jejich vývoj, z hlediska smysluplného porovnání jednotlivých SO ORP pak také jejich relativizované hodnoty, tj. podíly pacientů s demencemi v jednotlivých věkových skupinách a celkové podíly pacientů na seniorské populaci ve věku 50 a více let (‰). Tyto „míry“ nám tedy udávají počty pacientů na 1000 obyv. dané věkové skupiny.

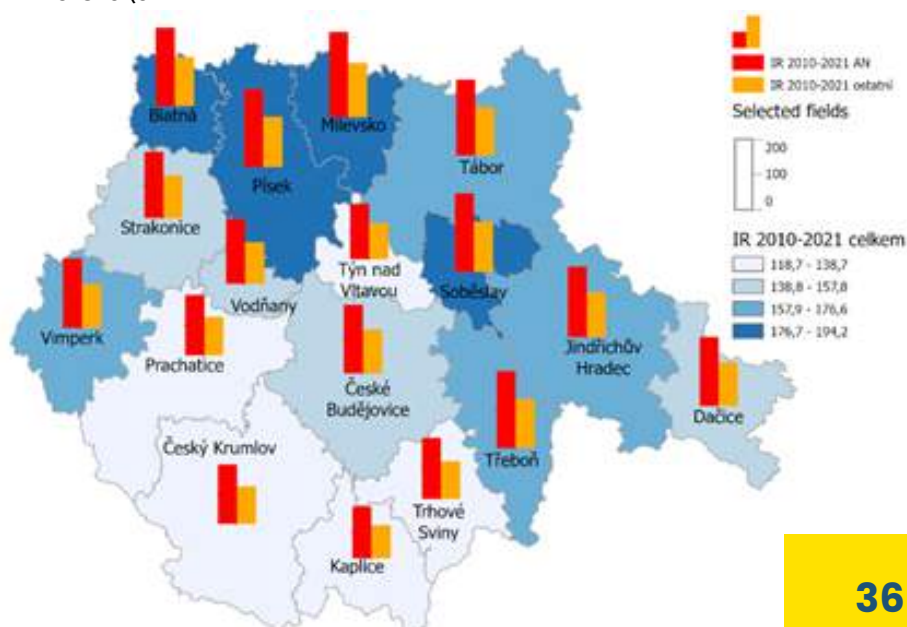
Ve všech 17 SO ORP Jihočeského kraje došlo k výraznému nárůstu podílů seniorů s diagnostikovanými demencemi. V roce 2010 se podíly pacientů s demencemi v jednotlivých SO ORP pohybovaly v rozmezí od 15 osob na 1000 obyv. ve věku nad 50 let (v ORP Milevsko) až po 18,7 (ORP Kaplice), průměr za soubor ORP Jihočeského kraje činí 16,7. Od roku 2021 došlo k jejich zvýšení na hodnoty v rozmezí od 22,2 (ORP Kaplice) do 29,3 (ORP Milevsko). Průměr pro Jihočeský kraj činil 26 osob na 1000 obyv. 50+. V období 2010–2021 došlo v průměru k 50% nárůstu podílů seniorů s demencemi. Podle provedených odhadů zaznamenal nejvyšší nárůst SO ORP Milevsko (o 95 %).

Odhady regionálních rozdílů ve vývoji počtu seniorů s diagnostikovanými demencemi (obě pohlaví) zobrazuje kartodiagram níže. Z něj je také patrný rozdíl v podílech seniorů s Alzheimerovou chorobou a ostatními demencemi. Podíly pacientů s Alzheimerovou chorobou se ve sledovaném období zvýšily téměř na dvojnásobek (v průměru o 95 %), podíly pacientů s ostatními demencemi se zvýšily v průměru o 25 %.

K nejvyššímu nárůstu počtu pacientů s demencemi došlo v letech 2010–2021 dle odhadů ve správních obvodech Milevsko (o 109 %), Písek (94 %) a Soběslav (93 %), nejméně pak v SO ORP Kaplice (o 36 %). Tyto údaje je však nutno brát s určitou rezervou s ohledem na výše diskutovanou problematiku úplnosti zdrojového datového souboru, evidence počtu diagnostikovaných pacientů i metodu výpočtu.

Detailní informace a hodnoty pro jednotlivá SO ORP jsou uvedeny u příslušných SO ORP v kapitole 6, dále pak ve zvláštní příloze.

Vývoj podílu pacientů s demencemi (‰) v letech 2010 – 2021 – SO ORP Jihočeského kraje



3.1 DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ KRAJE

ODHAD POČTU PACIENTŮ

Hodnotíme-li počty pacientů s demencemi ve vztahu k velikosti exponované části populace, pak lze konstatovat, že nejvyšší nárůst pacientů s demencemi celkem (bez rozlišení pohlaví) je v SO ORP Milevsko (o 94 %), Soběslav (o 79 %), Písek a Blatná (o 78 %). Průměrný nárůst za celý Jihočeský kraj pak činí 57 %.

U Alzheimerovy choroby vykazují podle odhadů nejvyšší nárůst SO ORP Milevsko (o 140 %), Blatná a Soběslav (o 121 %). Průměr za kraj činí 95 %, tj. téměř dvojnásobek oproti roku 2010. Ostatní typy demencí vykazují v porovnání s Alzheimerovou nemocí nižší nárůsty (nejvíce SO ORP Milevsko – 53 %, Písek a Soběslav – 41,5 %), v průměru za Jihočeský kraj nárůst o 24 %.

Jak v případě Alzheimerovy nemoci, tak i v případě ostatních demencí sledují všechny správní obvody ORP ve sledovaném období podobnou růstovou trajektorii podílů pacientů s danými diagnózami. Výjimku představují některé SO ORP v letech 2013–2014 (Kaplice, Trhové Sviny a Vimperk v případě AN, Kaplice, Český Krumlov a Prachatice v případě ostatních demencí), u kterých byl zaznamenán podezřelý pokles počtu (podílu) pacientů s danými diagnózami. V tomto případě byla opětovně kontrolována zdrojová data i provedené výpočty. Možná chyba může tedy souviset s nedostatečnou evidencí pacientů v daných letech či chybou ve zdrojovém souboru dat. Přesto je jednoznačně patrný téměř lineární nárůst podílu pacientů v obou sledovaných skupinách diagnóz, zejména po roce 2015. Taktéž dochází ke zvyšování rozdílů mezi jednotlivými ORP.

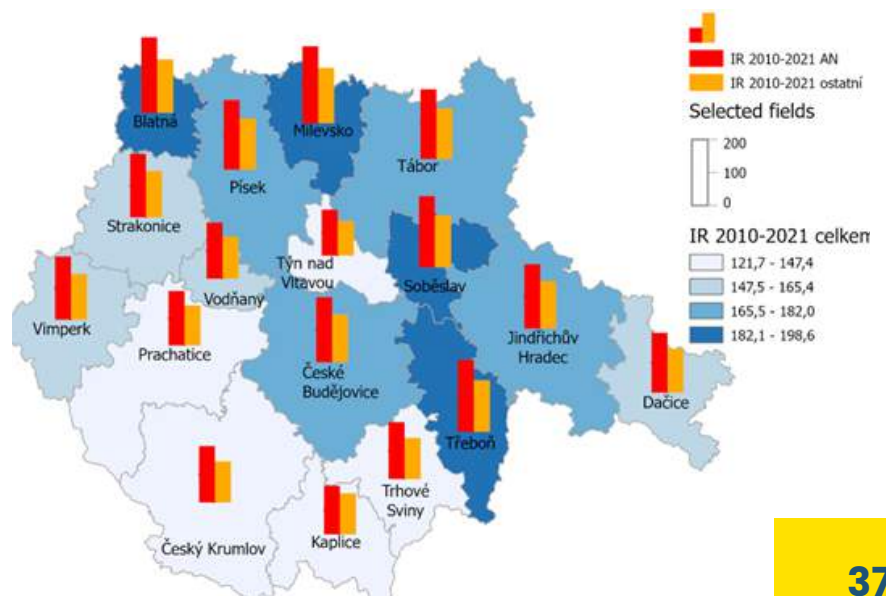
Rozdíly v podílech pacientů s demencemi podle pohlaví

U velké části demografických a epidemiologických charakteristik evidujeme významné rozdíly v hodnotách podle pohlaví. Většina studií neprokazuje rozdíly ve výskytu demence u jednotlivých pohlaví. Některé studie však prokázaly, že ženy jsou více ohroženy Alzheimerovou chorobou než muži. Naopak muži jsou více ohroženi demencí cévního původu. Podle zprávy o stavu demence z roku 2016 trpí ve vyšších věkových kategoriích ženy demencí výrazně častěji než muži. Z údajů zdrojového datového souboru jsou patrné rozdíly v prevalencích demencí podle pohlaví, proto je jim věnována také pozornost.

Změnu podílů pacientů mužského pohlaví s psychiatrickými diagnózami v letech 2010–2021 představuje kartodiagram níže. V průměru za celý Jihočeský kraj došlo ve sledovaném období k 64% nárůstu podílu osob s demencemi na exponované části populace mužů nad 50 let, nejvíce (více jak 90 %) v SO ORP Milevsko a Blatná.

Celkově dochází k nárůstu podílu pacientů mužského pohlaví s Alzheimerovou nemocí (AN) i ostatními demencemi pro celé sledované období a v případě AN tendence ke zvyšování rozdílů mezi jednotlivými ORP, která se v případě ostatních demencí neprojevuje tak výrazně.

Indexy vývoje podílu pacientů (muži) s demencemi (%), 2010–2021 – SO ORP Jihočeského kraje



3.1 DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ KRAJE

ODHAD POČTU PACIENTŮ

Vývoj počtu pacientek s demencemi pro jednotlivá ORP lze pro období 2010–2021 sledovat v kartodiagramu níže. V průměru za celý Jihočeský kraj se počet senierek s demencemi zvýšil v uvedeném období o více jak 71 %. Odhady nejvyššího nárůstu vykazují SO ORP Prachatice, Kaplice a České Budějovice s více jak 80%-ním nárůstem počtu případů.

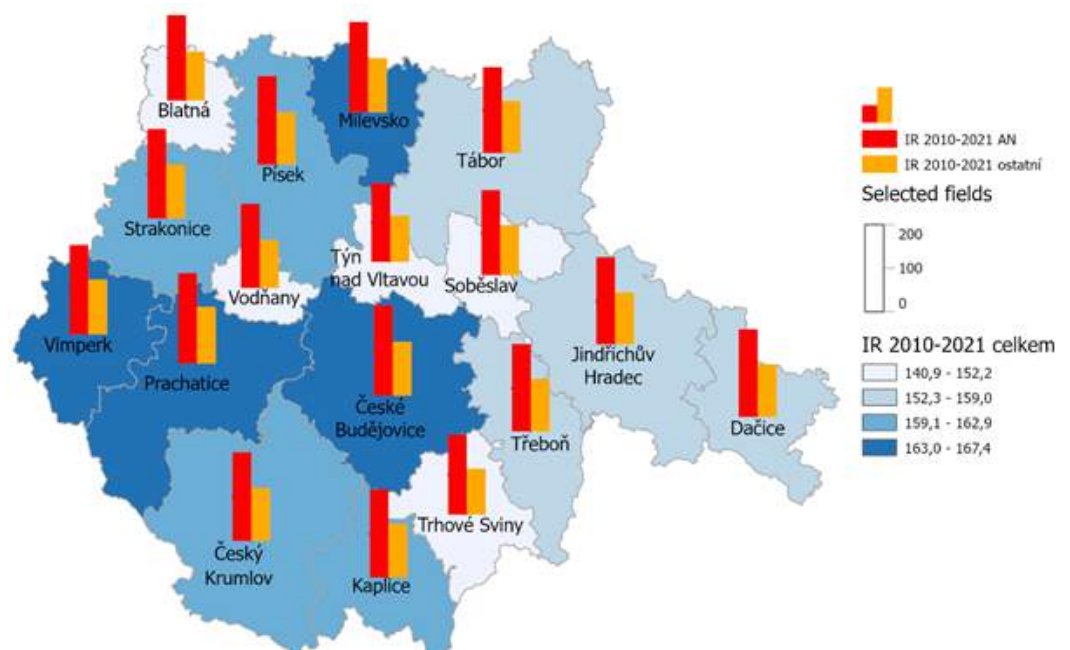
Zaměříme-li se pouze na vývoj počtu pacientek s AN, došlo ve všech SO ORP ve sledovaném období více jak ke zdvojnásobení případů, s výjimkou ORP Dačice. Počty pacientek s ostatními demencemi vzrostly v průměru o třetinu, nejvíce v ORP Dačice (o 65 %), Prachatice (téměř o polovinu) a Kaplice (40 %).

Vývoj relativních hodnot (specifických prevalencí vztahených k populaci žen nad 50 let) znázorňuje taktéž kartodiagram níže. Jestliže v r. 2010 připadalo na každou tisícovku žen ve sledované části populace 21 případů s demencemi, v r. 2021 činil průměr za celý kraj již 33 případů na 1000 žen nad 50 let, což odpovídá 57% nímu nárůstu. Podle odhadů dle věkové struktury pak nejvyšší nárůsty vykazují SO ORP Vimperk, Prachatice, Milevsko a České Budějovice (téměř nebo více než dvoutřetinový).

Podíly pacientek s AN se během sledovaného období v průměru zdvojnásobily, největší nárůst (o více jak 107 %) je odhadován pro správní obvody České Budějovice, Milevsko a Prachatice. Ve všech ORP je patrný kontinuální trend růstu podílů pacientek s AN s mírnou tendencí ke zvyšování rozdílů mezi jednotlivými správními obvody.

Porovnáme-li vývoj podílu pacientek s ostatními demencemi s podíly s AN, zjistíme, že se mezi jednotlivými SO ORP projevují větší rozdíly v prevalencích ostatních demencí, s kontinuálním nárůstem po roce 2016.

Indexy vývoje podílu pacientů (ženy) s demencemi (%), 2010–2021 – SO ORP Jihočeského kraje



3.2 PROJEKCE VÝVOJE CÍLOVÉ SKUPINY

Metodika

Projekce počtu pacientů s demencemi byly provedeny pomocí vhodně zvoleného regresního modelu pro jednotlivé věkové skupiny správních obvodů ORP. Pro většinu věkových skupin nad 60 let se jako vhodný jevil lineární model, v některých případech poskytovaly lepší výsledky modely nelineární. Nejméně spolehlivé se regresní modely jeví pro odhad budoucích počtů pacientů ve věku 50–59 let.

Pro relativní vyjádření (specifické prevalence) ve vztahu k počtu osob v jednotlivých věkových skupinách či populace nad 50 let celkem byly využity věkové struktury jednotlivých SO ORP z aktualizovaných demografických prognóz správních obvodů Jihočeského kraje*. Projektovány byly počty seniorů s psychiatrickými diagnózami celkem (bez členění na Alzheimerovu chorobu a ostatní demence). Věkové struktury populací ORP se vztahují ke střední variantě aktualizované prognózy každého ORP. Výsledné odhady je nutno interpretovat s jistou mírou opatrnosti. Střední varianta prognózy vychází z vysoké úrovně plodnosti (odpovídající současným podmínkám) a úrovni migrace na konci roku 2021. Výrazné změny těchto charakteristik mohou tedy způsobit výrazný odklon od odhadovaných hodnot v budoucnosti.

Výsledky projekce

Tabulka níže obsahuje srovnání reálných údajů za celý Jihočeský kraj pro roky 2010 a 2020 s projekcí pro rok 2035. Z ní je patrný předpokládaný nárůst počtu osob s demencemi do roku 2035 ve všech věkových skupinách. Podle odhadu by se mohl počet osob s danou diagnózou ve věku 50–59 zvýšit o 20 %. Reálně lze však předpokládat i vyšší počty, neboť (jak již bylo zmíněno výše) odhady pro tuto věkovou skupinu jsou nejméně spolehlivé. Počet pacientů ve věkové skupině 60 – 69 let by se do roku 2035 mohl zvýšit o 110 %, ve věku 70 – 79 let o 170 %, věku 80–89 let o 140 % a věku nad 90 let o 660%.

Zde je vhodné sledovat budoucí vývoj i v podobě relativních ukazatelů (specifických prevalencí a prevalence). Podle údajů v tab. 15 by se např. počet osob s demencemi ve věkové skupině 70–79 let na 1000 obyv. dané věkové skupiny zvýšil z 27 osob v roce 2010 na 51 osob v roce 2035, tj. podíl pacientů s demencemi se v této věkové skupině do roku 2035 zdvojnásobí.

Počty osob s demencem a jejich prevalence v Jihočeském kraji – srovnání 2010, 2020, projekce pro rok 2035

věková skupina	2010		2020		2035	
	osob	prevalence	osob	prevalence	osob	prevalence
50 – 59	168	1,87	150	1,81	207	2,27
60 – 69	378	4,82	553	6,64	778	9,10
70 – 79	1160	26,82	1966	30,88	3158	50,91
80 – 89	1853	88,48	2942	123,87	4390	116,9
90+	303	157,24	1124	289,24	2313	426,83
celkem	3862	16,48	6735	26,17	10846	38,47

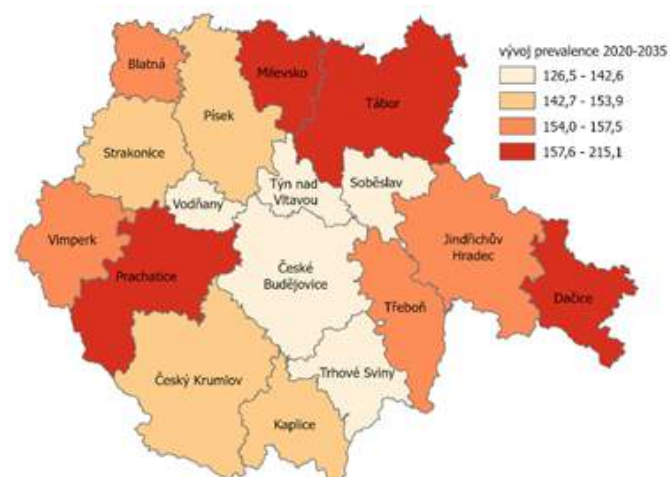
3.2 PROJEKCE VÝVOJE CÍLOVÉ SKUPINY

Kartogram vpravo umožňuje srovnání prevalencí psychiatrických diagnóz seniorů v roce 2020 (odhady z reálných dat pro Jihočeský kraj získané z věkových struktur) s odhady pro rok 2035. Podle těchto odhadů se jako potenciálně nejvíce exponované správní obvody jeví ORP Milevsko, Písek a Třeboň. V průměru by se tak prevalence v rámci souboru ORP Jihočeského kraje mohly do roku 2035 zvýšit o polovinu v porovnání s rokem 2020 (100 %), nejvíce ve správním obvodu Dačice (215 %), o více jak 60 % pak v SO ORP Milevsko a Tábor. To znamená, že by se v těchto regionech počet pacientů s demencí mohl zvýšit z přibližně 30 na každou tisícovku obyv. nad 50 let na hodnotu 40–50.

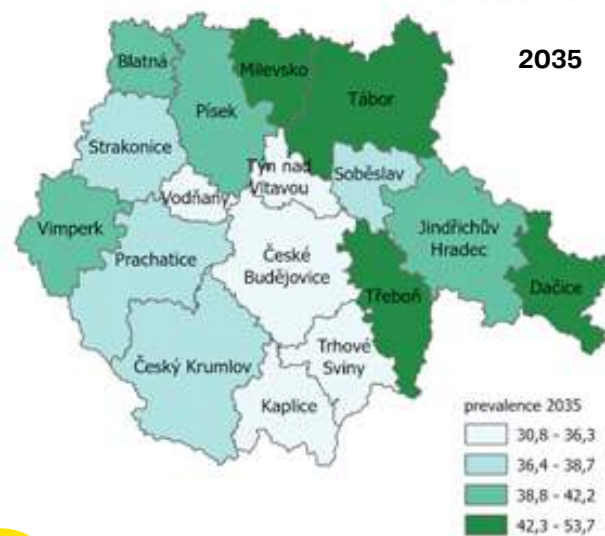
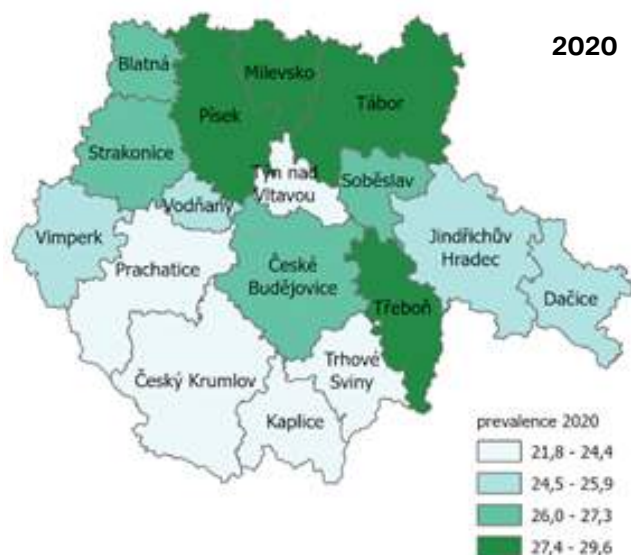
U deseti ze 17 správních obvodů by podle odhadu mohlo dojít v uvedeném období ke zhruba 60% nárůstu prevalence (viz kartogram dole).

Detailní informace a hodnoty pro jednotlivá SO ORP jsou uvedeny u příslušných SO ORP v kapitole 6, dále pak ve zvláštní příloze.

Vývoj prevalence psychiatrických onemocnění seniorů (%), 2020–2035 – SO ORP



Odhady prevalence psychiatrických onemocnění seniorů (%), 2020, 2035 - SO ORP



i Poznámka

Lidé s demencí nebo např. Alzheimerovou chorobou potřebují v pokročilém stádiu onemocnění specifický přístup i zabezpečení. Péči jim poskytují např. domovy se zvláštním režimem. Pokud je ale dobře nastavená zdravotní péče, terénní pečovatelská služba a péče rodiny, mohou pacienti do určité fáze vývoje onemocnění zůstat doma. Nárůst počtu lidí s různými formami demence zaznamenala zařízení po celém Jihočeském kraji. Zmíněné odhady počtu osob s demencí i jejich prevalencí tak mohou i přesto, že je nutno přistupovat k nim s určitou mírou opatrnosti, pomoci plánování sociálních služeb v rámci kraje.

3.3 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY

Cílem této kapitoly je analyzovat vývoj počtu příjemců PnP v seniorském věku na úrovni Jihočeského kraje a jednotlivých ORP.

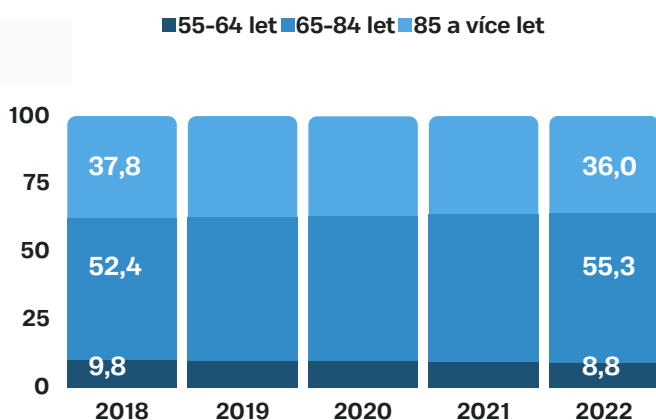
V Jihočeském kraji pobíralo v r. 2022 příspěvek na péči (PnP) 16,8 tis. osob v seniorském věku. Dané v porovnání s r. 2018 (17,1 tis. osob) značí pokles počtu příjemců a následný mírný rostoucí trend. Rostoucí počty příjemců PnP jsou dány zejména stoupajícími počty osob ve starších věkových skupinách.



Pozn. Příjemci ve věku 55 a více let.

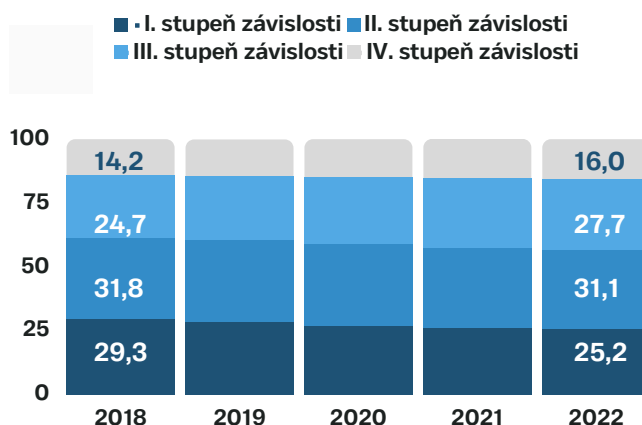
Mezi seniory pobírajícími PnP jsou rozdíly dané věkem, pohlavím a stupněm závislosti. Značný vliv na počty příspěvků na péči má pochopitelně věková struktura obyvatel - s vyšším věkem roste pravděpodobnost zhoršeného zdravotního stavu a tedy i potřebnost pomoci jiné fyzické osoby. Podíl příjemců PnP se tak výrazně zvyšuje se zvyšujícím se věkem a současně s rostoucím věkem se zvyšuje zastoupení příspěvku na péči pro III. a IV. stupeň.

Nadpoloviční většina příjemců PnP v Jihočeském kraji je ve věku 65-84 let (cca 9 tis. příjemců). Druhou nejpočetnější skupinou jsou osoby ve věku 84 a více let - představují více než třetinu příjemců (cca 6 tis.).



V Jihočeském kraji došlo ve struktuře příjemců PnP v posledních letech k menším změnám. I nadále pokračoval pokles počtu příjemců příspěvku na péči v I. stupni závislosti. Naopak (i přes zvýšený počet zemřelých osob) pokračoval růst počtu příjemců příspěvku na péči ve III. a ve IV. stupni závislosti. Uvedené změny se projeví i v procentní struktuře příjemců příspěvku na péči.

Podíl příjemců PnP v I. stupni závislosti plynule klesá (od r. 2018 klesl o 14 %). Podíl příjemců PnP ve II. stupni závislosti se dlouhodobě pohybuje nad úrovní jedné třetiny, podíl příjemců příspěvku na péči ve III. stupni závislosti se ve sledovaném období zvýšil o více než 12 % (na cca 28 %), taktéž i podíl příjemců ve IV. stupni závislosti, který představuje přibližně šestinu všech příjemců.



Poznámka

Lze předpokládat, že potenciální příjemci PnP na péči v I. stupni závislosti si o tuto dávku nežádali, a to z důvodu náročnosti a dlouhé době, po kterou probíhá řízení, a současně její nízké výši. V roce 2019 došlo k poklesu PnP v I. stupni (pro osoby od 18 let na 880 Kč).

Pozn. V r. 2022 se jedná o hodnoty za červen 2022, ostatní roky jsou k prosinci příslušného roku. Tabelární přehledy jsou uvedeny ve zvláštních přílohách této analýzy.

*Data dokládají, že v letech 2020 a 2021 byly podíly úmrtí v Jihočeském kraji (i celé ČR) výrazně ovlivněny koronavirovou pandemií. Podíl úmrtí v Jihočeském kraji v souvislosti s covid-19 byl zejména v roce 2021 vysoký (16,9 %) a výrazně předčil stejný ukazatel za rok 2020 (8,4 %). (ČSÚ 2022)

Zdroj dat: MPSV 2023

3.3 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

PŘÍJEMCI PNP DLE POHLAVÍ, VĚKU A STUPNĚ ZÁVISLOSTI

Celkově u osob v seniorském věku pobírajících PnP je z nich čtvrtina závislá v I. stupni a třetina v II. stupni závislosti. Další třetina pobírá příspěvek ve III. stupni a zbývajících 16 % ve IV. stupni závislosti.

Z hlediska věku narůstá věková kategorie 65-84 let na úkor zbylých dvou věkových kategorií.

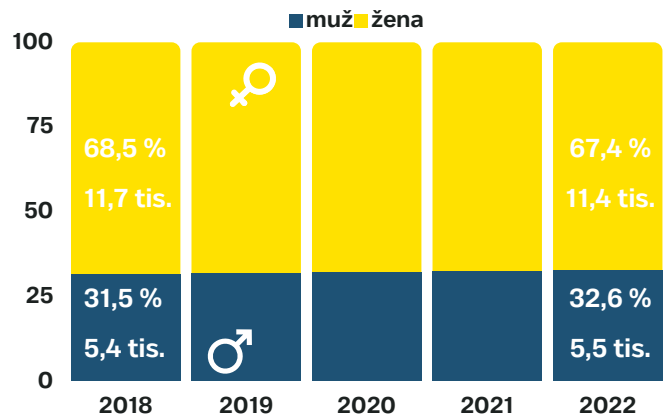
Rok	absolutní hodnoty			stupeň závislosti				celkem
	55-64 let	65-84 let	85+ let	I.	II.	III.	IV.	
2018	1 674	8 956	9 472	5 015	5 437	4 225	2 425	17 102
2019	1 623	9 143	6 464	4 831	5 555	4 345	3 499	17 230
2020	1 581	9 009	6 177	4 466	5 366	4 427	2 508	16 767
2021	1 513	9 204	6 081	4 310	5 286	4 562	2 640	16 798
2022	1 476	9 317	6 061	4 239	5 246	4 668	2 701	16 854
relativní údaje								
2018	9,8	52,4	37,8	29,3	31,8	24,7	14,2	-
2019	9,4	53,1	37,5	28,0	32,2	25,2	14,5	-
2020	9,4	53,7	36,8	26,6	32,0	26,4	15,0	-
2021	9,0	54,8	36,2	25,7	31,5	27,2	15,7	-
2022	8,8	55,3	36,0	25,2	31,1	27,7	16,0	-

3.3 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

PŘÍJEMCI PNP DLE POHLAVÍ, VĚKU A STUPNĚ ZÁVISLOSTI

Tabulka níže ukazuje absolutní počty příjemců PnP dle věku, pohlaví a stupně závislosti.

Zastoupení žen je v populaci nad 60 let značně vyšší než zastoupení mužů. Dané se odráží i mezi příjemci příspěvku na péči - ženy zřetelně převládají. Představují více než 2/3 příjemců (cca 11,4 tis.). Ve sledovaném období je patrný mírný nárůst zastoupení mužů - z 31,5 % v r. 2018 na 32,6 % v r. 2022. Lze tedy konstatovat, že od 65 let věku (s rostoucím věkem a zvyšující se závislostí na pomoci jiné osoby) roste zastoupení žen pobírajících PnP a současně dosahuje výrazně vyšších hodnot, než je tomu u mužů. Tento jev souvisí s vyšším průměrným věkem dožití žen.



Struktura příspěvků podle stupně závislosti je u mužů a žen rozdílná. Muži jsou nejčastěji příjemci II. a III. stupně závislosti. Muži ve věku 65-84 let jsou nejpočetnější skupinou příjemců napříč všemi stupni. Obdobná situace nastává i u žen, vyjma IV. stupně - zde již převládá věková skupina 84 a více let. Tato skutečnost je dána tím, že ženy se dožívají vyššího věku než muži a současně v tomto věku již významně klesá soběstačnost.

stupeň závislosti a věková skupina (absolutní hodnoty)													
Rok	I.			II.			III.			IV.			celkem
	55-64 let	65-84 let	85+ let	55-64 let	65-84 let	85+ let	55-64 let	65-84 let	85+ let	55-64 let	65-84 let	85+ let	
muži													
2018	261	916	343	318	1013	424	216	813	387	90	395	212	5 388
2019	235	878	333	307	1107	436	197	866	397	99	405	216	5 476
2020	227	793	305	286	1104	430	216	879	399	104	452	198	5 393
2021	238	758	297	274	1135	386	202	943	412	96	484	201	5 426
2022	229	785	281	269	1122	381	204	999	417	94	503	212	5 496
ženy													
2018	251	2061	1183	274	1878	1530	200	1189	1420	64	691	973	11 714
2019	252	2000	1133	279	1933	1493	190	1254	1441	64	700	1015	11 754
2020	231	1851	1059	261	1910	1375	184	1302	1447	72	718	964	11 374
2021	202	1810	1005	244	1915	1332	183	1387	1435	74	772	1013	11 372
2022	183	1801	960	241	1932	1301	189	1413	1446	67	762	1063	11 358

3.3 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

REGIONÁLNÍ ROZDÍLY

Absolutní počty příjemců na péči jsou determinovány velikostí ORP a jeho věkovou strukturou. Regionální rozložení může také ovlivňovat rozmístění a dostupnost pobytových zařízení sociálních služeb (zejména DPS, DZR) Přesto lze vyčíst základní strukturu a trendy vývoje.

Více než pětina všech příjemců PnP v Jihočeském kraji připadala na SO ORP České Budějovice. Necelých 13 % příjemců spadala pod SO ORP Tábor. Nejnižší podíl příjemců je trvale evidován v SO ORP Týn nad Vltavou (necelá 2 %), dále pak v SO ORP Vodňany).

Stejně jako na krajské úrovni i na regionální lze pozorovat pokles počtu příjemců PnP v letech 2020–2021. Pokles byl patrný u všech SO ORP Jihočeského kraje. Nejvýrazněji meziročně (2019 a 2020) poklesl v SO ORP Týn nad Vltavou (o 7 %), dále v SO ORP Třeboň (o 6 %, mezi lety 2019 a 2022 dokonce o 10 %).

Trvalá adresa příjemce (ORP)	PnP celkem					PnP (v %)				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
Blatná	376	411	409	409	412	2,2	2,4	2,4	2,4	2,4
České Budějovice	3872	3845	3721	3722	3711	22,6	22,3	22,2	22,2	22,0
Český Krumlov	932	947	933	927	921	5,4	5,5	5,6	5,5	5,5
Dačice	485	490	468	450	445	2,8	2,8	2,8	2,7	2,6
Jindř. Hradec	1168	1180	1169	1191	1195	6,8	6,8	7,0	7,1	7,1
Kaplice	385	397	387	393	392	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3
Milevsko	583	603	603	567	584	3,4	3,5	3,6	3,4	3,5
Písek	1528	1511	1502	1537	1560	8,9	8,8	9,0	9,1	9,3
Prachatice	1127	1178	1163	1152	1145	6,6	6,8	6,9	6,9	6,8
Soběslav	685	665	636	621	631	4,0	3,9	3,8	3,7	3,7
Strakonice	1322	1349	1319	1344	1327	7,7	7,8	7,9	8,0	7,9
Tábor	2245	2189	2083	2125	2178	13,1	12,7	12,4	12,7	12,9
Trhové Sviny	495	502	477	474	498	2,9	2,9	2,8	2,8	3,0
Třeboň	661	685	646	644	621	3,9	4,0	3,9	3,8	3,7
Týn nad Vltavou	333	335	313	322	323	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9
Vimperk	568	590	587	569	558	3,3	3,4	3,5	3,4	3,3
Vodňany	337	353	351	351	353	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1
JČK celkem	17102	17230	16767	16798	16854	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

4

ANALÝZA POSKYTOVANÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO CÍLOVOVOU SKUPINU NA ÚZEMÍ JIHOČESKÉHO KRAJE

4.1 DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

4.2 DOMOVY PRO SENIORY

4.3 PEČOVATELSKÉ SLUŽBY

4.4 OSOBNÍ ASISTENCE

4.5 ODLEHČOVACÍ SLUŽBY

4.6 DENNÍ STACIONÁŘE

4.1 DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

ANALÝZA POKRYTÍ SLUŽBY

Domovy se zvláštním režimem tvoří klíčovou páteř pobytových služeb pro cílovou skupinu seniorů s psychiatrickým onemocněním (část z nich poskytuje tuto službu i pro osoby s demencí v mladším věku než seniorském). Z rozhovorů s poskytovateli těchto služeb vyplývá, že typickými uživateli těchto služeb jsou osoby s nějakou formou demence, které, například z důvodu dezorientace, potřebují některé z režimových opatření, která jsou v této službě nastavena.

	Název poskytovatele	Kapacita registr	Kapacita síť	Zaměření na cílovou skupinu
1	ALZHEIMER HOME z.ú., ALZHEIMER HOME České Budějovice	170	130	specializace na CS
2	ALZHEIMER HOME z.ú., ALZHEIMER HOME Loucký mlýn	69	20	specializace na CS
3	ALZHEIMER HOME z.ú., ALZHEIMER HOME PÍSEK*	34	34	specializace na CS
4	Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec, Domov seniorů Jindřichův Hradec	18	18	specializace na CS
5	CSS Emausy s.r.o., CSS Emausy	29	29	nezjištěno
6	Diakonie ČCE - středisko Blanka, Domov se zvláštním režimem - Vážka	7	7	specializace na CS
7	Domov Kunšov s.r.o., Domov Kunšov	26	0	specializace na CS
8	Domov Libnič a Centrum sociálních služeb Empatie	112	112	omezení příjmu CS
9	Domov pro seniory Dobrá Voda	45	45	specializace na CS
10	Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice, příspěvková organizace	34	34	specializace na CS
11	Domov pro seniory Chýnov	36	36	specializace na CS
12	Domov pro seniory Máj České Budějovice, příspěvková organizace	60	60	specializace na CS
13	Domov pro seniory Světlo	38	38	specializace na CS
14	Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s.	26	26	specializace na CS
15	Kotva při strakonické nemocnici, z.s. (2 služby)*	79	79	specializace na CS
16	Městský ústav sociálních služeb Strakonice, MěÚSS Strakonice - Domov se zvláštním režimem	16	16	specializace na CS
17	PORSL s.r.o., Domov Rakovice	73	0	specializace na CS
18	PREMIUM BUSINESS s.r.o., Pomněnka Protivín	59	0	specializace na CS
19	Senior house Eden s.r.o.	83	0	specializace na CS
20	G-centrum Tábor, Domov pro seniory	45	45	specializace na CS
	CELKEM	1 059 lůžek	729 lůžek	

Pro potřeby této analýzy byly v případě domovů se zvláštním režimem sledovány parametry kapacit (lůžka), jejich zařazení do krajské sítě sociálních služeb a zacílení na práci s cílovou skupinou. Na území Jihočeského kraje je pro cílovou skupinu poskytováno celkem 21 služeb DZR v celkové kapacitě 1059 lůžek, z toho je 729 lůžek zařazeno do krajské sítě sociálních služeb (celkem 4 DZR nejsou zařazeny do sítě sociálních služeb).

Z hlediska zacílení na práci s CS se 18 služeb DZR na tuto cílovou skupinu specializuje, jedna služba s ní pracuje s omezením a u jedné služby nejsou dostupné informace.

Zdroj dat: Registr poskytovatelů sociálních služeb Leden 2023, KÚ Jihočeského kraje (krajská síť pro rok 2023), výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb

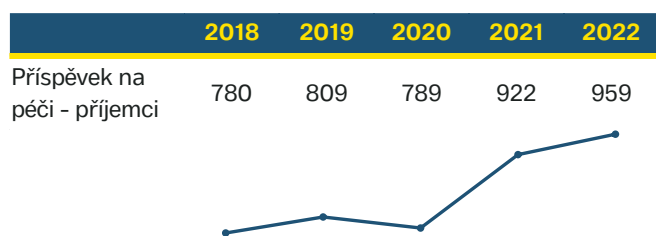
*Ukončení registrace služby k 30.4.2023.

**53 lůžek je specializováno na sledovanou cílovou skupinu.

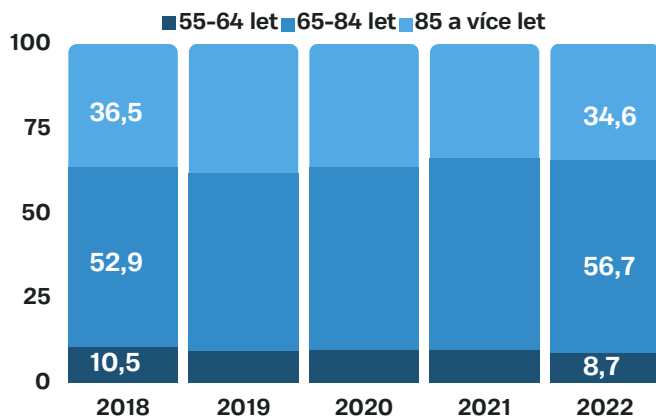
4.1 DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

ANALÝZA PNP

V absolutním vyjádření pobývalo v r. 2022 v domovech se zvláštním režimem (DZR) 959 osob seniorského věku pobírajících PNP. V porovnání s r. 2018, kdy PNP pobíralo 780, se zvýšil počet příjemců o 23 %. V letech 2020-2021 je patrný pokles počtu příjemců.

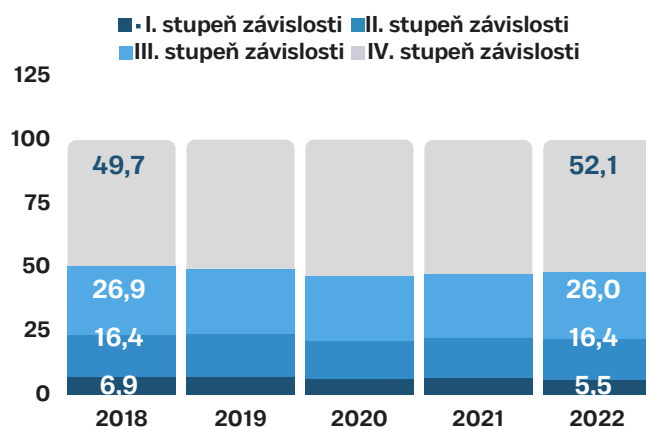


V roce 2022 představují téměř 57 % příjemců PNP seniorského věku v DZR osoby ve věku 65-84 let. Jedná se tak o téměř 4 % více než v r. 2018. Zbylé dvě věkové skupiny zaznamenaly ve sledovaném období mírný úbytek. Nejstarší věková skupina činí necelých 35 %, nejmladší naopak necelých 9 %.

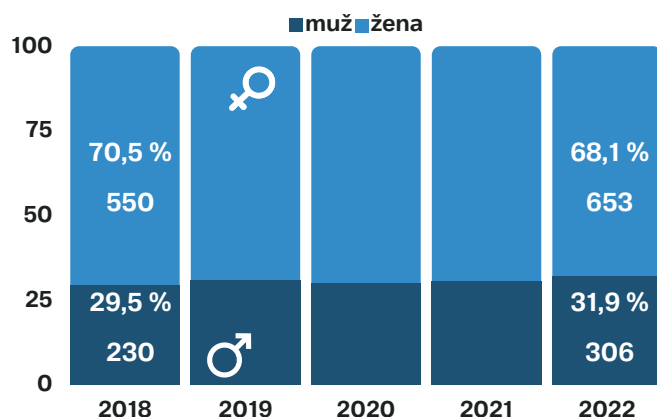


U uživatelů DZR jsou patrné stejné trendy jako u v celém Jihočeském kraji - pokračoval pokles počtu příjemců příspěvku na péči v I. stupni závislosti a i nadále rostl počet příjemců v ostatních stupních závislosti. Uvedené změny se odrazily v procentní struktuře příjemců příspěvku na péči.

Podíl příjemců PNP v I. stupni závislosti činí cca 5,5 %, naproti tomu podíl příjemců PNP ve IV. stupni závislosti je od r. 2019 nadpoloviční.



Ženy mezi příjemci PNP představují více než 2/3 uživatelů DZR. Zastoupení mužů ve sledovaném období mírně narostlo (z 29,5 % na 31,9 %).



4.1 DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

ANALÝZA PnP

V Jihočeském kraji od roku 2018 trvale roste počet příjemců příspěvku na péči seniorského věku pobývajících v DZR. Výjimku představuje meziroční pokles (2019 a 2020) způsobený epidemiologickou situací. Nárůst příjemců byl patrný u všech SO ORP Jihočeského kraje vyjma SO ORP České Budějovice, Dačice a Trhové Sviny. Nejvýrazněji narostl v SO ORP Strakonice a Kaplice (o více než 70 %).

Trvalá adresa příjemce (ORP)	PnP celkem					PnP (v %)					Změna* 2022/2018
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	
Blatná	13	16	12	13	19	1,7	2,0	1,5	1,4	2,0	146,2
Čes. Budějovice	309	309	283	302	308	39,6	38,2	35,9	32,8	32,1	99,7
Český Krumlov	25	27	29	36	33	3,2	3,3	3,7	3,9	3,4	132,0
Dačice	15	8	8	12	12	1,9	1,0	1,0	1,3	1,3	80,0
Jindř. Hradec	38	38	32	39	47	4,9	4,7	4,1	4,2	4,9	123,7
Kaplice	10	10	14	16	17	1,3	1,2	1,8	1,7	1,8	170,0
Milevsko	10	15	11	17	15	1,3	1,9	1,4	1,8	1,6	150,0
Písek	77	94	102	110	114	9,9	11,6	12,9	11,9	11,9	148,1
Prachatice	40	46	51	59	56	5,1	5,7	6,5	6,4	5,8	140,0
Soběslav	15	14	13	20	20	1,9	1,7	1,6	2,2	2,1	133,3
Strakonice	37	41	48	58	64	4,7	5,1	6,1	6,3	6,7	173,0
Tábor	104	110	98	133	145	13,3	13,6	12,4	14,4	15,1	139,4
Trhové Sviny	18	15	12	14	14	2,3	1,9	1,5	1,5	1,5	77,8
Třeboň	27	24	29	36	33	3,5	3,0	3,7	3,9	3,4	122,2
Týn n. V.	13	12	11	18	20	1,7	1,5	1,4	2,0	2,1	153,8
Vimperk	9	7	11	10	13	1,2	0,9	1,4	1,1	1,4	144,4
Vodňany	20	23	25	29	29	2,6	2,8	3,2	3,1	3,0	145,0
JČK celkem	780	809	789	922	959	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	122,9

Pozn. *Změna spočtena prostřednictvím indexu změny. Výpočet je následující: PnP celkem v daném ORP v r. 2022 / PnP celkem v daném ORP v r. 2018 * 100.

Zdroj dat: MPSV 2023, vlastní zpracování

4.1 DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

ANALÝZA DAT Z OK SYSTÉMU

V tabulkách a grafech níže je uveden přehled a struktura uživatelů (dle věku, pohlaví a přiznaného stupně závislosti) služeb domovů se zvláštním režimem poskytovaných v Jihočeském kraji v roce 2021.

Celkový počet uživatelů DZR v roce 2021 činil 1003 osob*. Ve struktuře uživatelů je zřetelně vyšší zastoupení žen (65,4 % podíl). Věkový průměr uživatelů se výrazně liší u žen (80,4 roku) a u mužů (73,5 roku).

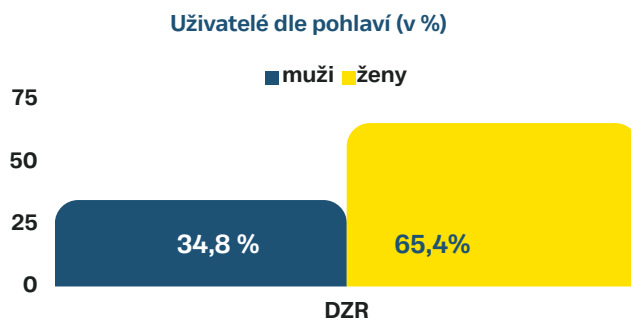
	DZR
Celkem uživatelů	1 003
Průměrný věk	78,1
- muži	73,5
- ženy	80,4

Struktura uživatelů DZR poskytovaných v Jihočeském kraji - z hlediska trvalého bydliště uživatelů před vstupem do služby dle okresů. Zařazeny jsou okresy s více než 10 uživateli. Pětici "zdrojových" okresů v případě DZR tvoří okresy Jihočeského kraje: České Budějovice, Písek, Strakonice, Tábor a Prachatice (více jak 80 uživatelů)*.

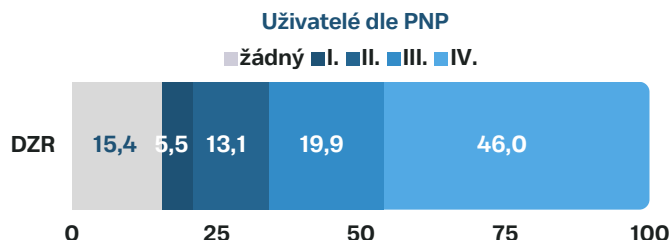
Trvalé bydliště uživatelů v Jihočeském kraji (před vstupem do služby) dle okresů - zařízení sídlící v JČK

Okres	DZR
České Budějovice	347
Písek	129
Strakonice	99
Tábor	94
Prachatice	81
Jindřich. Hradec	42
Příbram	24
Český Krumlov	20
Praha-východ	18
Praha-západ	17
Pelhřimov	4
Hl. m. Praha	4

Téměř 2/3 uživatelů DZR v Jihočeském kraji tvoří ženy*.



V DZR výrazně převažovala skupina uživatelů se IV. (46 %) a III. (20 %) stupněm PNP. Bez přiznaného PNP bylo více než 15 % uživatelů (nejvýrazněji se na tomto počtu uživatelů bez PNP podílí Senior House Eden s.r.o.)*.



*Nejsou k dispozici data za Domov Kunšov s.r.o.
Zdroj dat: OK systém, vlastní zpracování

4.2 DOMOVY PRO SENIORY

ANALÝZA POKRYTÍ SLUŽBY

Cílová skupina osob v seniorském věku s psychiatrickým onemocněním je uživatelem služeb v domovech pro seniory. Významně se však liší přístup jednotlivých zařízení k nastavení kontraindikací pro vstup zájemců do služby. Typickým uživatelem této služby (z hlediska zkoumané cílové skupiny) je imobilní senior, který svými projevy neohrožuje ostatní uživatele a personál.

	Název poskytovatele	Kapacita registr	Kapacita síť	Zaměření na cílovou skupinu
1	BH - Nemocnice Vimperk a. s.	23	23	poskytuje pro CS
2	Centrum sociální pomoci Vodňany	80	80	poskytuje pro CS
3	Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec, Domov seniorů Třeboň	72	72	poskytuje pro CS
4	Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec, Domov seniorů Jindřichův Hradec	99	99	poskytuje pro CS
5	Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec, Domov seniorů České Velenice	66	66	poskytuje pro CS
6	Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec, Domov seniorů Dačice	73	73	poskytuje pro CS
7	Centrum sociálních služeb Staroměstská České Budějovice, příspěvková organizace	145	145	poskytuje pro CS
8	CSS Emausy s.r.o.	29	29	nezjištěno
9	Czech one Prague s.r.o., Czech one Prague - Dům pro seniory Wágnerka	71	71	poskytuje pro CS
10	Diakonie ČCE - středisko Blanka, Domov pro seniory - Domovinka	34	34	poskytuje pro CS
11	Domov pro seniory Dobrá Voda	253	253	poskytuje pro CS
12	Domov důchodců Horní Planá	100	100	poskytuje pro CS
13	Domov důchodců "U Zlatého kohouta"	60	60	poskytuje pro CS
14	Domov pro seniory	89	89	poskytuje pro CS
15	Domov pro seniory Bechyně	122	122	poskytuje pro CS
16	Domov pro seniory Horní Stropnice	47	47	poskytuje pro CS
17	Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice, příspěvková organizace	240	240	poskytuje pro CS
18	Domov pro seniory Chýnov	81	81	poskytuje pro CS
19	Domov pro seniory Kaplice	54	54	poskytuje pro CS
20	Domov pro seniory Máj České Budějovice, příspěvková organizace	115	115	poskytuje pro CS
21	Domov pro seniory Pohoda	84	84	poskytuje pro CS
22	Domov pro seniory Stachy - Kůsov	90	90	poskytuje pro CS
23	Domov pro seniory Světlo	143	143	poskytuje pro CS
24	Domov pro seniory Vacov a.s.*	27	0	nezjištěno
25	Domov seniorů Mistra Křišťana Prachatice	90	90	omezení příjmu CS
26	G-centrum Tábor, Domov pro seniory	143	143	poskytuje pro CS
27	Charita Prachatice-Vimperk, Dům klidného stáří Pravětín	36	36	poskytuje pro CS

*MPSV vydalo rozhodnutí o odebrání registrace poskytovateli, ukončení poskytování služby k 10.5.2023.

Zdroj dat: Registr poskytovatelů sociálních služeb Leden 2023, KÚ Jihočeského kraje (krajská síť pro rok 2023), výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb

4.2 DOMOVY PRO SENIORY

ANALÝZA POKRYTÍ SLUŽBY

Název poskytovatele	Kapacita registr	Kapacita síť	Zaměření na cílovou skupinu
28 Charita Strakonice, Dům klidného stáří sv. Anny	30	30	omezení příjmu CS
29 Marie Sporková, SENIORRESIDENZ	27	0	nezjištěno
30 Městský ústav sociálních služeb Strakonice, MěÚSS Strakonice - Domov pro seniory	104	104	poskytuje pro CS
31 Městský ústav sociálních služeb Strakonice, MěÚSS Strakonice - Domov pro seniory	70	70	poskytuje pro CS
32 SeneCura SeniorCentrum Písek a.s., Domov pro seniory	103	103	nezjištěno
33 Senior-dům Soběslav	100	100	poskytuje pro CS
34 Sociální služby Města Milevska, příspěvková organizace	78	78	poskytuje pro CS
35 TEP, centrum sociálních služeb Veselí nad Lužnicí, Domov pro seniory	65	65	poskytuje pro CS
CELKEM	3 043 lůžek	2 989 lůžek	27 poskytuje pro CS
			3 omezení příjmu CS

V případě domovů pro seniory byly, stejně jako u domovů se zvláštním režimem, pro potřeby této analýzy sledovány parametry kapacit (lůžka), jejich zařazení do krajské sítě sociálních služeb a zacílení na práci s cílovou skupinou.

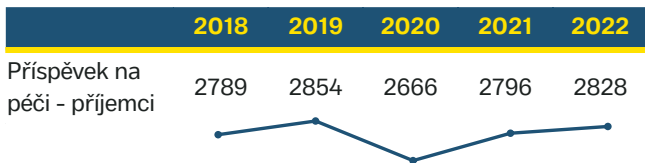
Na území Jihočeského kraje působí 35 domovů pro seniory (ve 37 zařízeních) v celkové kapacitě 3 043 lůžek, z toho je 2 989 lůžek zařazeno do krajské sítě sociálních služeb.

Část domovů pro seniory poskytuje péči i seniorům s psychiatrickým onemocněním (27 služeb). Pro vstup zájemců o službu z této cílové skupiny do služeb musí být splněny základní podmínky, které spočívají ve schopnosti těchto zájemců dodržovat pravidla kolektivního soužití. Nesmí docházet k ohrožení samotného uživatele, dalších uživatelů a personálu. V praktické rovině je proto klíčovým kritériem mobilita žadatele. Vzhledem ke skutečnosti, že průměrný věk uživatelů v DPS je 85 let, jsou uživateli těchto služeb z cílové skupiny seniorů s psychiatrickým onemocněním osoby upoutané na lůžko (imobilní). 3 služby uvedly omezení příjmu zájemců z cílové skupiny a u 6ti služeb se nepodařilo získat data.

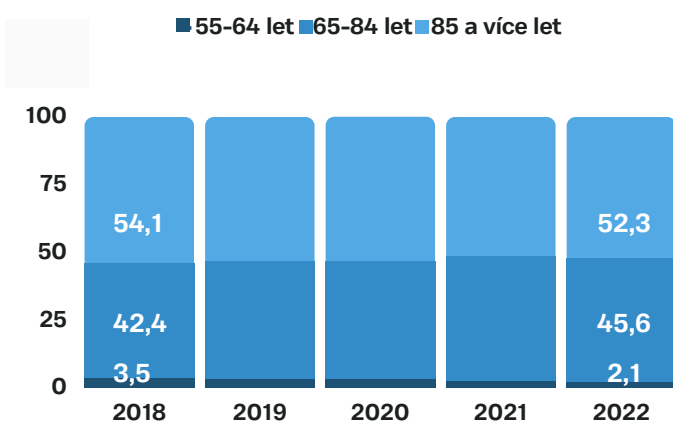
4.2 DOMOVY PRO SENIORY

ANALÝZA PNP

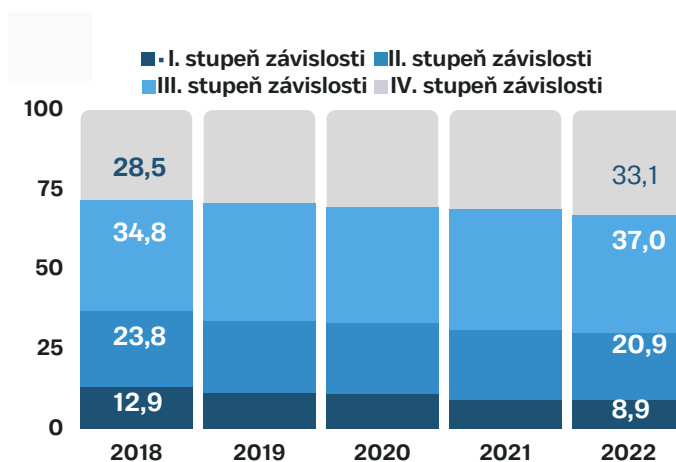
V r. 2022 pobíralo příspěvek na péči (PNP) téměř 2,9 tis. osob pobývajících v domovech pro seniory v Jihočeském kraji. Ve sledovaném období tak došlo pouze k mírnému nárůstu počtu příjemců v těchto pobytových zařízeních, přičemž mezi 2019-2020 je patrný meziroční pokles - vlivem COVID-19.



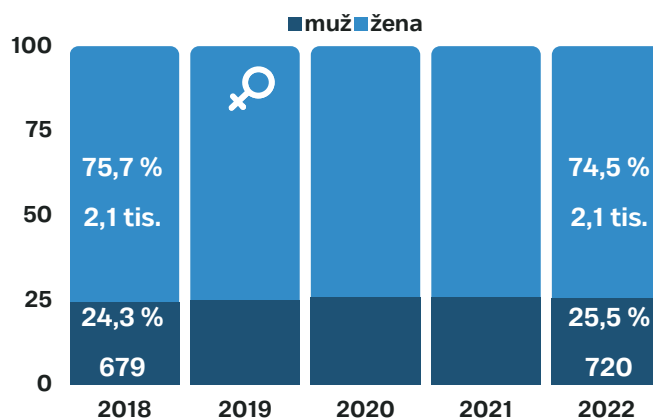
Z hlediska věku převládají v DPS příjemci ve věkové kategorii 85 a více let - představují nadpoloviční většinu. Mírně se v čase navýšila skupina 65-84 let (45,6 % v r. 2022), a to na úkor ostatních věkových kategorií. Dané odpovídá stávajícím trendům - kdy klienty DPS jsou stále vyšší věkové ročníky, které logicky potřebují vyšší stupeň pomoci.



Ve struktuře příjemců pobývajících v DPS lze pozorovat obdobné změny jako u příjemců PNP v seniorském věku v Jihočeském kraji. I nadále pokračoval pokles podílu příjemců příspěvku na péči v I. stupni závislosti (v r. 2022 poklesl pod 9 %) i v II. stupni (na cca 21 %). Naopak po celé sledované období rostlo zastoupení příjemců příspěvku na péči ve III. a ve IV. stupni závislosti (zde s výjimkou r. 2020). Oba poslední zmiňované stupně se pohybují nad úrovní jedné třetiny.



Sedm z deseti příjemců tohoto příspěvku v DPS byly ženy, tj. ze tří čtvrtin převažovaly v DPS ženy oproti mužům. Zastoupení mužů mezi lety 2018-2022 mírně vzrostlo - na více než čtvrtinu.



4.2 DOMOVY PRO SENIORY

ANALÝZA PNP

Z pohledu správních obvodů ORP bylo nejvíce příjemců PNP v DPS evidováno v SO ORP: České Budějovice, Tábor a Písek. Mezi lety 2018-2022 mírně narostl počet příjemců PNP v seniorském věku pobývajících v domovech pro seniory ve všech ORP Jihočeského kraje vyjma následujících pěti SO ORP: Kaplice, Soběslav, Třeboň, Vimperk a Vodňany.

Trvalá adresa příjemce (ORP)	PnP celkem					PnP (v %)					Změna 2022/2018
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	
Blatná	88	84	85	85	88	3,2	2,9	3,2	3,0	3,1	100,0
Čes. Budějovice	693	692	658	696	707	24,8	24,2	24,7	24,9	25,0	102,0
Český Krumlov	146	156	148	157	152	5,2	5,5	5,6	5,6	5,4	104,1
Dačice	62	68	62	65	63	2,2	2,4	2,3	2,3	2,2	101,6
Jindř. Hradec	142	140	141	144	160	5,1	4,9	5,3	5,2	5,7	112,7
Kaplice	70	72	64	64	60	2,5	2,5	2,4	2,3	2,1	85,7
Milevsko	57	61	68	68	66	2,0	2,1	2,6	2,4	2,3	115,8
Písek	259	265	243	261	271	9,3	9,3	9,1	9,3	9,6	104,6
Prachatice	182	186	161	176	185	6,5	6,5	6,0	6,3	6,5	101,6
Soběslav	145	155	130	132	141	5,2	5,4	4,9	4,7	5,0	97,2
Strakonice	210	226	211	216	213	7,5	7,9	7,9	7,7	7,5	101,4
Tábor	332	332	307	341	334	11,9	11,6	11,5	12,2	11,8	100,6
Trhové Sviny	79	88	78	76	82	2,8	3,1	2,9	2,7	2,9	103,8
Třeboň	107	108	102	107	101	3,8	3,8	3,8	3,8	3,6	94,4
Týn nad Vltavou	39	36	30	36	39	1,4	1,3	1,1	1,3	1,4	100,0
Vimperk	114	120	111	110	105	4,1	4,2	4,2	3,9	3,7	92,1
Vodňany	64	65	67	62	61	2,3	2,3	2,5	2,2	2,2	95,3
JČK celkem	2789	2854	2666	2796	2828	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	101,4

Pozn. *Změna spočtena prostřednictvím indexu změny. Výpočet je následující: PNP celkem v daném ORP v r. 2022 / PNP celkem v daném ORP v r. 2018 * 100.

Zdroj dat: MPSV 2023, vlastní zpracování

4.2 DOMOV PRO SENIORY

ANALÝZA DAT Z OK SYSTÉMU

V tabulkách a grafech níže je uveden přehled a struktura uživatelů (dle věku, pohlaví a přiznaného stupně závislosti) služeb domovů se zvláštním režimem poskytovaných v Jihočeském kraji v roce 2021.

Celkový počet uživatelů DPS v roce 2021 činil 3758 osob*. Ve struktuře uživatelů je zřetelně vyšší zastoupení žen (73,3 % podíl). Věkový průměr uživatelů se výrazně liší u žen (86,6 roku) a u mužů (80,6 roku). Jde o vyšší průměrný věk než v DZR.

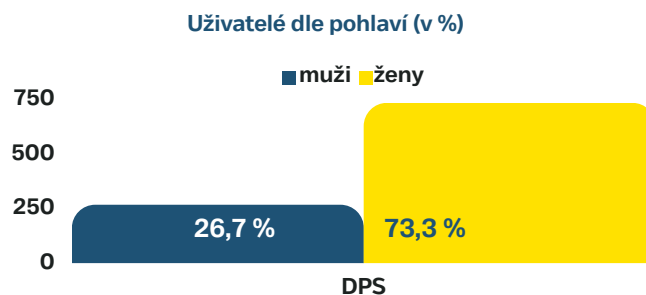
	DPS
Celkem uživatelů	3 758
Průměrný věk	85,0
- muži	80,6
- ženy	86,6

Struktura uživatelů DPS poskytovaných v Jihočeském kraji - z hlediska trvalého bydliště uživatelů před vstupem do služby dle okresů. Zařazeny jsou okresy s více než 10 uživateli. Pětici "zdrojových" okresů v případě DPS tvoří okresy Jihočeského kraje: České Budějovice, Tábor, Strakonice, Písek a Jindřichův Hradec*.

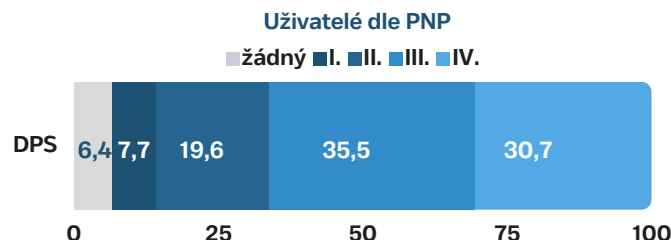
Trvalé bydliště uživatelů v Jihočeském kraji (před vstupem do služby) dle okresů - zařízení sídlící v JČK

	DPS
České Budějovice	1087
Tábor	500
Strakonice	461
Písek	423
Jindřich. Hradec	395
Prachatice	341
Český Krumlov	278
Příbram	68
Klatovy	36
Praha-východ	24
Pelhřimov	13
Plzeň-jih	13

Při srovnání s DZR je podíl žen v DPS je vyšší a výrazně převyšuje podíl mužů (cca 1/4).



V DPS převažuje skupina uživatelů se III. (36 %) a IV. (31 %) stupněm PNP. Bez přiznaného PNP bylo 6 % uživatelů (nejvýrazněji se na tomto počtu uživatelů bez PNP podílí Domov pro seniory Vacov a.s.)*.



Struktura uživatelů pobytových zařízení sídlících mimo Jihočeský kraj, přičemž tito uživatelé měli trvalé bydliště v Jihočeském kraji. V případě DPS dominoval okres České Budějovice. Ostatní okresy mají marginální zastoupení (v řádech jednotek).

Trvalé bydliště uživatelů DPS mimo území Jihočeského kraje (před vstupem do služby) dle okresů

	DPS
Písek	2
Jindřichův Hradec	2
České Budějovice	48
Strakonice	2
Tábor	1

*Nejsou k dispozici data za TEP, centrum sociálních služeb Veselí nad Lužnicí a Marie Sporková (Seniorresidenz).
Zdroj dat: OK systém, vlastní zpracování

4.3 PEČOVATELSKÁ SLUŽBA

ANALÝZA POKRYTÍ SLUŽBY

Potenciál pečovatelské služby v oblasti péče o osoby s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku je velký. Pro jeho využití je vhodné zvyšovat časovou a místní dostupnost v kombinaci se zvyšováním odborných kompetencí pracovníků v sociálních službách. Pečovatelské služby mohou rovněž významným způsobem přispět k rozvoji podpory neformálně pečujících.

Název poskytovatele	Víkendy	Forma	Zaměření na cílovou skupinu
1 ARCHA Borovany, o. p. s.	ANO	terénní	specializace na CS
2 Borůvka, Borovany spolek	NE	terénní	poskytuje pro CS
3 Centrum sociální pomoci Vodňany	NE	terénní	poskytuje pro CS
4 Centrum sociálních služeb Staroměstská České Budějovice, příspěvková organizace	ANO	terénní	poskytuje pro CS
5 Diakonie ČCE - středisko Blanka	ANO	terénní	specializace na CS
6 Domov pro seniory (Blatná)	ANO	terénní, ambulantní	poskytuje pro CS
7 Domov pro seniory Pohoda	NE	terénní	poskytuje pro CS
8 Domovy KLAS, o.p.s.	NE	terénní	poskytuje pro CS
9 Dům s pečovatelskou službou Planá nad Lužnicí, okres Tábor, příspěvková organizace	ANO	terénní	poskytuje pro CS
10 G-centrum Tábor	ANO	terénní	poskytuje pro CS
11 Charita České Budějovice	ANO	terénní	poskytuje pro CS
12 Charita Kaplice	NE	terénní	poskytuje pro CS
13 Charita Písek (Milevsko)	ANO	terénní	poskytuje pro CS
14 Charita Písek (Písek)	ANO	terénní	poskytuje pro CS
15 Charita Prachatice-Vimperk	ANO	terénní	poskytuje pro CS
16 Charita Strakonice	ANO	terénní	poskytuje pro CS
17 Charita Třeboň	ANO	terénní	poskytuje pro CS
18 Charita Týn nad Vltavou	ANO	terénní	poskytuje pro CS
19 Chelčický domov sv. Linharta, o.p.s.	NE	terénní	poskytuje pro CS
20 Ledax o.p.s.	ANO	terénní	specializace na CS
21 Město Bechyně	NE	terénní	poskytuje pro CS
22 Město Horní Planá	NE	terénní	neposkytuje pro CS
23 Město Chýnov	NE	terénní	poskytuje pro CS
24 Město Mladá Vožice	NE	terénní	poskytuje pro CS
25 Město Nová Bystřice	NE	terénní	poskytuje pro CS
26 Město Protivín	NE	terénní	poskytuje pro CS
27 Město Sezimovo Ústí	NE	terénní	poskytuje pro CS
28 Město Suchdol nad Lužnicí	NE	terénní	poskytuje pro CS
29 Město Větřní	NE	terénní	poskytuje pro CS
30 Město Vyšší Brod	NE	terénní	poskytuje pro CS
31 Městské středisko sociálních služeb	ANO	terén, ambulantní	poskytuje pro CS
32 Městský ústav sociálních služeb Strakonice	ANO	terénní	poskytuje pro CS

4.3 PEČOVATELSKÁ SLUŽBA

ANALÝZA POKRYTÍ SLUŽBY

Název poskytovatele	Víkendy	Forma	Zaměření na cílovou skupinu
33 Městys Křemže	NE	terénní	poskytuje pro CS
34 MUDr. Bernotová Ludmila	ANO	terénní	nezjištěno
35 Obec Brloh	NE	terénní	poskytuje pro CS
36 Obec Loučovice	NE	terénní	poskytuje pro CS
37 Oblastní spolek Českého červeného kříže České Budějovice	ANO	terénní	nezjištěno
38 RESIDENT 2000 o.p.s.	ANO	terénní	specializace na CS
39 SENIOR HOME GROUP s.r.o.	ANO	terénní	neposkytuje pro CS
40 Senior servis CB s.r.o.	ANO	terénní	poskytuje pro CS
41 Senior-dům Soběslav	NE	terénní	poskytuje pro CS
42 SLUNCE, Pečovatelská služba s.r.o.	ANO	terénní	poskytuje pro CS
43 Sociální služby Města Milevska, příspěvková organizace	ANO	terénní, ambulantní	poskytuje pro CS
44 Sociální služby městyse Borotín	NE	terénní	poskytuje pro CS
45 Sociální služby SOVY obecně prospěšná společnost	ANO	terénní	poskytuje pro CS
46 TEP, centrum sociálních služeb Veselí nad Lužnicí	ANO	terénní	poskytuje pro CS

CELKEM pracující o víkendech a svátcích	25	3 specializace pro CS
CELKEM terénní forma	46	38 poskytuje pro CS
CELKEM ambulantní forma	3	2 neposkytuje pro CS

Z hlediska pokrytí potřeb péče o cílovou skupinu seniorů s psychiatrickým onemocněním v domácím prostředí a rovněž potřeb pečujících osob v oblasti sladění osobního a pracovního života s péčí o blízkého považují autoři za klíčovou časovou a místní (zjištění k místní dostupnosti jsou uvedena v rámci kapitoly č. 7) dostupnost terénních služeb sociální péče nejen v běžné pracovní době, ale i ve večerních hodinách, o svátcích a víkendech. Na území Jihočeského kraje je poskytováno celkem 46 pečovatelských služeb. Pouze 25 z nich působí o svátcích a víkendech. Ve velké většině pečovatelské služby poskytované přímo městy a obcemi své služby o víkendech a svátcích neposkytují. Všechny pečovatelské služby jsou poskytovány v terénní formě, ve třech případech jsou poskytovány rovněž v ambulantní formě.

Počty zájemců o péči z cílové skupiny seniorů s psychiatrickým onemocněním se, dle výstupů z individuálních rozhovorů s poskytovateli těchto služeb, zvyšují a jedná se jednoznačně o aktuální trend, který nebyl zástupci samotných služeb pozorován před 10-ti lety. Je zřejmé, že pro zajištění kvalitní péče o tuto cílovou skupinu v domácím prostředí bude v nejbližší budoucnosti důležité kompletní zasíťování těchto služeb ve všech obcích Jihočeského kraje (zajištění místní dostupnosti) a rovněž sladění s potřebami neformálně pečujících (zajištění časové dostupnosti). Důležitou oblastí rozvoje v nejbližší budoucnosti bude rovněž nastavení kvalitního systému podpory neformálně pečujících, přičemž pečovatelské služby budou v této oblasti jedním z nejdůležitějších aktérů. Celkem 41 poskytovatelů uvedlo, že pracuje s cílovou skupinou, z toho 3 služby uvedly, že se jedná o převládající CS. Pouze dvě služby s CS nepracují, u 2 služeb se nepodařilo získat informace.

4.3 PEČOVATELSKÁ SLUŽBA

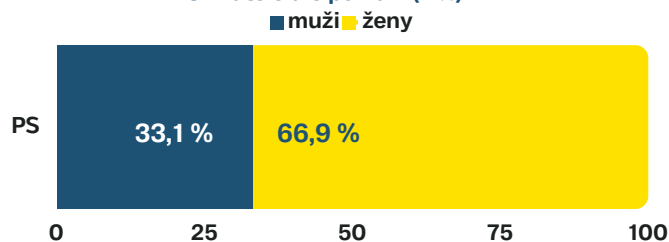
ANALÝZA DAT Z OK SYSTÉMU

V tabulkách níže je uveden přehled uživatelů pečovatelské služby v Jihočeském kraji za rok 2021*.

Pečovatelská služba je mnohonásobně více využívána než osobní asistence. Celkem pečovatelskou službu využilo 8241 uživatelů v r. 2021, z toho více než dvě třetiny představovaly ženy.

Průměrný věk uživatelů pečovatelské služby činil 79 let. Obdobně jako u ostatních analyzovaných sociálních služeb byl průměrný věk mužů (76,6 let) nižší než žen (80,3 let).

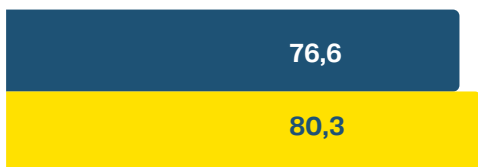
Uživatelé dle pohlaví (v %)



	PS	CELKEM
Celkem uživatelů	8241	8658
Podíl žen (v %)	66,9	66,8

Průměrný věk

■ muži ■ ženy



Průměr

79,0

*Nejsou k dispozici data za TEP a Sociální služby SOVY obecně prospěšná společnost
Zdroj dat: OK systém, vlastní zpracování

Služby osobní asistence mají za cíl podpořit péči v domácím prostředí, z tohoto důvodu je důležité sledovat jejich místní a časovou dostupnost. Pro potřeby této analýzy bylo pracováno pouze se službami osobní asistence, které pracují s cílovou skupinou seniorů.

Název poskytovatele	Víkendy	Zaměření na cílovou skupinu
1 Asistence Pomoc a Péče Slunečnice, z. ú.	ANO	nezjištěno
2 Diecézní charita Brno	ANO	poskytuje pro CS
3 Hospicová péče sv. Kleofáše, o.p.s.	NE	poskytuje pro CS
4 Charita České Budějovice	ANO	poskytuje pro CS
5 Charita Strakonice	ANO	poskytuje pro CS
6 ICOS Český Krumlov, o.p.s.	ANO	poskytuje pro CS
7 Jihočeské centrum pro zdravotně postižené a seniory o.p.s.	ANO	poskytuje pro CS
8 KreBul, o.p.s.	NE	neposkytuje pro CS
9 Ledax o.p.s.	ANO	poskytuje pro CS
10 MESADA, z. s.	NE	nezjištěno
11 Muži a ženy, o.p.s.	ANO	neposkytuje pro CS
CELKEM pracující o víkendech a svátcích	7	7 poskytuje pro CS
CELKEM	10	2 neposkytuje pro CS

Obdobně jako u pečovatelské služby byly v případě osobní asistence sledovány parametry časové dostupnosti o víkendech a svátcích a zacílení na práci s cílovou skupinou. Na území Jihočeského kraje je celkem 10 služeb osobní asistence pro cílovou skupinu seniorů, z nichž 7 je pracuje o svátcích a víkendech. 7 služeb poskytuje své služby cílové skupině, 2 tyto služby cílové skupině neposkytují, u dvou služeb se nepodařilo tento údaj zjistit.

Z poznatků získaných během individuálních rozhovorů s poskytovateli sociálních služeb vyplývá, že pro kvalitní zajištění péče o seniory s psychiatrickým onemocněním v domácím prostředí a sdílení péče sociálních služeb a neformálních pečujících je vhodná spolupráce a synergie osobní asistence s pečovatelskou službou a rovněž vhodné doplnění odlehčovacích služeb.

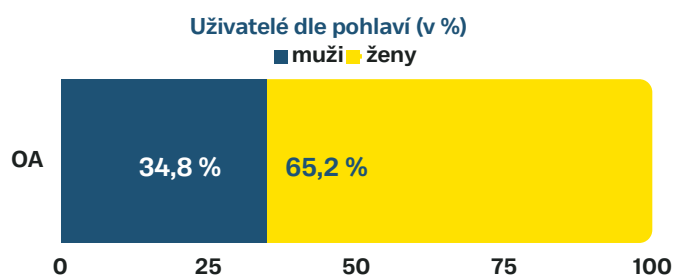
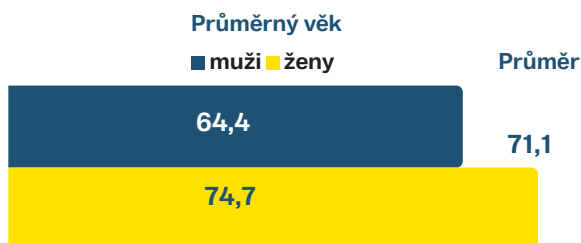
4.4 OSOBNÍ ASISTENCE

ANALÝZA DAT Z OK SYSTÉMU

V tabulkách níže je uveden přehled uživatelů osobní asistence v seniorském věku v Jihočeském kraji za rok 2021.

Osobní asistenci využilo v roce 2021 471 uživatelů v seniorském věku, což je více jak 17 ti násobně méně, než v případě pečovatelské služby. Obdobně jako v případě pečovatelské služby tvořily přibližně dvě třetiny uživatelů ženy.

Průměrný věk uživatelů osobní asistence činil 71,09 let. Průměrný věk mužů byl 64,4 let a žen 74,7 let. Jde o nejnižší věkový průměr ze všech sledovaných sociálních služeb.



Celkem uživatelů	417
Podíl žen (v %)	65,2

4.5 ODLEHČOVACÍ SLUŽBA

ANALÝZA POKRYTÍ SLUŽBY

Důležitou sociální službou pro podporu setrvání osob v seniorském věku s psychiatrickým onemocněním v domácím prostředí jsou odlehčovací služby. Pro potřeby této analýzy bylo pracováno pouze s odlehčovacími službami, které pracují s cílovou skupinou seniorů s psychiatrickým onemocněním. Do výčtu jsou zařazeny i odlehčovací služby, které poskytují paliativní a hospicovou péči. Jejich hlavním cílem je však poskytovat podporu umírajícím a jejich rodinným příslušníkům.

Název poskytovatele	Víkendy	Forma	Zaměření na cílovou skupinu
1 Domácí hospic Athelas - středisko Husitské diakonie	NE	terénní	poskytuje pro CS
2 Domácí hospic Jordán, o.p.s.	NE	terénní	poskytuje pro CS
3 Domácí péče Dačice s.r.o.	NE	terénní	poskytuje pro CS
4 Domov důchodců "U Zlatého kohouta"	-	pobytová (6 lůžek)	poskytuje pro CS
5 Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice, příspěvková organizace	-	pobytová (6 lůžek)	poskytuje pro CS
6 Domov pro seniory Máj České Budějovice, příspěvková organizace	-	pobytová (24 lůžek)	poskytuje pro CS
7 G-centrum Tábor	-	pobytová (5 lůžek)	poskytuje pro CS
8 G-centrum Tábor	-	pobytová (5 lůžek)	poskytuje pro CS
9 Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. (Český Krumlov)	ANO	terénní	neposkytuje pro CS
10 Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. (Prachatice)	ANO	terénní	neposkytuje pro CS
11 Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. (Strakonice)	ANO	terénní	neposkytuje pro CS
12 Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. (České Budějovice)	ANO	terénní	neposkytuje pro CS
13 Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. (Prachatice)	-	pobytová (11 lůžek)	neposkytuje pro CS
14 Hospicová péče sv. Kleofáše, o.p.s.	NE	terénní	poskytuje pro CS
15 Ledax o.p.s.	ANO	terénní	poskytuje pro CS
16 Sociální služby Města Milevska, příspěvková organizace	-	pobytová (4 lůžek)	poskytuje pro CS
17 Sociální služby SOVY obecně prospěšná společnost	-	pobytová (25 lůžek), ambulantní	poskytuje pro CS
CELKEM	17		12 poskytuje pro CS
CELKEM terénní	9		5 neposkytuje pro CS
CELKEM pobytové	8		
CELKEM ambulantní	1		

V případě odlehčovacích služeb byly sledovány parametry formy péče a jejich zacílení na práci s cílovými skupinami. U terénních služeb se autoři zaměřili na časovou dostupnost těchto služeb (kapacita je poskytovateli uváděna v různých jednotkách) a u pobytové formy na kapacitu (počet lůžek). Potenciálně je pro osoby v seniorském věku s psychiatrickým onemocněním na území Jihočeského kraje k dispozici 17 odlehčovacích služeb. Z toho je 9 služeb poskytováno v terénní formě (6 z toho o víkendech a svátcích), 8 v pobytové formě a jedna v ambulantní formě. 12 služeb poskytuje své služby cílové skupině, 5 služeb uvedlo, že s touto cílovou skupinou nepracuje.

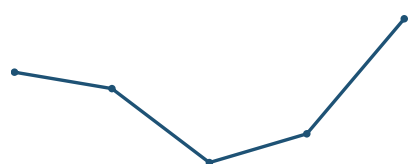
Celkem 9 odlehčovacích služeb se výhradně zaměřuje na paliativní a hospicovou péči, která je primárně zaměřena na pomoc umírajícím a péče o seniory s psychiatrickým onemocněním není pro tyto služby prioritní.

4.5 ODLEHČOVACÍ SLUŽBA POBYTOVÁ FORMA

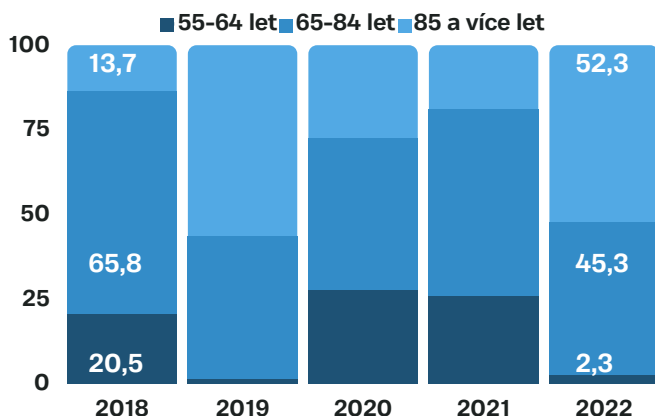
ANALÝZA PNP

Odlehčovací služby v pobytových zařízeních se vyznačovaly nižším počtem uživatelů oproti předchozím analyzovaným službám, což se odráží i v počtu příjemců PNP. PNP pobíralo v r. 2022 86 uživatelů této pobytové služby, v r. 2018 jich bylo 78.

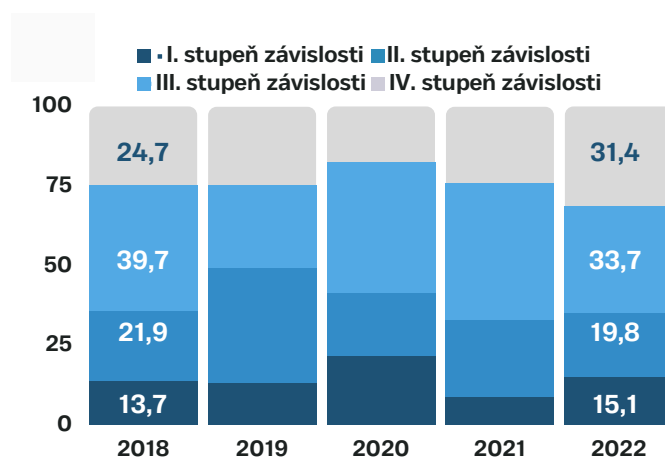
	2018	2019	2020	2021	2022
Příspěvek na péči - příjemci	73	69	51	58	86



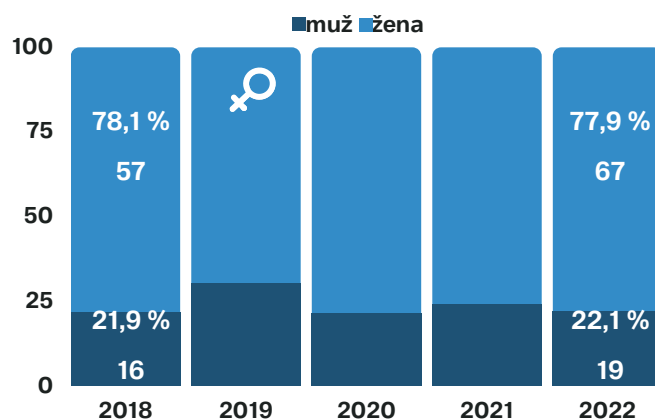
Struktura příjemců příspěvku na péči podle věku v odlehčovacích službách v pobytových zařízeních se ve sledovaném pětiletém období výrazně proměnila. Z celkového počtu uživatelů této pobytové služby činily v r. 2018 více než dvě třetiny příjemci PnP ve věkové kategorii 65-84 let, do r. 2022 poklesl jejich podíl na 45 %. Naopak výrazný nárůst zaznamenala nejvyšší věková kategorie - z cca 16 % narostla na více než polovinu. Nejmladší seniorská kategorie enormně poklesla z 20,5 % v r. 2018 na 2,4 % v r. 2022.



Struktura příjemců příspěvku na péči v odlehčovacích službách v pobytových zařízeních podle stupně závislosti ukazuje, že o pobytové sociální služby žádaly a využívaly je častěji osoby s těžkým nebo úplným stupněm závislosti. Podíl příjemců příspěvku na péči v tomto typu zařízení s lehkou závislostí činil 15,1 %, se středně těžkou závislostí 19,8 %, s těžkou závislostí 33,7 % a s úplnou závislostí 31,4 %.



Podíl žen s příspěvkem na péči v odlehčovacích službách v pobytových zařízeních dosáhl téměř 80 % v porovnání s muži v r. 2022.



4.5 ODLEHČOVACÍ SLUŽBA POBYTOVÁ FORMA

ANALÝZA PNP

Odlehčovací služby v pobytových zařízeních mají nejméně příjemců PnP ze všech analyzovaných pobytových sociálních služeb, což je dáno i výrazně nižší kapacitou této služby. I u této služby je však možné pozorovat stejné trendy - tj. trvalý růst vyjma meziročního poklesu v r. 2020. V SO ORP Tábor došlo ke zdvojnásobení počtu příjemců PnP v těchto zařízeních, naopak v SO ORP Český Krumlov a SO ORP Trhové Sviny je pozorován více než třetinový pokles. Z regionálního pohledu je také zajímavé nulové zastoupení příjemců PnP ve čtyřech SO ORP v r. 2022, v r. 2018 bylo těchto SO ORP sedm.

Trvalá adresa příjemce (ORP)	PnP celkem					PnP (v %)					Změna 2022/2018
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	
Blatná	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
Čes. Budějovice	34	30	19	23	40	46,6	43,5	37,3	39,7	46,5	117,6
Český Krumlov	15	11	11	15	10	20,5	15,9	21,6	25,9	11,6	66,7
Dačice	1	0	0	2	1	1,4	0,0	0,0	3,4	1,2	100,0
Jindř. Hradec	0	0	0	1	3	0,0	0,0	0,0	1,7	3,5	-
Kaplice	3	3	4	3	3	4,1	4,3	7,8	5,2	3,5	100,0
Milevsko	5	3	3	2	4	6,8	4,3	5,9	3,4	4,7	80,0
Písek	0	1	3	0	1	0,0	1,4	5,9	0,0	1,2	-
Prachatice	4	3	1	4	5	5,5	4,3	2,0	6,9	5,8	125,0
Soběslav	0	1	1	0	1	0,0	1,4	2,0	0,0	1,2	-
Strakonice	2	1	0	0	0	2,7	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Tábor	5	6	7	4	10	6,8	8,7	13,7	6,9	11,6	200,0
Trhové Sviny	3	1	0	0	2	4,1	1,4	0,0	0,0	2,3	66,7
Třeboň	0	5	2	2	4	0,0	7,2	3,9	3,4	4,7	-
Týn nad Vltavou	0	0	0	2	2	0,0	0,0	0,0	3,4	2,3	-
Vimperk	0	2	0	0	0	0,0	2,9	0,0	0,0	0,0	-
Vodňany	1	2	0	0	0	1,4	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0
JČK celkem	73	69	51	58	86	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	117,8

Pozn. *Změna spočtena prostřednictvím indexu změny. Výpočet je následující: PnP celkem v daném ORP v r. 2022 / PnP celkem v daném ORP v r. 2018 * 100. Zdroj dat: MPSV 2023, vlastní zpracování

4.6 DENNÍ STACIONÁŘ

ANALÝZA POKRYTÍ SLUŽBY

Denní stacionáře mají za cíl podporu péče v domácím prostředí. Pro potřeby této analýzy bylo pracováno pouze s denními stacionáři, které pracují s cílovou skupinou seniorů s psychiatrickým onemocněním.

Název poskytovatele	Kapacita	Zaměření na cílovou skupinu
1 Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec	10	poskytuje pro CS
2 Domov pro seniory Máj České Budějovice, příspěvková organizace	10	poskytuje pro CS
3 G-centrum Tábor	25	poskytuje pro CS
4 Město Sezimovo Ústí	10	poskytuje pro CS
CELKEM	55 klientů (okamžitá kapacita)	

U denních stacionářů byl sledován parametr kapacity. Na území Jihočeského kraje jsou k dispozici 4 denní stacionáře, které pracují s cílovou skupinou seniorů s psychiatrickým onemocněním. Jejich celková kapacita činí 55 klientů v jeden okamžik. Všechny tyto služby jsou zařazeny do krajské sítě sociálních služeb.

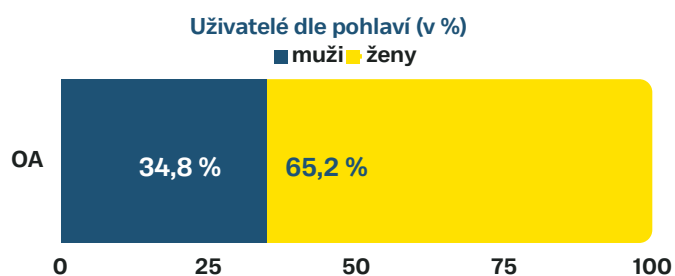
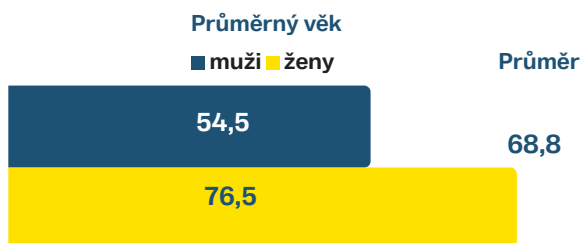
4.6 DENNÍ STACIONÁŘ

ANALÝZA DAT Z OK SYSTÉMU

V tabulkách níže je uveden přehled uživatelů denních stacionářů v seniorském věku v Jihočeském kraji za rok 2021.

V roce 2021 tuto službu využilo 66 uživatelů v seniorském věku. Stejně tak jako v případě dalších služeb tvořily přibližně dvě třetiny uživatelů ženy.

Oproti výše uvedeným službám byla tato služba využívána spíše mladšími uživateli, v průměru jim bylo 68,8 let. Významný rozdíl (22 let) je mezi jednotlivými pohlavími.



Celkem uživatelů	66
Podíl žen (v %)	65,2

ZKUŠENOSTI POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH A ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB

- 5.1 VÝSTUPY ZE ŠETŘENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB
- 5.2 VÝSTUPY ZE ŠETŘENÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Zacílení služby domovy se zvláštním režimem na cílovou skupinu osob s psychiatrickým onemocněním

- V domovech se zvláštním režimem jsou téměř výhradně osoby s psychiatrickým onemocněním (nejčastěji demence). Podíl těchto klientů tedy dosahuje přes 80 %, často je to i 100 %. *("Převažují lidé se syndromem demence. Demence frontotemporální, u ní jsou výraznější poruchy, hlavně chování, Alzheimerova demence, velmi častá a další. Častá je v poslední době progresivní forma s ranným nástupem – halucinace, bludy. O DZR velký zájem. My máme 36 nových žádostí jen za rok 2023." pozn. rozhovor k datu 20.2.2023, poskytovatel služeb DZR, DPS, OS, DS)*
- Dlouhodobý nárůst zájemců, a tedy i počtu klientů s demencemi. Snižuje se věk žadatelů (méně než 55 let, časté etylické demence, organické syndromy, stavy po úrazech). Zároveň však dochází ke zvyšování průměrného věku uživatelů. Nárůst počtu zájemců z menší části souvisí také se zvolna rostoucí nadějí dožití v Česku. Někteří respondenti uvedli také lepší psychiatrickou diagnostiku (odhalí se tak choroby u více osob) a zvolna se lepší osvětu u veřejnosti (lidé častěji vědí, v jaké situaci a kam se mají obrátit).
- Kapacitu mají pobytová zařízení plnou a dlouhodobě vysoký převis poptávky nad kapacitami. *("Čekací lhůty jsou dlouhé, od loňského března se nám neuvolnilo žádné místo.", poskytovatel služby DZR, DPS)*
- Extrémně vysoký počet zájemců je u zařízení zřízených územně správním celkem nebo neziskovou či církevní organizací (finanční dostupnost služby, přijímání klientů, kteří nemají dostatečné příjmy na platbu celé úhrady a nemají rodiny, které by se podílely na spoluúhradě dalších nákladů).

Kontraindikace při přijímání zájemců o sociální služby s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Nepřijímají zájemce pokud nemají kapacitu nebo pokud zájemce nemá diagnostikovou nějakou formu demence či obdobného onemocnění.
- Nutné je posouzení lékařem, sociální šetření, souhlas zájemce, příp. rodiny a absolvování zkušebního pobytu klienta u nich.
- Kontraindikací může být také "pouze" časné stádium (1. a 2. stupeň) demence, převažující jiná psychiatrická dg., specifická zdravotní situace, která vyžaduje odbornou léčbu, dekompenzovaný stav psychiatrické nemoci (stav vyžadující hospitalizaci v PN), akutní abusus alkoholu a jiných návykových látek. V některých případech imobilitace zájemce, agresivní, suicidální apod. chování a chování obtížné pro soužití v kolektivu (ve srovnání s DPS je však tato kontraindikace výrazně méně omezující). *(„Kontraindikace do DZR, máme s tím zkušenost. Pán nám skončil v Dobřanech, vážná psychiatrická diagnóza v kombinaci s demencí, agrese rezistentní vůči léčbě. Celkově těžká psychiatrická záležitost, která by byla v sociálních službách těžko korigovatelná. Pán je agresivní proti dalším klientům, to nedokážeme zvládnout. Naše pani doktorka psychiatrička nechce medikovat ty klienty do mrtva, pokud to ale nejde zvládat, musí je odeslat na psychiatrii. U demencí může být agrese, depresivita, snažíme se s tím pracovat. Ale jinou sofistikovanou péčí tady u nás nemáme.“, poskytovatel služeb DZR, DPS)*
- *("Někdy se hlásí mladí schizofrenici. 40cátník schizofrenik do DZR našeho typu nepatří, tady by se trápil.", poskytovatel služeb DZR, DPS, OS, DS)*
- Kontraindikací pro bezprostřední přijetí do služby může být skutečnost, že zájemce již není schopen sám za sebe jednat a zároveň nemá právně ošetřeno zastupování/opatrovnictví. *("Když tam žádné zastupování není, tak už dopředu je připravujeme, aby toto měli vyřízené. Někdy chtějí po nás návrhy, co kam podat. Někdy jsou rodiny rády za pomoc. Někdy neudělají vůbec nic, pak se to řeší, že tu smlouvu podepisuje magistrát. Když máte vzít člověka, který není schopen podepsat smlouvu, tak to prostě nehodíme za hlavu. Někde to možná neřeší, že ten člověk vůbec není schopen podpisu. My kontaktujeme magistrát – napíšeme, že by mohlo dojít k ohrožení života zájemce, aby za něj jednal.", poskytovatel služeb DZR, DPS)*

Typické životní situace, ve kterých se na služby obracují zájemci o službu.

- Typickými "zájemci", kteří se na služby obrací, jsou lůžková zdravotnická zařízení, rodinní příslušníci, veřejní opatrovníci. (*"Hodně žádostí máme z LDN, nemocnice. Přejde k nám žádost z např. LDN. Voláme rodině, blízkým. A rodina neví, jak na tom ten člověk v LDN je a co si mohou dovolit. Oni to neumí posoudit, když za ním přijdou do té nemocnice na návštěvu, vidí často jen, jak leží. Nikdo jim nic moc neřekne. Těžko se pak rozhodují, co bude dál. Neumí posoudit, jestli to doma s babičkou zvládnou nebo jestli má jít raději do zařízení. Navíc, kdo o nikoho nikdy nepečoval, tak si ani neumí představit ten psychický nápor. Je to těžké psychicky ustát. A u psychiatrických onemocnění dvojnásob. Psychiatrický pacient se mění, chvíli vás miluje a pak vás nenávidí. Rodinní příslušníci nám tu brečí, co všechno zlého jim ti jejich blízcí říkají a provádí. Snažíme se jim vysvětlit, že za to ten senior nemůže, že to je nemoc.", poskytovatel DZR)*
- Někdy volají a dotazují se starostové malých obcí, sousedé - tam, kde vnímají nějaké ohrožení u osamělého žijícího seniora (nevychází z domu, obavy z požáru, senior chodí nepřiměřeně oblečený, chová se agresivně, paranoidně, jinak jakkoli neadekvátně vůči okolí atd.).
- Zájemce je v nemocnici na LDN (sociálních lůžkách apod.) a po propuštění již není schopen být sám doma, vyžaduje 24 hod. péči. LDN, příp. rodina podává žádost o umístění do DZR.
- O zájemce se stará rodina / partner, ale péči již nezvládají, a to kvůli zhoršení stavu (často velmi náhlému - zhoršení nemoci, ale i úraz...) a syndromu vyhoření u neformálně pečujících podávají žádost o přijetí. Často k tomu, z pohledu zástupců DZR, dochází již pozdě. Důvodem je pocit, že se člena rodiny zbavují a že je okolí pomluví. Vede to často u nich k psychickým problémům a výčitkám.
- Naopak některé rodiny se obracují na DZR s žádostí v předstihu, preventivně, ve chvíli, kdy službu ještě využít nechtějí. Bylo jim to však (lékařem, terénními pracovníky...) doporučeno "pro případ, že se v budoucnosti stav dané osoby zhorší".
- Senior žije sám, rodina žije daleko, pouze občasné návštěvy, při kterých blízcí zaznamenají, že senior už péči o sebe nezvládá (zmatenost, výstřední chování atd.) a podají žádost o poskytnutí služby.
- Obrací se veřejní opatrovníci, když mají opatrovance ve zdravotnickém lůžkovém zařízení (LDN, následná péče, sociální lůžka, psychiatrické nemocnice).
- Obrací se psychiatrické nemocnice a hledají umístění pro pacienty, kteří jsou zaléčení, ale není je kam propustit (nejdou schopni se vrátit do původního prostředí, nemají rodiny, případně rodiny se nemohou nebo nechtějí starat) a v PN zůstávají v dlouhodobé hospitalizaci čistě ze sociálních důvodů.
- Zařízení zřízená územně správními celky, církevní zařízení, nezisková zařízení reportují zájem rodin o přesun klientů z některých soukromých privátních zařízení. (*"Máme hodně žádostí od lidí ze soukromých zařízení, Alzheimer Centrum, odtud se chtějí přestěhovat. Kvůli finanční stránce. Eden tam je to opravdu hodně špatné. Tito zájemci to mají ale špatné. Pro nás už jakoby zajištění jsou, přednost mají ti, co jsou doma, tam kde jsou rodiny už opravdu zoufalé a vyřízení. Nebo z nemocnic.", poskytovatel služby DZR, DPS)*
- Další věcí je, že někteří seniori mívají doma časté nehody. A ačkoliv mají tísňová tlačítka, tak ta pomoc není dostatečně rychlá apod. Musí se řešit pobytovou službou - DPS či DZR.

- Zařízení a jejich pracovníci intenzivně vnímají, že nástup blízkého člověk do pobytového zařízení je pro některé rodiny nesmírně citlivá a náročná situace. (*"Je to někdy kruté vytrhnout člověk z domácího prostředí. Ale často se kvůli péči o blízkého rozpadají rodiny. Nezvládli to časově, nezvládli to finančně. Často se sourozenci neshodnou. Nemůžeme do toho ale moc zasahovat. Problematické jsou situace, jeden sourozenec vyčítá druhému, nechce se zapojit. Mohou v tom být majetkové věci. Problém je, když je pečovatel vyčerpaný, nemocný."*, poskytovatel služby DZR)
- Některá zařízení popisují intenzivní snahu přizvat rodinné příslušníky do péče. Pořádají například setkání rodin, hledají různé cesty podpory.
- (*"Většinou k nám přichází rodina v totálním zoufalství. Aktuální případ - 1 žena se stará o 3 dementní osoby (tchýně, matka a babička). Sama je zralá na akutní hospitalizaci."*, poskytovatel služeb DZR, DPS, OS, DS)
- Poskytováno je základní sociální poradenství, zejména při komunikaci se zájemci o službu. Typicky se jedná o poradenství neformální, "mimo systém".
- Vyřizování příspěvků na péči, zajištění kompenzačních pomůcek, spolupráce při vyřízení opatrovnictví (zastupování, apod.), právní poradenství.
- Za klienty je zajišťováno: žádanky o léky, vyjednávání s praktiky, zvýšení stupně PNP apod.
- U žadatelů, které nemůže DZR přijmout z důvodu kapacity, je poskytována pomoc se zajištěním terénní služby (nebo kombinace více služeb), doporučováno jiné zařízení apod.
- (*"Péče o člověka s demencí je extrémní tlak na pečující, na blízké, přibývá rodin, které potřebují péči ale DZR v terénu. Cokoliv, jakákoliv pomoc, co by jim dalo trochu klid. Pro ně je nejhorší ztráta té běžné sociální role, už nejsou syn, dcera. Jsou pečující. Projevy onemocnění jsou pro rodinné příslušníky frustrující. K nám do pobytu přichází často velmi špatně odiagnotikováni. V dokumentaci „stařecká demence“. Odejdou od praktika s informací ... to bude Alzheimer. Nejsou odesíláni na další upřesňující vyšetření, není jim podána žádná informace o dalším vývoji, prognóze, někdy není ani léčba. Žádáme o dovyšetření. Kontraproduktivně nastavená medikace, zklidňující léky pro pobyt doma. Ale potom komplikovaně probíhá adaptace na jiné podmínky."*, poskytovatel služeb DZR, DPS, OS, DS)
- Část rodin postrádá význam návštěv (považují návštěvy za zbytečné, nechť si rodiče pamatovat ve zhoršeném zdravotním stavu).
- Někdy naopak rodiny vyhledávají podporu (útěchu, smíření se se stavem rodičů, partnerů). Tato psychologická podpora pomáhá rodinám pochopit diagnózu, tzn. pochopit, že chování jejich rodinného příslušníka není "naschvál" ani lenost, seznámit se s technikami komunikace s takovými rodinnými příslušníky.
- Velmi problematická je situace manželských dvojic, kdy "zdravý" partner se nechce odloučit od svého již těžce nemocného partnera. Některá zařízení se cíleně snaží najít možnosti jak podpořit oba partnery a zabránit tak jejich odloučení. (*"Manželé, zhruba 80 let, pán se chce o manželku starat, manželka už není zdravá, není orientovaná. Pán je v pohodě, fyzicky i psychicky v kondici. Jejich děti, kteří tam nežijí, nemohou pečovat a vidi situaci jinak. Dcera se synem podali žádost k nám, my jsme se ozvali paní a pánovi. Pán se na nás zlobí, že se chce o svoji manželku starat, že ji nikam nedá, že si slíbili v dobrém i ve zlém. Paní je úplně mimo, neví, co se kolem děje. Děti mají strach i o otce, aby to neodnesl."*, poskytovatel služby DZR)
- Neformálně pečující neumí využívat terénní služby. Moc tím nedoplňují svou pomoc. Ani to není v obecném povědomí mezi veřejností.
- Část rodinných příslušníků vnímá negativně, když se není schopna postarat o svého blízkého, vrátit například rodičům péči, kterou od nich dostali v dětství. Většina zařízení nabízí podporu, porozumění, vyslechnutí.
- Rodiny nevědí, že člověk s demencí není schopen o sobě rozhodovat. Že musí včas udělat opatření (zastupování, opatrovnictví), některým rodinám to přijde neslušné. Zařízení DZR jsou často první, kdo je v tomto vedou, vysvětlují, podporují. (*"Obrací se zejména rodiny, ať už jsou to opatrovníci, či nejsou. Rodiny absolutně neví, jak tu situaci řešit. Rodin připravených je mizivé procento, že mají například vyřízené opatrovnictví. Někdy jsme ti první, kdo jim třeba říká, potřebujete zastupování. Jednou ho ten nemocný bude potřebovat."*, poskytovatel služeb DZR a DPS)
- Zařízení poskytují podporu rodinným příslušníkům tam, kde je nějaký konflikt, který má vliv na péči o jejich blízkého (výčitky mezi sourozenci, osočování apod.).
- Některí poskytovatelé rovněž poskytují paliativní péči, včetně podpory rodinným příslušníkům.
- Poradenská místa dle České Alzheimerovské společnosti.

Podpora rodinám a neformálně pečujícím.

Jaké limity ovlivňují pomoc osobám s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Personální zabezpečení - velký problém je sehnat kvalitního zaměstnance (častěji uvedli respondenti nedostatek pracovníků obecně, ale velmi často zmínili i kvalitu a kvalifikovanost pracovníků). Neustále se rozevírají nůžky mezi náročností této práce a finančním ohodnocením. Hrozí, že mladí lidé nebudou ochotni vykonávat takto náročnou a zodpovědnou práci za tak málo peněz. Lidé se často nadšeně začnou této práci věnovat, ale velice rychle se opotřebují.
- Finanční situace zájemců (nedostatečný příjem, zájemci bez výplat starobních či invalidních důchodů) a rodin, další finanční náklady (nad rámec smlouvy o poskytování služby) v privátních komerčních zařízeních.
- Neošetřené právní záležitosti - zastupování, opatrovnictví.
- Nesouhlas těchto osob s umístěním do pobytového zařízení.
- Speciální ochranné pomůcky (regulátory topení, vody atd.).
- Stavebně technické zázemí služeb (například je obrovský zájem o více jednolůžkových pokojů, některé budovy jsou pro poskytování služeb ve zvláštním režimu neupravitelné, možnosti rekonstrukce a úprav jsou minimální nebo příliš nákladné, atd.).
- Nízký počet aktivizačních pracovníků.
- Chybí psychologové a psychiatři. Cílová skupina vyžaduje péči těchto specialistů. Na místě je také psychologická pomoc pro rodinné příslušníky. („Psychologové ve službách, aby dali podporu. Určitě lidé v rannějších stádiích demence, ty ji obrovsky potřebují. A pro rodiny, které se nedokáží smířit se situací. Mít psychologa, to by naši službu ohromně posunulo.“, poskytovatel DZR, DPS)
- Vysoký objem administrativy.
- Nedostatek finančních prostředků zmíněn relativně málokdy, a pokud ano, pak hlavně v souvislosti s personálním zabezpečením (viz výše).
- Vyžaduje-li stav uživatele speciální (např. tlumící) medikaci – k tomu je potřeba zajištění péče lékaře (ideálně pravidelné - pro kontrolu působení medikace), ta však není v DPS tak pravidelná/častá jako v DZR.
- Zvyšování počtu osob s psychiatrickým onemocněním vyžaduje zvýšení veškeré péče, i zdravotnické.

Vnímání nabídky pomoci cílové skupině osob s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Kapacita pobytových služeb obecně je dle respondentů nízká, platí to i pro cílovou skupinu.
- (*“Co by pomohlo? Základní prvotní informace pro rodiny a pečující u toho doktora, který nemoc diagnostikuje. Popsat rodině, co bude dál. Brožury, letáky, to vše nabídnout. Popsat prognózu. Dále institut terénního pracovníka – ideálně pod zdravotnický systém. Depistáž v terénu. Včasná diagnostika, dobré nastavení medikace, mít s rodinou plán, jak se bude postupovat, co bude kdo dělat. Kapacity DZR nebudou stačit, už teď jsou dlouhé čekací doby. Rodiny jsou zoufalé. Strukturovat terénní služby jinak – poskytnout specializovanou péči doma. Podporu pečujícím.”, poskytovatel služeb DZR, DPS, OS, DS)*
- Problém omezení velké části terénních služeb pouze na pracovní dny. Nedostatečná kapacita terénních služeb. Obce, kam terénní služby vůbec nejezdí.
- (*“Dobré je, když je rodina orientovaná, nechá si poradit včas, nebo je orientovaný a osvěcený lékař. Pak nasmloouvají terénní službu. A ty pak jim pomohou s dalším postupem. Pak už mají oporu v zádech. Do naší pobytové služby ale nastupuje cca 70% klientů, kde už je rodina cugrunt, informace mají naprosto nulové, nikdo jim nepomohl.”, poskytovatel služeb DZR, DPS, OS, DS)*
- Nedostatečná kapacita odlehčovacích služeb, stacionářů.
- Nízká prestiž a společenské postavení pracovníků v soc. službách.
- Praktičtí lékaři by měli informovat rodiny o prognóze vývoje diagnózy klienta (dnes nedělají a nepřipravují tak rodiny na zhoršení stavu) a navštěvovat klienty v domácím prostředí (což nedělají a často tak nevidí pacienta z CS i několik let).
- Specialisté (lékaři) často odmítají klienty z CS, protože se s nimi hůře pracuje.
- Zvýšení edukace personálu DZR.
- Pružnější spolupráce s psychiatry.
- Posílení paliativní péče (zejména terénní).
- Chybějící specializovaná zařízení pro lidi se specifickými diagnózami (např. těžší formy schizofrenie, duální dg., klienti s organickým poškozením způsobených dlouhodobým rizikovým způsobem života atd.).

Zacílení služby domov pro seniory na cílovou skupinu osob s psychiatrickým onemocněním.

- Žádostí o přijetí do DPS, kdy je diagnostikována demence, přibývá.
- Často není demence diagnostikována, ale projeví se při sociálním šetření (rodiny, které nežijí s blízkým, nemají znalost skutečného stavu svého příbuzného).
- Některé DPS tyto uživatele přijímají, některé DPS takové uživatele rovnou odesílají do DZR (opírají se o striktní výklad zákona).
- Některá zařízení se orientují a rozhodují spíše než podle dg., podle funkčnosti daného zájemce a konkrétní závažnosti a manifestace diagnostikované nemoci. Konkrétně je hodnocena mobilita zájemce (vyšší mobilita je v tomto případě nepříznivá) a schopnosti kolektivního soužití (problematické jsou zejména projevy slovní či fyzické agrese). Pokud není zachována mobilita a pokud zájemce průkazně nenarušuje kolektivní soužití, není dg. demence kontraindikací pro přijetí do DPS. (*"Pak je sociální šetření, tady vidíme projevy chování, reálnou situaci – když není orientován, nevádí. Problém je, když je mobilní a utíkal by, byl by plně dezorientován, nekontrolovaně křičí, což by zase narušovalo soužití, byl by nějak výrazně agresivní apod. To pak doporučujeme DZR.", poskytovatel DPS*)
- Klienti s nějakým projevem demence představují dle odhadů pracovníků 30 - 60 % klientů DPS. Ve věkové skupině klientů nad 80 let věku, výskyt onemocnění stoupá a týká se většího podílu klientů.
- Jistý stupeň demence je časem u naprosté většiny klientů – senioři se „prostárnou do demence“. Z tohoto důvodu v DPS probíhají pravidelné monitoringy zdravotního stavu klientů.
- (*"Máme 115 lůžek v DPS, min 30 klientů z toho má nějakou formu psychické nemoci. Demence, depresivní poruchu, bipolární porucha. Jejich dg. byly stanoveny až po přijetí do zařízení. Máme ambulantně psychiatra, když se projeví deprese, nastoupí psychiatr, začne léčba. Jde o různé typy demence, Parkinson, Korsakovova choroba, ... Záleží spíše na tom, jak je ten člověk funkční. Jestli mu stačí péče v DPS. Přijímáme člověka, který se jeví jako přirozeně zestárlá osob, ale ve fázi adaptace se může odhalit hlubší problém. Projevy syndromu demence, i když je upoután na lůžko, mohou být dramatické, výrazné. Není důležitá dg., ale projevy. Když se ztrácí pouze časem a osobou, jde to ještě zvládnout v DPS.", poskytovatel služeb DZR, DPS, OS, DS*)

Kontraindikace při přijímání zájemců o sociální služby s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Zásadní pro přijetí zájemce s psychiatrickým onemocněním je schopnost kolektivního soužití, druhá v pořadí pak mobilita. Pokud hrozí, že by zájemce ohrožoval další uživatele a personál, případně sám nekontrolovaně odcházel ze zařízení (zvláště pak je-li například uvnitř města s frekventovaným provozem vozidel a chodců), pak je to důvod k nepřijetí.
- Kontraindikací je abusus návykových látek a alkoholu. V případě vytvořené závislosti nejsou zájemci do služeb přijati.
- (*"V naší službě nejsme schopni zajistit bezpečí pro mobilního klienta s demencí. Stalo se nám, že jsem cca 2x řešili překlad do DZR. DZR je těžko dostupné. Pokud už je člověk v DPS, těžko se tam dostane. U Alzheimerovy demence doporučuje do DZR, lidi s touto dg. nebereme. Abusus alkoholu, dg. schizofrenie, tyto dg. jsou u nás kontraindikace.", poskytovatel služby DPS*)

Typické životní situace, ve kterých se na služby obracejí zájemci o službu.

- Uživatel nastupuje ze zdravotnického zařízení (úraz, mrtvice, ...) a už není schopen být sám doma.
- O klienta se stará rodina, ale péče se stává náročnější a rodina nezvládá (ani třeba s pomocí terénní pečovatelské služby), tak žádá o umístění do DPS.
- Zájemce o službu zvládá situaci doma, ale podá si žádost - "jistí se do budoucna".
- Zájemce o službu nemá alternativu v podobě terénní pomoci. (*"Často také bereme zájemce, kde je krizová spíše sociální situace. Ti lidé bydlí na samotě, osady, odříznuté vesnice. Zdravotně ještě dobré, ale jsou úplně odříznuti. Nikdo jim tam nepomůže."*, poskytovatel služeb DZR, DPS, OS, DS)
- Dlouhodobě roste počet zájemců o službu s psychiatrickým onemocněním, což je způsobeno (i) prodloužením délky života, a (ii) lidé zůstávají déle doma a do pobytového zařazení vstupují, až když péče v domácím prostředí již opravdu nejde zvládnout. (*"Počet zamítnutých žádostí z důvodu Alzheimerovy dem. se určitě navyšuje. Tam je to vidět, ten stoupající trend. Přibývá seniorů hodně starých, 85, 90 let. Tam už se ty psychické stavy spojené se stářím hodně často projevují. Máme i 90níky, kteří jsou mentálně fit, ale spíše je vidět úbytek psychické zdatnosti. A jak je více starých lidí, tak se to děje častěji. Je to dané dobou, stresem, lidé nemají jistoty, kvantita na úkor kvality."*, poskytovatel služby DPS)
- Rapidně se zvyšuje věk zájemců o službu.
- Přibývá uživatelů, kteří potřebují 24 hodinovou péči.
- (*"Máme zkušenost, že někteří klienti před nástupem k nám, využívají terénní službu. Ale taky se nám stává, že nechtějí využít terénní službu, ani to nevyzkouší a jdou rovnou do pobytovky."*, poskytovatel DPS, PS)
- (*"Každá rodina to má jinak, každá situace je jiná. Každý má nervový systém nastavený jinak. Tam kde rodina kolabuje kvůli inkontinenci, jiná rodina to zvládá. Ty situace rodin jsou naprosto různé, jak to rodiny řeší a zvládají."*, poskytovatel služby DPS)

Podpora rodinám a neformálně pečujícím.

- Poskytováno je základní sociální poradenství, zejména při komunikaci se zájemci o službu. Prakticky vždy jde o poradenství na neformální bázi.
- Vyřizování příspěvků na péči, zajištění kompenzačních pomůcek, spolupráce při vyřízení opatrovnictví, právní poradenství psychologická podpora.
- Často jsou DPS v pozici prvního "informačního uzlu", který rodiny odkazuje dále na příslušné specialisty (lékaři, jiní poskytovatelé sociálních služeb, právníci, správy sociálního zabezpečení apod.).
- Za klienty je zajišťováno: žádanky o léky, vyjednávání s praktiky, zvýšení stupně PNP apod.
- Neformálně pečující neumí využívat terénní služby. Moc tím nedoplňují svou pomoc. Ani to není v obecném povědomí mezi veřejností.

Jaké limity ovlivňují pomoc osobám s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Technické uzpůsobení DPS - schodiště, nezamykatelné průchody a další.
- Personální zabezpečení – zejména pracovníků přímé obslužné péče, zdravotnického personálu (denní dohled lékaře je nutnost). Bylo by fajn, kdyby byla pečovatelka alespoň část dne osobním asistentem konkrétního klienta, což by prospělo jejich psychickému stavu.
- Je třeba mít i psychiatrické sestry, ty však nejsou v DPS často dostupné.
- Někteří respondenti uvádějí i nedostatek pomocného personálu (uklízečky, pomocné kuchařky).
- Nutnost edukace i dalších zaměstnanců a rodiny - do péče vstupují další zaměstnanci, kteří mají např. pouze základní vzdělání a kurz pracovníka ve zdravotních službách - to není dostačující zejména v komunikaci s klientem s psych. onemocněním. Také se musí učit, jak má zaměstnanec pracovat sám se sebou (reakce na verbální agresi atd.).
- Změna zdravotnického zákona – ze zdravotních sester jsou zdravotní asistentky, což je nesmysl a komplikace.
- Vysoká administrativní zátěž.

Vnímání nabídky pomoci cílové skupině osob s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Nutnost navýšit terénní služby, jejich dostupnost se zlepšuje, ale stále neodpovídá potřebám.
- Pobytové služby mají nedostatečné kapacity, ač se zvyšují.
- Odlehčovací pobytové služby jsou nedostačující (někde nízká kapacita, někde úplná absence těchto služeb).
- Posílit paliativní a psychiatrickou péči (pobytové a mobilní hospice).
- Péče praktických lékařů není odpovídající – měli by více poskytovat poradenství (na co může klient žádat atd.) a navštěvovat klienty v domácím prostředí. Naopak v případech psychiatrů sice několik respondentů uvádí jejich nedostatek a dlouhé čekací lhůty, ale ještě častěji byla naopak zmíněna dobrá spolupráce s místním psychiatrem (včetně např. přímých návštěv psychiatra v zařízení jednou měsíčně apod.).
- Zvyšovat edukaci personálu - pravidelné proškolení.
- Posílit finanční ohodnocení – motivace k udržení personálu.
- Nedostatek specialistů ve zdravotnictví.
- Nedostatek specialistů ve zdravotnictví způsobuje extrémní vytěžování krajské nemocnice v ČB. Tam DPS musí vozit svoje klienty, což způsobuje problémy této nemocnici, ale i jim, protože jeden pracovník tráví půl dne v nemocnici s jedním klientem.
- Velice nízká úroveň pobytových služeb v nemocnicích (nemocnice poskytnou kvalitní zdravotní péči, nižší kvalita je dle respondentů v sociální péči).
- Nepodporují se rodiny a domácí terénní služby, aby rodiny pečovaly o své rodinné příslušníky samy a byly k tomu motivovány.
- (*" Určitě je potřeba změna DPS versus DZR (navýšení). Velmi mi chybí péče o lidi v terénu. Potřebují kontinuální péči. Chybí strašně moc geriatrické terénní sestry, zdravotně sociální pracovník. Někdo, kdo by věděl, jak na tom lidi, rodiny jsou. Podal informace, poradil. Pomohl nastavit péči. Podpořil. Dohlédl. Prostě ty lidi doma podržel."*, poskytovatel služeb DZR, DPS, OS, DS)

Zacílení pečovatelské služby na cílovou skupinu osob s psychiatrickým onemocněním

- Počty uživatelů s psychiatrickým onemocněním se neustále zvyšují - odhady pracovníků reportují cca 10-40 % (někteří respondenti ale uvádějí i stabilní počty klientů, tj. beze změny). Jde o změnu posledních let (dříve dle respondentů tolik zájemců s tímto onemocněním nebylo). Souvisí to patrně také s lepší diagnostikou a s rostoucí nadějí dožití (tedy lidé se častěji dožijí věku, kdy jsou postiženi psychiatrickým onemocněním). Na druhou stranu jde v případě terénních služeb většinou o lehčí formy onemocnění.
- *("Případů klientů s psychickým onemocněním máme relativně hodně. Minimálně 30% našich klientů má psychický problém. ... Je to opravdu velký procento lidí, kteří mají demenci. 90% našich klientů s demencí žije samo. Službu volají rodiny, protože tam nejsou. Nežijí s nimi. Naše filozofie je pobytového zařízení se vyhnout, ale v tomto případě to někdy dlouhodobě nejde. Cca 99% klientů s demencí končí v zařízení. Doma už to pak nejde, když jsou tam sami, i když tam jsou pečovatelské služby 3x denně. ... Demence nevnímám jako psychiatrický problém. Mnohem více vnímám problém lidí s úzkostmi, schizofreniemi apod. Velmi těžká domluva, něco si nasmlouvají, ruší dohody, agresivita slovní, nespolupráce, paranoidní obviňování. Žijí většinou ve svých bytech nebo domech s pečovatelskou službou. Někdy opatrovníka mají, ale vždy je to fyzická osoba. Na nás se obrátí po 50 roku, když už nevyjdou do schodů, nepřinesou nákup, často jsou obézní, z toho plynoucí problémy. Hodně děláme doprovody. Příklad problému: Doprovázíme k lékaři psychiatři, tam jsou instrukce na léky, rodiny to vidí ale jinak, syn chce, aby matka brala léky jinak, než psychiatřka při návštěvě řekla, my se snažíme korigovat, ale nakonec rozhoduje rodina.", poskytovatel PS)*
- Někteří poskytovatelé konstatovali, že s touto CS nepracují. Jde o výjimky, kde pravděpodobně rozhodující faktor je, že nepracují a neznají konkrétní dg. svých uživatelů, tudíž se brání mluvit o "psychiatrické dg".
- *("Jsme malinký. Máme málo zkušeností Tuto cílovou skupinu aktuálně nemáme. Měli jsme hodně lidí na podzim, umřelo nám 6 lidí. S tématem demence jsme se potkali u ležících. Lidé z vesnic chtějí umřít doma. Nechtějí měnit péči. Nechtějí ani hospic. Jsme s nimi až do konce.", poskytovatel PS)*
- Poskytovatelé se také liší v názorech, o jak náročné klienty s demencí či jiným psychickým onemocněním lze v terénu pečovat. Shoda ale panuje v tom, že předpokladem domácí péče, je přítomnost pečující osoby. *("V terénu taky máme lidi s demencí. Lékaři už mají jiné možnosti, trochu ten stav vyladí, aby mohl být v klidu domu. Můžeme pečovat doma, není to nemožné, tam kde má klient těžkou demenci, se ale musí zapojit rodina. Tam, kde je rodina, a ještě jich musí být ideálně více, tam se to zvládne. ... Stává se, že to pečující ani s naší pomocí nezvládne. Pak je uklidňujeme. Říkáme, že se nic neděje, jen se forma péče změní. Potřebují to slyšet.", poskytovatel služeb DZR, DPS, PS)*
- Přibývají uživatelé s psychiatrickým onemocněním v nižším věku - nejsou výjimkou lidé mladší 65 let. Do zdravotních problémů "dostárá" generace, kde se masivněji objevuje absence výplat starobních (invalidních) důchodů, generace lidí s nízkou pracovní ochotou, dlouhodobě žijících na sociálních dávkách.
- Extrémně rozdílná je rovněž časová a místní dostupnost jednotlivých poskytovatelů.
- PS při sociální šetření nezjišťují diagnózu psychiatrického onemocnění. Soustředí se zejména na projevy nemoci, resp. funkčnost daného zájemce, zázemí zájemce, možnosti, schopnosti a ochotu pečujících, a k tomu se vztahující potřeby péče a pomoci.
- Pracovníci služby často monitorují změny v psychické kondici uživatelů a snaží se upozornit rodinu, přizpůsobit služby, upozornit na budoucí vývoj *("Máme například klientku, která je pouze obědárka, ale už vidíme, že blbne, že je hodně zmatená." vedoucí PS).*
- *("Většinou to, že má klient demenci, od lékaře nemáme. Ti lékaři to neřeší, obvodní lékař to neřeší. Začátek potíží umí ti lidé u doktora i zamaskovat. Tváří se a říkají, že všechno zvládnou, ano, uvaří si, ano nakoupí si ... ale to vůbec není pravda. Ale doktor to nemá, jak ověřit. Pokud tam nepřijde i rodina, nic nezjistí. Že je u někoho problém kvůli demenci, většinou to máme vysledované, vysledují to i rodiny nebo když jsou přítomni, tak pečující. My jako pečovatelská služba vidíme docela brzo, že se něco děje, že je něco jinak.", poskytovatel služeb PS, OS).*

Kontraindikace při přijímání zájemců o sociální služby s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Výrazným limitem je kapacita služby.
- Výrazným limitem pro domácí péči je nepřítomnost rodiny, pečující osoby.
- Zájemce o službu nesmí být agresivní. ("Nešlo by to, kdyby to bylo nebezpečné pro pečovatelku.", poskytovatel PS)
- Služby nejsou schopny poskytovat 24hodinovou péči.
- Uživatel služby musí umožnit vstup služby do bytu. Často se liší představa rodin ("babička už pomoc potřebuje") a samotných seniorů ("všechno zvládám sama"). ("Ne vždy nás klient chce pustit do domácnosti, rodina si to může přát, rodina má představu, jakou péči máme poskytovat, ale ten klient to odmítá. To je pak těžké, nemůžeme jít proti přání klienta. Stane se, že klient třeba není doma, když se domluvíme. Zapomene na nás. Opakovaně tak nejsme schopni službu poskytnout. Asi nelze setrvání v domácím prostředí donekonečna protahovat, ale přesná hranice, kdy už to nejde, neexistuje. ... Bývají medikováni, bývají léčeni. Problém, pokud léky neužívají.", poskytovatel služby PS)
- Ve většině případů je potřeba, aby byla současně s pečovatelskou službou zajištěna i péče ze strany rodiny. ("Ideální podmínky, kdy lze péči dlouhodobě poskytovat doma: Rodina je širší, zapojená, chodí do práce, střídá se, zvládá žít svůj život. Zapojen gerontopsychiatr, neurolog, dát do pořádku medikaci. Nasedají další a další nemoci. Vyřeší se medikace, klient v noci spí, nepřehodí si režim den a noc, rodina se vyspí, můžou pečovat. Dobře vyladěná medikace je ale záležitost třeba půl roku. A dál ... Zase se to větví na to, jakou má demenci, jaké má projevy. Ti, co neodchází. Můžou být doma.", poskytovatel služby DZR, DPS, PS)
- Pečovatelské služby velice často nezajišťují noci/víkendy. Pokud není k dispozici žádný příbuzný, tak se běžně podává žádost do pobytových zařízení nebo se hledá zapojení dalších terénních služeb (osobní asistence, odlehčovací služby).
- Pečovatelská služba neodmítá péči o takové zájemce, ale pokud v rámci sociálního šetření zjistí, že jejich služby nejsou dostatečné pro zajištění potřeb klienta, tak doporučuje jiné řešení.
- Zájemce o službu by měl být alespoň minimálně orientovaný (ví, že je doma) a částečně soběstačný (podmínka pouze u některých služeb).
- V praxi se však situace průběžně mění, tj. většinou neexistují tak zřejmé kontraindikace hned při jednání se zájemcem. Zhoršující se situace častěji vyčerpá rodinu, tj. na své limity mnohdy jako první narazí pečující osoby a snaží se umístit svého blízkého do pobytového zařízení dříve, než jeho stav začne představovat limit pro terénní pracovníky.
- ("Ze začátku je řešení, že se více doptáváme. Co klient potřebuje, jestli nenavýšit služby atd. Více hlídáme rizikové prvky např. plotýnky, když odcházíme, že jsou vypnuté, nebo otevřený oheň, když topí v kamnech. Pokud vnímáme riziko, jsme více obezřetní, jedeme tam vícekrát za den – děláme dohled. Extrémní situace, řešíme intenzivně s rodinou, puštěný plyn, přetopený kotel. Když už se situace vyhrocuje a nefunguje tam rodina, řešíme se sociálním úřadem (sociálním odborem). Většinou musíme řešit u lidí, kteří žijí sami. Když rodina bydlí daleko. Tam je problém. Nebo když rodina vůbec není nebo vůbec nechce fungovat. Většina rodin, které nebydlí blízko, si vezmou toho člověka k sobě někam do nejbližšího zařízení, aby ho měli po ruce a mohli za ním chodit. Když ale rodina není, situace se v domácnosti stále zhoršuje, tak se většinou pak stane něco zdravotního a ten člověk skončí v nemocnici. A domů už se nevrací. Co bude dál, řeší nemocnice.", poskytovatel PS)

Typické životní situace, ve kterých se na služby obracejí zájemci o službu.

- Roste počet zájemců o pečovatelské služby s demencemi. Na jednu stranu se objevují stále mladší zájemci s demencí, ale současně i stále starší, což souvisí s prodlužováním délky života obyvatel.
- Typickým uživatelem je osoba, která žije sama, často po úmrtí partnera, se obrátí na pečovatelskou službu.
- Dále jde o uživatele, o které se stará rodina / partner, ale péči již nezvládají, a to kvůli zhoršení stavu klienta nebo z osobních důvodů (dojíždění, vlastní zdravotní problémy pečujícího, péče o děti, zaměstnání, náročnost a specifčnost péče atd.).
- Uživatelé pečovatelských služeb také využívají osobní asistenci a odlehčovací služby a v některých případech i další pečovatelskou službu.
- Velice často místo sociální služby funguje rodinná pomoc nebo zapojení sousedů do výpomoci (typicky v menších sídlech). Rodiny se dlouho snaží vše zvládnout sami, ale pak dojde ke zlomu a najednou potřebují pomoc a člena umístit, ale není místo a čekací doba je klidně 2 roky.
- Jako úplně první se většinou objeví potřeba rozvozu jídla, pak teprve nastupují další formy péče.

Podpora rodinám a neformálně pečujícím.

- Mnoho rodin, pečujících potřebují klíčovou pomoc při rozhodování se, zda si vzít svého blízkého z nemocnice zpět do domácího prostředí. To je kruciólní moment, kdy bohužel mnoho rodin a blízkých osob zůstává bez profesionální podpory. Nemají zkušenosti a neví, jak se správně rozhodnout. (*"Sociální pracovníce v nemocnici v Písku docela fungují, umí vyhodnotit, jestli bychom se jako domácí služba přeci jen přišli podívat, že by se rodina starala, že by to jako šlo. Naopak jinde, tam vznikají situace, kdy rodině řeknou, že je dědeček schopný být doma, odvezou jim ho z nemocnice domů. A doma to nejde. Pokud rodiny uvažují o péči doma, musí chtít v nemocnici všechno ukázat – jak se senior nají, jak sám nebo s pomocí chodí, jak se obslouží s toaletou, s hygienou apod. Ale na to musí mít sílu si to v nemocnici prosadit."* poskytovatel služby DZR, DPS, PS)
- Poskytováno je základní sociální poradenství – uživatelům i zájemcům o službu.
- (*"Rodiny nevědí. Potřebují se svěřit, poradit se, jak se pečuje, naučit nějaká specifika (výměna pln apod.). Potřebují si odpočinout. Někdy hrozně psychicky náročné. Manžel, když ztrácí manželku, mění se mu před očima, stává se z ní jiný člověk. On najednou musí vše hlídat, převzít její roli, navíc ztrácí blízkou osobu."*, poskytovatel PS, OA)
- Vyřizování příspěvků na péči, půjčovna kompenzačních pomůcek, dávky sociální podpory.
- Edukace rodiny v péči o klienta.
- Nastavení kombinace vhodných terénních sociálních služeb a pomoc s vyřízením pobytového zařízení. (*"Lidi potřebují slyšet, že není hanba to doma nevládnout."*, poskytovatel služby DZR, DPS, PS)
- Doporučení k opatrovnictví.
- Někteří poskytovatelé pečovatelských služeb se zabývají ve větší míře a cíleně podporou neformálně pečujících, například chtějí vytvořit poradnu pro neformálně pečující.
- Často spíše neformální psychologická podpora (jak jednat a komunikovat se seniorem v konkrétních situacích, duševní hygiena pečujících rodinných příslušníků).
- S kvalitní podporou dokáže rodina pečovat v domácím prostředí delší dobu.
- (*"Nemají rodiny žádné informace. Lékař na ně nemá čas. Děláme i poradenství. Děláme i testování. Ale máme furt plnou kapacitu. Když nemají rodiny informace, tak jsou vyděšení. Potřebují se uklidnit. Necháváme u doktorů moje číslo, ale nějak to stále nefunguje. Pečuj doma, byl projekt. Chybí podpora v krizových akutních situacích, možnost, že tam okamžitě někdo z terénní služby zajede. Třeba když v nemocnici oznámí, zítra vám ho propustíme. Odhadujeme, že 1/3 rodin by zvládla doma pečovat, ale jsou nerozhodní."*)

Jaké limity ovlivňují pomoc osobám s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Není dostatek pečovatelek - jedná se o náročnější péči a pracovník na ní musí být vyškolený, aby věděl, jak má reagovat například na agresí. Také je často třeba, aby k takovým uživatelům chodily pečovatelky ve dvojicích (uživatelé s demencí si často vymyslí a obviňují pečovatelku z něčeho, rodina pak chce vysvětlení).
- Vzdělávání pracovníků v oblasti péče o seniory s psychiatrickým onemocněním.
- Zajištění psychiatrické a paliativní péče - dlouhé pořadníky (je nutné reagovat rychle, když se stav začíná rozvíjet.)
- Nedostatek odlehčovací služeb. (*"Chybí odlehčovací služby pobytové. Terénní služby nejsme schopni rozšířit teď hned."*, poskytovatel PS)
- Nedostatečné zajištění informování o možnostech péče ze strany lékařů, včetně chybějící spolupráce s poskytovateli služeb.
- Nízké povědomí o problematice potřeb osob s psychiatrickým onemocněním mezi veřejností.
- Systém financování neumožňující středně a dlouhodobé plánování. Financování je jednoleté, často je o poskytnutí peněz rozhodnuto až několik měsíců po začátku daného roku. Často pak v takovém případě pomáhá s překlenutím a cashflow obec.

Vnímání nabídky pomoci cílové skupině osob s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Nízká kapacita pobytových služeb pro seniory, nejen pro klienty s demencemi, ale především pro ně.
- Dílčí problémy s kapacitou vybraných terénních služeb – osobní asistence, odlehčovací služby/stacionáře, někde i pečovatelská služba.
- Chybí víkendové, večerní a noční terénní služby, což komplikuje sdílenou péči neformálně pečujících s terénními službami.
- Chybí vzdělávání a kurzy pro práci s demencemi doma pro pečující osoby v úvodní fázi demence (něco jako porodní asistenti).
- Chybí svozová služba, zejména v periferních oblastech (individuální doprava pro seniory určená k návštěvě lékařů a dalších služeb).
- Nízká prestiž a společenské postavení pracovníků v soc. službách.
- V menších sídlech chybí půjčovny kompenzačních pomůcek (často se půjčují do velmi vzdálených míst kraje).
- (*"Chybí poradenství pro rodiny s člověkem s demencí, bezpečné místo pro sdílení pečujících osob. Problematické jsou také staří lidé bez domova, kteří do azylového domu nemohou, ale když se změní jejich zdravotní stav, tak kam?"*)

Zacílení osobní asistence na cílovou skupinu osob s psychiatrickým onemocněním

- Pravidelně s touto cílovou skupinou pracují, může jít až o 1/5 celkového počtu klientů.
- *("Obrací se na nás vždy pečující. Zcela výjimečně se ozve klient. Nejčastěji demence – Alzheimerova, Parkinsonova, demence po CMP, demence u nádorů na mozku. U mladších – úzkostné poruchy u seniorů. Půl na půl mají nebo nemají stanovenou dg., tam pak nemají ani PNP. Více jak 1/2 lidí nemá PNP, ze všech klientů.", poskytovatel služba OA, OS)*

Kontraindikace při přijímání zájemců o sociální služby s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Kapacitní důvody.
- Agresivita (ohrožení pracovníků).
- *("Pokud člověk s demencí nás nechce, a není zbavený způsobilosti, tak nás může odmítnout. Co je problematické? Když se s tím člověkem nedá vlastně vůbec pracovat, uděláme plán, ale ono to nejde pracovat. Pokud jdeme s cílem hygiena, tak se to většinou udělat dá. Ale např. když nejde dohled, tak to přehodnotíme. Někdy se ty lidi brání, jsme pro ně cizí lidé. Ne vždycky zaplujeme. Občas bývají paranoidní představy, sprosté nadávání u klientky při mytí, hledáme cesty. Nevhodné sexuální chování, klient po CMP s demencí, vulgární projev na mladé pečovatelky, výzvy k sexuálním činnostem, jen slovní, snažíme se ho odrazit k jiným k myšlenkám. Se vším pracujeme, hledáme cesty, nenecháme se odradit.", poskytovatel služby OA, OS)*

Typické životní situace, ve kterých se na služby obracejí zájemci o službu.

- Zájemce je umístěn ve zdravotnickém zařízení např. LDN a po propuštění již není schopen být sám doma, vyžaduje náročnější péči, následně se řeší žádost o umístění do pobytového zařízení nebo poskytování OA.
- O zájemce se stará neformálně pečující, ale péči již nezvládá, často z důvodu náhlého zhoršení stavu kdy dochází k hlubšímu propadu (osoba nezvládá běžné úkony péče o sobe např. hygiena. Dále pečující řeší sladění rodinného a pracovního života a péče.
- Často se paralelně v průběhu péče vyplňují žádosti o pobytové služby.
- Uživatelé často využívali pečovatelskou službu nebo odlehčovací službu, nebo i využívají v současnosti a tyto služby se vzájemně doplňují (včetně péče neformálně pečujících).
- Pozorují trend, že s psychiatrickým onemocněním přicházejí čím dál mladší lidé (od 55 let).
- Jinak je typickým klientem osoba s počínající a/nebo nezávažnou formou onemocnění.
- Obrací se, když už nemůžou, když jsou vyhořelí. Ti, co mají dg., tak žádají už dopředu. Psychiatři dávají tip, co dál. Na nás lékaři odkazují, dají letáček.
- *("Lidé s demencí tu mohou být dlouho. Dopředu říkáme lidem, co se může přihodit – plyn, elektrika, spotřebiče, vyšší patra, dopředu říkáme rizika. Tam, kde naše služba rodinu střídá, tam to jde. Tam, kde se stará stejně starý člověk, manžel, pečující, tam je to problematické. Např. případ paní se stará o manžela, ale začaly pády. Ona by chtěla jít s ním do domova pro seniory. Je smutné je odtrhávat. Když jsou ti lidé sami, tam je kontrola služby nedostačující, když je většinu dne sám. V Alzheimer centrech se lidem věnují, my jsme tam krátkou dobu, nemůžeme se jim věnovat celý den. Obrací se na nás i sousedé, kamarádi. Na přechodnou dobu můžeme odlehčit i sousedovi, ale jen na přechodnou dobu, než zařídí nějaké zařízení. Rodiny někdy nechtějí, co si o nich budou myslet ostatní. Nebo když klient nechce, má pocit, že se nic neděje. Většinou jde o chlapa.", poskytovatel služba OA, OS)*

Podpora rodinám a neformálně pečujícím.

- Neformálně pečující poptávají pomoc a nerozlišují druhy sociálních služeb.
- Poskytováno je základní sociální poradenství - klientům i žadajícím.
- Velmi často probíhá edukace rodiny v péči o klienta.
- Probíhá i podpora v oblasti nastavení kombinace vhodných terénních sociálních služeb a pomoc s vyřízením pobytového zařízení.
- Propojení se zdravotní péčí Home Care,
- Sladění péče rodiny a poskytovaných sociálních služeb (řeší se potřeby rodiny).

Jaké limity ovlivňují pomoc osobám s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Personální zabezpečení, rozevírají se nůžky mezi náročností této práce a finančním ohodnocením. Hrozí, že mladí lidé nebudou ochotni vykonávat takto náročnou a zodpovědnou práci za tak málo peněz.
- Vysoká zátěž v oblasti administrativy a vykazování.
- Doplnění vozového parku, zajištění společné budovy pro sjednocení centrálního služeb včetně zajištění parkovacích míst.

Vnímání nabídky pomoci cílové skupině osob s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Chybějící kapacita pobytových služeb obecně, nejen pro zájemce s psychiatrickým onemocněním.
- Některá území Jihočeského kraje nemají dostatečnou nabídku terénních služeb s dostatečnou časovou dostupností (víkendy, večery atd.), například Českokrumlovsko, ORP Vodňany.
- Nízká prestiž a společenské postavení pracovníků v sociálních službách.
- Chybí domácí zdravotní péče a nepokrývá některé obce (například na Českokrumlovsku).
- Je nedostatek psychiatrů a neurologů.
- Nízká kvalita a úroveň nemocnice v Č. Krumlově, proto preference nemocnice v Budějovicích.
- Diametrálně je situace odlišná ve velkých městech a v menších obcích, čím dále od centra tím je komplikovanější nalézt vhodné služby.
- Síť půjčoven pomůcek není dostatečně hustá.
- V některých územích není nedostupná navazující terénní paliativní péče, nejhorší z hlediska dostupnosti jsou ORP Kaplice, Trhové Sviny.

Zacílení odlehčovacích služeb na cílovou skupinu osob s psychiatrickým onemocněním.	<ul style="list-style-type: none">• OS běžně pracují s uživateli, kteří mají psychiatrickou diagnózu – 2/3 lidí v OS mají nějakou diagnózu.• V současné době, když je žadatelem nad 80 let, tak cca každý třetí má toto onemocnění.• Hlásí se vesměs velmi staré ročníky - častěji jsou dezorientovaní spíše v čase než místě.
Kontraindikace při přijímání zájemců o sociální služby s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.	<ul style="list-style-type: none">• U pobytových forem je často stejná kontraindikace, jako v DPS (pokud je senior s psychiatrickým onemocněním mobilní, není přijat do služby).• Personální kapacity (zdravotní a ošetrovatelské).
Typické životní situace, ve kterých se na služby obracují zájemci o službu.	<ul style="list-style-type: none">• Rodina si potřebuje odpočinout a využívá odlehčovací službu.• Kombinace odlehčovací péče, neformální péče a terénní služby.• Z plného zdraví se uživatelé náhle stanou závislí na péči druhé osoby (např. náhlá mozková mrtvice). Často nechtějí odejít z domácího prostředí a je třeba, aby došlo ke sladění péče mezi rodinou, terénní službou a odlehčovací službou.• Jednoznačně roste počet osob s demencí. Jednak se to častěji diagnostikuje, jednak stárne populace.
Podpora rodinám a neformálně pečujícím.	<ul style="list-style-type: none">• Základní sociální poradenství (často nemají zájemci vyřízen PNP).• Vzdělávají členy rodiny v péči.• Předávání kontaktů, snaží se rodinám vysvětlit potřebu správné medikace a zaléčení atd.• Část služeb byla zapojena do projektu podpory neformálně pečujících a chtějí na něj navázat (například vytvoření poradny pro neformálně pečující).• <i>("Poskytujeme poradnu pro pečující o lidi s demencí. Podporuje pečující. Odkazuje na psychiatry. Model dle Česká Alzheimerovská společnost. Přichází i lidé mimo veškeré naše služby. Je o to obrovský zájem. Hodně odkazujeme z terénu, hodně volají lidé, kteří třeba i nechtějí terénní službu, ale potřebují pomoc a poradit. Jede nám to na webu, lidé se ozývají. Pracovnice je vede k něčemu takovému, aby si uměli odpočinout. Stydí se říct si o pomoc. Aby si nastavili péči. Aby si řekli o službu a o pomoc.", poskytovatel služby OA, OS)</i>

Jaké limity ovlivňují pomoc osobám s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Personální zabezpečení – je problém najít kvalitní pracovníky.
- Vysoká míra administrativy.
- Propojení služby s rehabilitačními sestrami, aby mohlo dojít k poskytování rehabilitace.
- Nutnost vzdělávání personálu v oblasti práce s demencí-
- Pravidelná docházka psychiatra do zařízení (pobytová forma).
- Rozdílný program (například volný čas) pro seniory s demencí a seniory bez demence.

Vnímání nabídky pomoci cílové skupině osob s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Chybějící kapacita pobytových služeb obecně, nejen pro zájemce s psychiatrickým onemocněním.
- Některá území Jihočeského kraje nemají dostatečnou nabídku terénních služeb s dostatečnou časovou dostupností (víkendy, večery atd.), například Českokrumlovsko, ORP Vodňany.
- Malá koordinace pokrytí služeb a využití jejich synergií (typicky odlehčovací služby, pečovatelské služby a osobní asistence, případě i pobytové služby).
- Chybí domácí zdravotní péče a nepokrývá některé obce (například na Českokrumlovsku).
- Chybí svozová služba pro seniory.
- Chybí vzdělávání a kurzy pro práci s demencemi doma pro pečující osoby v úvodní fázi demence, včetně všeobecných znalostí mezi populací o těchto nemocech.
- Chybí prevence v oblasti demence (kognitivní cvičení atd.).

Zacílení služby denních stacionářů na cílovou skupinu osob s psychiatrickým onemocněním.

- Respondenti odhadují, že zhruba pětina uživatelů má potvrzenou psychiatrickou diagnózu.
- Služba nemusí být pro uživatele s demencí vždy vhodná. Změny prostředí mohou být zatěžující a matoucí. (*"Moc klientů s demencí ve stacionáři nemáme, hodně ranná stádia syndromu demence. Mají 1., max. 2 stupeň. Ambulantní služby nemají pro lidi s demencí význam. Každé ráno se vypravit někam je pro lidi s demencí namáhavé. Znamé prostředí je pro mozek uklidňující. Lepší, když bude PS tuto formu podpory realizovat u nich doma. Ve stacionáři míváme mladé lidi. A pro ty není příjemné kombinovat se se seniory."*, poskytovatel služeb DZR, DPS, DS, OS)
- V některých případech i zmiňovali, že není o službu zájem přestože je k dispozici doprava, jako důvod uvádí finanční spoluúčast, kdy pobytová služba (například DZR) vychází levněji.

Kontraindikace při přijímání zájemců o sociální služby s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Pokud není klient s demencí agresivní, tak není problém ho přijmout. Klienti s demencí apod. mohou být přijati, pokud je zajištěný dohled, takže klient nemá možnost odejít. Po ukončení provozní doby jsou klienti rozváženi domů nebo si je vyzvedává příbuzný.
- Bezpečnost uživatelů. Zařízení musí splňovat veškeré nároky na bezbariérovost a musí mít uzavíratelné vchody.
- Pokud jsou ve stacionáři uživatelé s demencí, tak je potřeba větší kapacita personálu.
- Nutnost pravidelného proškolení personálu.

Typické životní situace, ve kterých se na služby obracují zájemci o službu.

- Většinou se rodiny obracují s tím, že mají pokrytou pečovatelskou službu a rádi by využili i stacionář.
- Ne vždy však chce službu sám senior. Denní umístění ve stacionáři je řešení potřeb rodin a pečujících, nemusí však být nejlepším řešením pro seniora. (*"Rodiny nám přivedou ty staré lidi na sílu, klient je do toho vmanipulovaný. Všichni mají pocit, že babička bude nadšená, když bude každý den jezdit někam mezi lidi. A že se tam bude aktivizovat, to je z té potřeby mít aktivní stáří. Ale babička chce sedět doma a dívat se v klidu ve svém na televizi."*, poskytovatel služeb DZR, DPS, DS, OS)
- Podíl osob s demencí se zvyšuje a nezvyšuje se jen jejich počet, ale je evidován i horší stav.
- Péče rodiny/neformálně pečujících, kteří jsou zaměstnaní, nebo podnikají.

Podpora rodinám a neformálně pečujícím.

- Typicky jde o základní sociální poradenství, doporučují další služby a kontaktují, například PNP.
- Neformálně pečující se obrací se žádostmi o poradenství, s tím, že obdrželi od lékaře informaci o diagnóze, ale nevědí co a jak mají dělat.

Jaké limity ovlivňují pomoc osobám s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Personální kapacity (z hlediska počtu úvazků v přímé péči), ale i odborné kvality.

Vnímání nabídky pomoci cílové skupině osob s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Psychiatrická péče není dostupná. Čekací lhůty jsou velmi dlouhé (objednací doba je třeba i 5-8 měsíců).
- Funguje velmi dobře spolupráce se sociálními pracovníci na obcích.
- Návazná péče je perfektní. Pokud je již člověk umístěn v domově, tak se mu snáz daří nacházet místa. V tomhle je kraj dobře zasiťován.
- Minimální zajištění informovanosti ze strany lékařů směrem k rodinným příslušníkům, ti nevědí, jak mají postupovat.
- Malá znalost o problematice demence mezi širokou veřejností.

Typické situace při příjmu pacienta (seniora) do psychiatrické nemocnice.

- Onemocnění seniorů, kteří jsou přijati do péče psychiatrických ambulancí, na akutní psychiatrická lůžka nebo do psychiatrických nemocnic, jsou velice často spojena s demencí nejrůznější etiologie, organickými poruchami, úzkostmi a depresemi souvisejícími se samotou a osamělostí seniorů. Významně též roste skupina pacientů s obdobným onemocněním v nižším věku (méně než 55 let). Gerontopsychiatrická oddělení jsou trvale zaplněna.
- Akutní lůžková oddělení přijímají pacienta obvykle ve stavu velkého neklidu, agrese, somatických potíží apod., kdy pečující osoba/y/zařízení již situaci nejsou schopny zvládnout. Po zaléčení se menšina pacientů vrací do domácího prostředí. Většina rodinných pečujících na další domácí péči nemá již kapacitu. Pacient je překládán na následná psychiatrická lůžka (běžné LDN chodící pacienty nepřijímají).
- Psychiatrické nemocnice nejčastěji přijímají pacienta s demencí překladem z akutních lůžkových oddělení. Jsou bazálně zaléčeni a čekají na zajištění další vhodné péče. Zhruba polovina z nich nemá zajištěny náležitosti typu PNP, zákonného zástupce/opatrovníka, podané žádosti do pobytových sociálních služeb. Část z těchto pacientů nesouhlasí s podáním žádosti do pobytových sociálních služeb.
- V některých případech přicházejí pacienti i z domácího prostředí, kam se ale často už nemohou vrátit, protože rodina/blízká osoba další péči odmítá.
- Častá je zkušenost, že hospitalizovaný pacient, jeho rodina, pečující atd. nemají žádné informace, žádná z nezbytných záležitostí není vyřízena (např. PNP, zastupování) a tato témata se začínají otevírat až během hospitalizace.

Spolupráce s rodinou během hospitalizace a jejich potřeby.

- Významná část pacientů v psychiatrických nemocnicích (následná lůžka) nemá žádnou blízkou osobu, případně pouze hodně vzdálené příbuzné. Část pacientů není se svou rodinou v kontaktu (často rodiče s dětmi), rodiny/blízcí pacientů odmítají do kontaktu vstoupit a na péči a zajišťování náležitostí se jakkoliv podílet.
- Tito pacienti se pak stávají klienty veřejných opatrovníků. Jejich spolupráce se sociálně zdravotními pracovníky psychiatrických nemocnic je velmi úzká a intenzivní, mají v naprosté většině velkou snahu pro své opatrovance zajistit vhodnou odpovídající péči.
- Pokud pacient má blízkou rodinu/osobu, ta pak ve většině případů již není schopna domácí péči poskytnout. Podílí se na zajištění vhodné pobytové sociální služby.

Dostupnost terénních a ambulantních sociálních služeb z pohledu zdravotnických zařízení.

- Pokud se pacient vrací do domácí péče, běžně zkouší sociálně zdravotničtí pracovníci využití podpory terénních a ambulantních sociálních služeb.
- Zkušenost s dostupností služeb je velice rozdílná. Liší se dostupností dle bydliště, z malých obcí špatné zkušenosti s dostupností služeb, dle časové dostupnosti (pracovní doba služeb), kapacitní dostupností (schopnost opakované denní péče, možnosti navyšovat péči).
- Pacienti s demencí obvykle vyžadují opakovanou denní péči. Využití terénní služby obvykle bývá podmíněno fungující podporou blízkého pečujícího.

Kontraindikace sociálních služeb při přijímání zájemců o službu s psychiatrickém onemocněním.

- Duálnost diagnóz, resp. kombinace několika diagnóz (často diagnózy z předseniorského období, jejichž projevy již nemusí být výrazné; diagnózy spojené s abusem alkoholu a dalších návykových látek).
- Typickou kontraindikací je diagnóza schizofrenie u služeb domova pro seniory.
- Abusus alkoholu v anamnéze, a to i v případě, že aktuálně daný pacient již mnoho let alkohol neužívá.
- Nedostatečný finanční příjem (příjem z dávek hmotné nouze). Stává se významným limitem pro přijetí do pobytové sociální služby, zejména v případě privátních komerčních poskytovatelů (kam na základě zkušeností zdravotně sociální pracovníci žádosti o poskytnutí služby už ani nepodávají).
- Nízký věk.
- Nepřiznaný PNP, z důvodu absence poskytovatele péče. Stává se u pacientů, kteří nemají žádnou blízkou osobu.

Důvody dlouhodobé hospitalizace a limity pomoci cílové skupině seniorů s psychiatrickým onemocněním.

- Dlouhodobá hospitalizace (neodůvodněná zdravotní situací pacienta) v naprosté většině případů souvisí s kumulací popsaných kontraindikací v případech jednotlivých pacientů.
- Ojediněle se vyskytují pacienti, jejichž zdravotní stav vyžaduje takovou odbornou zdravotní péči, kterou pobytová zařízení sociálních služeb nejsou schopna zajistit. Zdravotní stav je trvale komplikovaný, že posun do pobytové sociální služby je téměř nemožný.
- Chybí včasné a kvalitní terénní sociální poradenství, které by informovalo rodiny i pacienty o tom, co je to demence, co se bude dít, jak nastavit péči, jaká je dostupná podpora, jak ji finančně zajistit, jaký bude asi vývoj, kdo bude pacienta zastupovat atd. (tj. informačně psychická podpora pečujícím).
- Dlouhé čekací doby, resp. nedostatek lůžek v zařízeních se zvláštním režimem. Podmínky přijetí do pobytových zařízení sociálních nejsou někteří pacienti schopni naplnit (např. finanční podmínky).
- Velká skupina pacientů nemá podporu blízkých osob, žádné vazby a zázemí. Nemá vyhovující a důstojné bydlení, není tedy kam se z hospitalizace vrátit a kde by bylo možné využívat terénní služby.
- Pacienti, kterým byla v průběhu hospitalizace ukončena smlouva o poskytování pobytové sociální služby. Tito pacienti se nemají kam vracet a často v nemocnici "uvíznou".

6

SITUACE NA JEDNOTLIVÝCH ORP

6.1 ANALÝZA SITUACE V ORP

Typické situace potřeb osob s psychiatrickým onemocněním, které řeší sociální pracovníci v území.

- Nejvíce se obracejí neformálně pečující z řad rodinných příslušníků.
- Dále se obrací terénní pečovatelská služba (například, když mají podezření na diagnózu, následně hledají společně řešení).
- Odbor také kontaktuje vedení obcí I. a II. typu (zejména starostové).
- Výjimečně je kontaktují ošetřující lékaři. Lepší je spolupráce s psychiatrem v území.
- Typickým klientem je osoba, která nemá rodinu (případně péče rodiny není dobrá), žijí na venkově, případně se už nezvládají starat.
- Opatrovanci jsou téměř výhradně osoby s psychiatrickým onemocněním.
- Intenzivně se věnují prezentování možností a nabídky pomoci (například v rámci svazku obcí Blatenska). Dále provádějí depistáže v terénu, hodně jsou v kontaktu s obcemi.

Dostupnost sociálních služeb (místní a časová) pro osoby s psychiatrickým onemocněním.

- Spolupracují s pečovatelskou službou (je to zaběhlá služba roky, je navázaná dlouhodobě), konzultují případy a klienty. Jsou tam 2 PS (jednu zřizuje obec), další je Charita. PS řeší hranici péče, když je tam agrese. Někdy to řeší zdvojením pracovníků.
- Není dostatečně velký počet zájemců, aby i jiné služby (než je PS) v terénní a ambulantní formě mohli fungovat. Jsou malá území.
- Dále do území dojíždí Centrum duševního zdraví a Fokus). Fokus však pouze (sociální rehabilitace) 1x měsíčně. S CDZ hledají společné postupy (jsou tam nově), už však narazili na hranici věku (nepracují se seniory).
- Standardní domov pro seniory – nechtějí přijímat bez omezení tyto klienty (nejčastěji z důvodu, že jsou mobilní), následně hledají DZR (zde je problém velká naplněnost těchto zařízení).
- Chybí odlehčovací služba, která by pomohla řešit podporu pečujících rodin, jiné řešení není, z důvodu malého území, vhodné.

Dostupnost služeb pro seniory s psychiatrickým onemocněním bez domova, či bez rodinného a sociálního zázemí.

- Tato cílová skupina není pro území relevantní.

Kontraindikace při přijímání zájemců o sociální služby s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Kontraindikace u DPS je mobilita (kognitivní funkce) u zájemců s psychiatrickým onemocněním.

Jaké limity ovlivňují pomoc osobám s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Nedostatečná vzájemná komunikace integrovaného záchranného systému. Platí to pro záchrannou službu i Policii (například sociální pracovníci a veřejní opatrovníci nemají informace o tom, že proběhl zásah u jejich opatrovance).
- Problémem je rovněž minimální navázaná spolupráce s lékaři v území (výjimku tvoří spolupráce s psychiatrem).
- U DZR je problém naplněnosti lůžek.
- OA nemá dostatečnou kapacitu pro práci s cílovou skupinou seniorů s psychiatrickým onemocněním.

DOSTUPNOST SLUŽEB PRO CÍLOVOU SKUPINU

Na území ORP Blatná je k dispozici dům pro seniory (celá registrovaná kapacita je zařazena do krajské sítě) a pečovatelská služba (2 poskytovatelé, kteří poskytují službu o svátcích a víkendech). Další sledované služby nejsou na území ORP k dispozici.

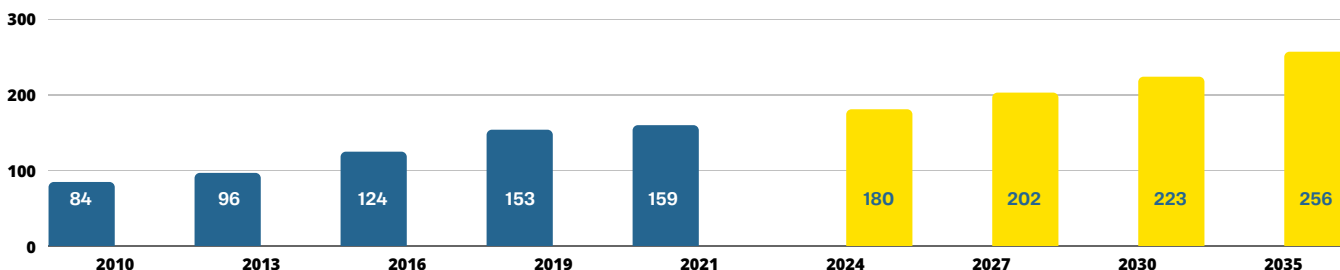
Poskytovatel	Služba	Území	Charakteristika
Domov pro seniory	DPS	ORP Blatná, částečně ORP Strakonice a Písek, výjimečně Plzeňský a Středočeský kraj.	kapacita 89 lůžek, zařazena do krajské sítě
Domov pro seniory	PS	ORP Blatná, částečně ORP Písek a Strakonice.	terénní a ambulantní forma, dostupnost o víkendech a svátcích
Charita Strakonice	PS	ORP Strakonice, Volyně, Blatná	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích

SPECIFIKA ÚZEMÍ ORP BLATNÁ

Na území ORP Blatná je k dispozici dům pro seniory (celá registrovaná kapacita je zařazena do krajské sítě) a pečovatelská služba (2 poskytovatelé, kteří poskytují službu o svátcích a víkendech). Další sledované služby nejsou na území ORP k dispozici. Lze předpokládat, že část obyvatel využívá sociální služby ze sousedních ORP (Písek a Strakonice), ale i sousedních krajů (Plzeňský a Středočeský). Z dat z OK systému vyplývá, že obyvatelé tohoto ORP nevyužívají odlehčovací služeb (pobytová forma), důvodem může být velká vzdálenost k nejbližšímu poskytovateli této služby (ORP Milevsko).

Jedná se o území s nejnižší mírou vitality a hospodářského potenciálu v Jihočeském kraji a rovněž o území čelící nejvíce ohrožené sociálním problémům. Území rovněž trpí nejvyšší periferiariou. ORP Blatná patří mezi ORP s nejvyšším indexem stáří v rámci Jihočeského kraje a tudíž i zvýšeným počtem osob z cílové skupiny, což vyplývá například ze zvyšujícího se počtu příjemců PNP v území.

VÝVOJ A PROGNÓZA POČTU CÍLOVÉ SKUPINY*



* ve věku 50+

Typické situace potřeb osob s psychiatrickým onemocněním, které řeší sociální pracovníci v území.

- Seniorů s psychiatrickým onemocněním přibývá.
- Na sociální odbor se obrací zdravotnická zařízení, ale také poskytovatelé sociálních služeb.
- Dále jsou kontaktováni rodinnými příslušníky, sousedy, či známými, nejčastěji, když dojde ke změně zdravotního stavu (často jde o náhlé změny).
- Frekvence kontaktování je velmi častá (až 2x týdně).
- Často také řeší problematiku svéprávnosti.

Dostupnost sociálních služeb (místní a časová) pro osoby s psychiatrickým onemocněním.

- Nejvíce spolupracují s pečovatelskou službou. Zejména s Chartiou, Ledaxem a ČČK - velmi dobrá zkušenost.
- U pečovatelských služeb vidí potřebu navyšovat kapacity. Zejména ve vzdálenějších obcích je obtížné kapacity najít.
- Byty zvláštního určení (domy s pečovatelskou službou).
- Pro cílovou skupinu je rovněž důležitá terénní zdravotní péče a jejich spolupráce s terénními sociálními službami.
- Pak úzce spolupracují s celým spektrem pobytových služeb, kterých je na území ORP České Budějovice větší množství.
- Pokud hledají místo pro klienty nejčastěji oslovují příspěvkové organizace Města České Budějovice.
- Důležitá je také tísňová péče, chráněné bydlení pro osoby s duševním onemocněním (to však není dlouhodobé řešení pro cílovou skupinu).
- Na území se rovněž rozvíjí sociální bydlení a Housing First.

Dostupnost služeb pro seniory s psychiatrickým onemocněním bez domova, či bez rodinného a sociálního zázemí.

- Nedostatečné kapacity terénní pečovatelské služby.
- Někdy si senioři nemohou zaplatit PS, protože nemají prostředky. Vzniká časová prodleva při vyřizování PNP.
- Nedostatečné kapacity v DPS.
- Problém je umisťovat když jsou duální diagnózy (alkoholismus).
- Plné kapacity azylových domů.
- Obecně je velký problém s nedostatkem bydlení pro tyto osoby, tím se omezuje možnost péče terénními službami a vzniká tlak na pobytové služby.

Kontraindikace při přijímání zájemců o sociální služby s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Alkohol (vzrůstá počet seniorů, kteří mají psychiatrickou diagnózu díky závislosti na alkoholu).

Jaké limity ovlivňují pomoc osobám s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Limitem jsou personální kapacity sociální práce v obcích.
- Dále dostupné kapacity terénních a pobytových služeb.
- Finanční limity u terénních služeb.
- Dopravní dostupnost, zejména vzdálenějších a menších obcí.
- Jednou z možných cest je rozvoj dobrovolnictví. Aktuální projekty však s lidmi s psychiatrickou diagnózou nepracují.

DOSTUPNOST SLUŽEB PRO CÍLOVOU SKUPINU

Na území ORP České Budějovice je největší koncentrace sociálních služeb, které pracují s cílovou skupinou osob s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku. Je zde zastoupeno kompletní spektrum řešených služeb. Celková registrovaná kapacita domovů se zvláštním režimem činí 450 lůžek (z toho je 410 lůžek zařazeno do krajské sítě). Registrovaná kapacita domovů pro seniory činí 952 lůžek (z toho je 682 zařazeno v krajské síti). Na území působí celkem 6 poskytovatelů pečovatelské služby (všechny tyto služby deklarují časovou dostupnost o svátcích a víkendech). Dále zde působí 2 služby osobní asistence, které rovněž deklarují dostupnost o víkendech a svátcích. Na území ORP České Budějovice je koncentrována největší kapacita pobytové formy odlehčovací služby pro seniory v celkové kapacitě 36 lůžek (3 služby) a 1 poskytovatel terénní formy odlehčovací služby dostupné o víkendech a svátcích (jde však o poskytovatele paliativní péče). Na území je rovněž dostupný jeden denní stacionář s okamžitou kapacitou 10 uživatelů. Většina těchto služeb má zařízení přímo v Českých Budějovicích. Na území rovněž dojíždí terénní odlehčovací služba Ledax o.p.s.

Poskytovatel	Služba	Území	Charakteristika
ALZHEIMER HOME z.ú., ALZHEIMER HOME České Budějovice	DZR	Celý Jihočeský kraj. Výjimečně Praha, Středočeský kraj, moravské kraje.	kapacita 170 lůžek, 130 zařazena do krajské sítě
CSS Emausy s.r.o., CSS Emausy	DZR	nezjištěno	kapacita 29 lůžek, 29 zařazena do krajské sítě
Domov Libnič a Centrum sociálních služeb Empatie	DZR	Celý Jihočeský kraj, příp. další kraje.	kapacita 112 lůžek, 112 zařazena do krajské sítě
Domov pro seniory Dobrá Voda	DZR	Celý Jihočeský kraj	kapacita 204 lůžek, 204 zařazena do krajské sítě
Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice, příspěvková organizace	DZR	Celé území ORP	kapacita 34 lůžek, 34 zařazena do krajské sítě
Domov pro seniory Máj České Budějovice, příspěvková organizace	DZR	Celé území ORP, příp. další části kraje	kapacita 60 lůžek, 60 zařazena do krajské sítě
Centrum sociálních služeb Staroměstská České Budějovice, příspěvková organizace	DPS	Město České Budějovice	kapacita 145 lůžek, 145 zařazena do krajské sítě
CSS Emausy s.r.o., CSS Emausy	DPS	nezjištěno	kapacita 29 lůžek, 29 zařazena do krajské sítě
Domov pro seniory Dobrá Voda	DPS	Celý Jihočeský kraj	kapacita 204 lůžek, 49 zařazena do krajské sítě
Domov důchodců "U Zlatého kohouta"	DPS	Hluboká nad Vltavou a okolí, následně ORP České Budějovice	kapacita 60 lůžek, 60 zařazena do krajské sítě
Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice, příspěvková organizace	DPS	České Budějovice a přilehlé obce	kapacita 240 lůžek, 240 zařazena do krajské sítě
Domov pro seniory Máj České Budějovice, příspěvková organizace	DPS	Celé území ORP, příp. další části kraje	kapacita 115 lůžek, 115 zařazena do krajské sítě
Centrum sociálních služeb Staroměstská České Budějovice, příspěvková organizace	PS	Město České Budějovice	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Charita České Budějovice	PS	ORP České Budějovice	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Ledax o.p.s.	PS	ORP České Budějovice, Trhové Sviny, Týn nad Vltavou, Kaplice, Dačice, Jindřichův Hradec, Třeboň	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích

6.1 ANALÝZA SITUACE V ORP

ORP ČESKÉ BUDĚJOVICE

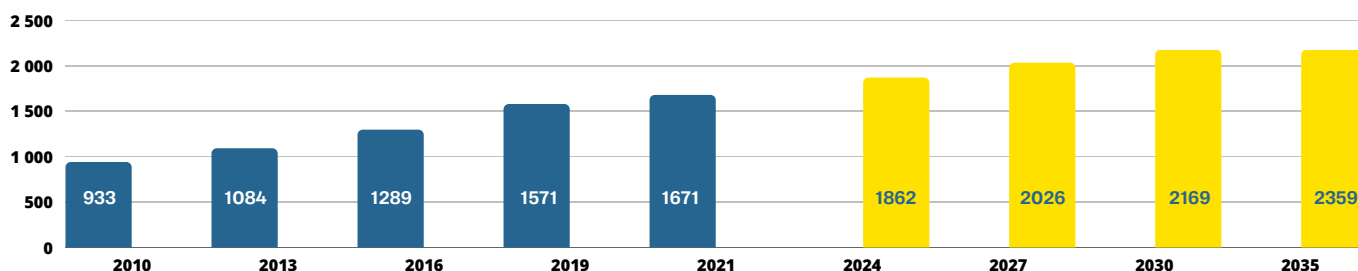
Poskytovatel	Služba	Území	Charakteristika
Oblastní spolek Českého červeného kříže České Budějovice	PS	nezjištěno	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
SENIOR HOME GROUP s.r.o.	PS	Jihočeský kraj, další kraje ČR	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Senior servis CB s.r.o.	PS	ORP České Budějovice (do 10 km od ČB)	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Charita České Budějovice	OA	ORP České Budějovice	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Ledax o.p.s.	OA	ORP Č. Budějovice, ORP Český Krumlov, ORP Trhové Sviny, ORP Týn nad Vltavou a ORP Prachatice.	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Domov důchodců "U Zlatého kohouta"	OS	Hluboká nad Vltavou a okolí, následně ORP České Budějovice	pobytová forma, kapacita 6 lůžek
Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice, příspěvková organizace	OS	České Budějovice a přilehlé obce	pobytová forma, kapacita 6 lůžek
Domov pro seniory Máj České Budějovice, příspěvková organizace	OS	Celé území ORP, příp. další části kraje	pobytová forma, kapacita 24 lůžek
Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. (České Budějovice)	OS	ORP České Budějovice	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Domov pro seniory Máj České Budějovice, příspěvková organizace	DS	Město České Budějovice, příp. celé území ORP	okamžitá kapacita 10 uživatelů

SPECIFIKA ÚZEMÍ ORP ČESKÉ BUDĚJOVICE

Jedná se o nejlidnatější ORP v území, které je relativně dobře zasítované sociálními i zdravotními službami. Žije zde však také nejvyšší počet příjemců na péči z celého kraje (22% z celkového počtu příjemců PNP), byť se absolutní počet příjemců PNP mezi lety 2019 a 2022 mírně snížil. Přesto je zřejmé, že zejména pobytové služby na území ORP České Budějovice slouží i pro obyvatele dalších ORP z území kraje. Z dat OK systému rovněž vyplývá, že část obyvatel ORP České Budějovice využívá pobytové kapacity v jiných ORP (zejména Tábor a Písek).

Území vykazuje nejvyšší míru životaschopnosti (agregovaný index vitality) a hospodářského potenciálu z celého kraje. Logicky i z hlediska indexu periferiality jde o nejvíce centrální území v kraji. Index sociálních problémů je naopak ve srovnání s ostatními ORP vyšší.

VÝVOJ A PROGNÓZA POČTU CÍLOVÉ SKUPINY*



* ve věku 50+

Typické situace potřeb osob s psychiatrickým onemocněním, které řeší sociální pracovníci v území.

- Nejčastěji se obrací neformálně pečující osoby.
- Také sociální pracovníce z nemocnice (LDN).
- Dále mají opatrovance, kteří jsou téměř výhradně osobami s psychiatrickým onemocněním.

Dostupnost sociálních služeb (místní a časová) pro osoby s psychiatrickým onemocněním.

- Malá dostupnost služeb pro tuto cílovou skupinu v pobytové formě.
- Do území dojíždí Fokus, který pracuje s osobami s duševním onemocněním.
- DPS se nesespecializují na tyto CS.
- Vyhledávají sociální služby dle dat z registru a pobytové služby doporučují (zejména DZR) mimo území ORP.
- V bývalých kasárnách se uvažuje o vzniku DPS a DZR.
- Terénní služby jsou na území dostupné. Poptávka po osobní asistenci a pečovatelské službě se zvyšuje. Tyto služby s cílovou skupinou dokáží pracovat.
- Na území je poskytována pobytová odlehčovací služba, ve které se navýšila kapacita lůžek.

Dostupnost služeb pro seniory s psychiatrickým onemocněním bez domova, či bez rodinného a sociálního zázemí.

- Mají zkušenost s tím, že senioři bez příjmů mají obtížnější vstup do pobytových sociálních služeb. Kontaktují služby ve Strakonících (Kotva), velký problém je nízká kapacita tohoto zařízení.

Kontraindikace při přijímání zájemců o sociální služby s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Závislost na alkoholu.
- Mobilní uživatelé, kteří jsou dezorientováni (pro DPS).
- Musí se obracet na DZR mimo území ORP.

Jaké limity ovlivňují pomoc osobám s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Největší problém je, že nemají k dispozici zařízení DZR.
- Schází azylové domy a denní centra.

6.1 ANALÝZA SITUACE V ORP

ORP ČESKÝ KRUMLOV

DOSTUPNOST SLUŽEB PRO CÍLOVOU SKUPINU

Na území ORP Český Krumlov jsou dostupné dva domovy pro seniory v celkové registrované kapacitě 171 lůžek (tato kapacita je rovněž zařazena do krajské sítě sociálních služeb). Na území působí celkem 7 poskytovatelů pečovatelské služby, pouze jedna je dostupná o svátcích a víkendech. Z dostupných informací (rozhovory s poskytovateli) je zřejmé, že pečovatelská služba není dostupná po celém území ORP Český Krumlov. Dále zde působí 1 služba osobní asistence, která deklaruje dostupnost o víkendech a svátcích. Na území působí dva poskytovatelé odlehčovací služby pro seniory. V nabídce jsou zastoupeny všechny formy této služby, tedy terénní, ambulantní a pobytová (25 lůžek). Poskytovatel terénní formy odlehčovací služby deklaruje dostupnost o víkendech a svátcích (jde však o poskytovatele paliativní péče).

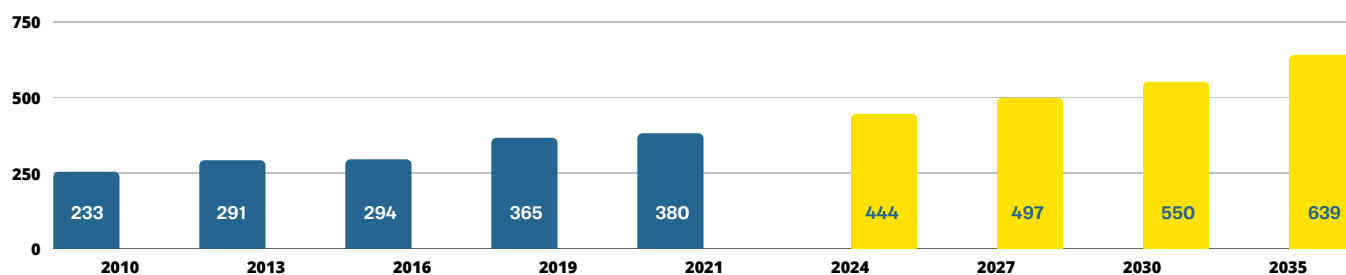
Poskytovatel	Služba	Území	Charakteristika
Czech one Prague s.r.o., Czech one Prague - Dům pro seniory Wágnerka	DPS	ORP Český Krumlov a České Budějovice, výjimečně jiná území JČ kraje nebo Praha	kapacita 71 lůžek, 71 zařazena do krajské sítě
Domov důchodců Horní Planá	DPS	ORP Český Krumlov (případně celá ČR)	kapacita 100 lůžek, 100 zařazena do krajské sítě
Město Horní Planá	PS	Horní Planá	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích
Město Větřní	PS	Město Větřní a obec Bohdanovice	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích
Město Vyšší Brod	PS	Město Vyšší Brod a obce Malšín a Rožmberk	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích
Městys Křemže	PS	Obec Křemže	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích
Obec Brloh	PS	Obec Brloh	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích
Obec Loučovice	PS	Obce Loučovice a Lipno	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích
Sociální služby SOVY obecně prospěšná společnost	PS	Město Český Krumlov a obce v blízkém okolí do 10 km (Kájov, Chvalšiny, Srnín, Zlatá Koruna)	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
ICOS Český Krumlov, o.p.s.	OA	ORP Český Krumlov a ORP Kaplice	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. (Český Krumlov)	OS	ORP Český Krumlov	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Sociální služby SOVY obecně prospěšná společnost	OS	Jihočeský kraj	pobytová (25 lůžek) a ambulantní

SPECIFIKA ÚZEMÍ ORP ČESKÝ KRUMLOV

I vzhledem k počtu osob ve věku věku 55+, kteří pobírají příspěvek na péči ve III. a IV. stupni (370 osob v prosinci 2022, z nichž 33 bylo uživateli DZR v jiných ORP) je zřejmé, že v tomto území významným způsobem chybějí kapacity DZR. Absolutní počet příjemců na péči se mezi lety 2019 a 2022 mírně snížil. Kromě jedné pečovatelské služby a jedné osobní asistence není na území ORP Český Krumlov dostupná terénní služba sociální péče o svátcích a víkendech, přičemž některé pečovatelské služby z tohoto území deklarují, že s cílovou skupinou seniorů s psychiatrickým onemocněním nepracují.

Území vykazuje oproti okolním ORP Kaplice a Prachatice vyšší míru životaschopnosti (agregovaný index vitality). Naopak z hlediska indexu sociálních problémů je toto území srovnatelné s ORP Kaplice a částečně Prachatice (ve vnitrokrajském srovnání jde o území s nejvyšší mírou sociálních problémů). Pro poskytování terénních služeb a jejich financování je komplikací nízká hustota zalidnění a členitost terénu (zejména v oblasti Šumavy).

VÝVOJ A PROGNÓZA POČTU CÍLOVÉ SKUPINY*



* ve věku 50+

Typické situace potřeb osob s psychiatrickým onemocněním, které řeší sociální pracovníci v území.

- Nejčastěji se obrací rodinní příslušníci, nechtějí si přiznat diagnózu. Pak nastává zlom a chtějí situaci vyřešit hned.
- Obrací se sociální pracovníci z nemocnic (často je příjem z jiného důvodu a následně dochází k diagnóze).

Dostupnost sociálních služeb (místní a časová) pro osoby s psychiatrickým onemocněním.

- V území působí 2 PS, nejsou však schopné poskytovat nepřetržité služby (poskytují službu o svátcích a víkendech). Daří se však řešit i obtížné situace a komplikované klienty, musí se však přistupovat hodně individuálně a musí tam fungovat spolupráce lékař, rodina, PS a sociální pracovníci obce, je to však obtížné zkoordinovat.
- OA deklaruje nepřetržitou péči.
- Odlehčovací služba bohužel skončila.
- Domov pro seniory přijímá pouze nemobilní zájemce o službu s psychiatrickým onemocněním.
- Dále využívají DZR v Jindřichově Hradci, dále využívají i služby v kraji Vysočina například v Telči nebo ve Velkém Újezdě (také kraj Vysočina).
- Využívají rovněž sociální lůžka v nemocnici (8 lůžek, není vazba na LDN) a LDN v Počátkách.
- Na území působí Fokus, který však pracuje s osobami s duševním onemocněním (mají kontaktní prostory v Dačicích) a dojíždí za klienty v produktivním věku.
- Na území jsou domy s pečovatelskou službou (byty zvláštního určení), je tam dostupná PS a nájemníci si mohou sjednat další služby. Se zvyšujícím se věkem se u těchto nájemníků objevují psychiatrické onemocnění. PS se snaží tyto osoby udržet v těchto bytech co nejdéle (výhodou je to, že tam mají kanceláře PS).
- Nedostatek kapacit chráněného bydlení pro cílovou skupinu.

Dostupnost služeb pro seniory s psychiatrickým onemocněním bez domova, či bez rodinného a sociálního zázemí.

- Zařízení pro osoby bez domova jsou obsazená. Někdy se podaří, že obec najde prostory pro bydlení (bezbariérové) a v kombinaci s terénní službou je situace vyřešena. Většinou však nikdo tyto lidi nechce (bez PNP a důchodu). Jediné zařízení, které využívají je Kotva ve Strakonících (dříve obdobnou službu poskytovala i nemocnice ve Vimperku). Proto se snaží umísťovat i mimo kraj (například DZR Přístav - Ostrava, Frýdek Místek a Praha).
- Zestárla první generace osob bez domova (často nemají stanovené diagnózy), ale většinou vykazují znaky. Pak se ozývají starostové se žádostí o pomoc. Samotní sociální pracovníci mají přehled o této cílové skupině jelikož je znají z terénu.
- Pohraničí je specifické, větší počet lidí bez domova (souvisí s dosidlováním po 2. světové válce).

Kontraindikace při přijímání zájemců o sociální služby s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Kontraindikací je pokud je zájemce o službu s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku u domovů pro seniory mobilní (obava, že ze zařízení odejde).
- Nedostatek kapacit pro osoby bez domova z této cílové skupiny, včetně zvýšeného práhu pro jejich vstup do jakékoliv služby (chování, předchozí životní příběh, nemají důchod atd.).

Jaké limity ovlivňují pomoc osobám s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Dopravní obslužnost je velice špatná (obce jsou malé) nízká hustota osídlení. Veřejná doprava je minimální. Individuální doprava je často jediným řešením zajištění dopravní dostupnosti.
- Další problémem je, že v rámci reformy psychiatrické péče nedošlo k posílení terénních a ambulantních kapacit (v území působí pouze jeden psychiatr). Skvěle by bylo obnovit péči v domácím prostředí. CDZ je v Táboře, to je pro klienty z Dačic prakticky nedostupné.

6.1 ANALÝZA SITUACE V ORP

ORP DAČICE

DOSTUPNOST SLUŽEB PRO CÍLOVOU SKUPINU

Na území ORP Dačice působí jeden domov pro seniory v celkové registrované kapacitě 73 lůžek (tato kapacita je rovněž zařazena do krajské sítě sociálních služeb). Na území působí celkem 2 poskytovatelé pečovatelské služby, obě jsou dostupné o svátcích a víkendech. Dále zde působí 1 služba osobní asistence, která deklaruje dostupnost o víkendech a svátcích. Na území je také poskytována terénní forma odlehčovací služby (zacílená je zejména na umírající), která není dostupná o víkendech a svátcích. Na území působí rovněž denní stacionář s okamžitou kapacitou 10 uživatelů.

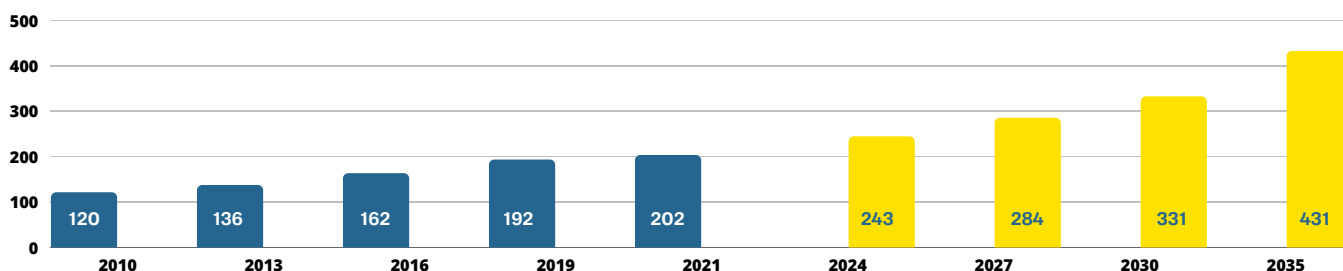
Poskytovatel	Služba	Území	Charakteristika
Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec, Domov seniorů Dačice	DPS	ORP Dačice, (případně Jihočeský kraj)	kapacita 73 lůžek, 73 zařazena do krajské sítě
Ledax o.p.s.	PS	ORP České Budějovice, Trhové Sviny, Týn nad Vltavou, Kaplice, Dačice, Jindřichův Hradec, Třeboň	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
RESIDENT 2000 o.p.s	PS	ORP Dačice, Jindřichův Hradec	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Diecézní charita Brno	OA	ORP Dačice	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Domácí péče Dačice s.r.o.	OS	ORP Dačice	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích
Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec	DS	ORP Dačice	okamžitá kapacita 10 uživatelů

SPECIFIKA ÚZEMÍ ORP DAČICE

Vzhledem ke geografickému umístění tohoto ORP dochází k čerpání některých, zejména pobytových služeb DZR, v jiných krajích (Vysočina). I v tomto ORP došlo mezi lety 2019 a 2022 k úbytku počtu osob, které pobírají PNP. Po ORP Týn nad Vltavou, Vodňany a Blatná se jedná o nejnižší počet příjemců v absolutních hodnotách (445 v prosinci 2022). Pozitivní je přítomnost terénních služeb PS a OA, které pokrývají ORP Dačice službami i o svátcích a víkendech (výjimku tvoří jedna OA).

Území vykazuje nejnižší míru životaschopnosti (agregovaný index vitality) ze všech ORP Jihočeského kraje (k významným faktorům, které tuto skutečnost ovlivňují je negativní přírůstek obyvatel a index stáří). ORP Dačice je rovněž území s nejnižším hospodářským potenciálem v celém Jihočeském kraji a nejvyšším indexem periferiality (jedná se o jednu z nejdlehlších částí Jihočeského kraje).

VÝVOJ A PROGNÓZA POČTU CÍLOVÉ SKUPINY*



* ve věku 50+

Typické situace potřeb osob s psychiatrickým onemocněním, které řeší sociální pracovníci v území.

- Obrací se často rodiny, kde se nemohou sami postarat. Dotazují se, jak postupovat, co zařídit. O informace žádají i rodiny, kde by chtěli péči zajistit sami. V této situaci doporučují pečovatelskou službu nebo osobní asistenci.
- Případů přibývá, týdně cca 1-2 nové případy, žádosti o poradenství.
- Přibývá též případů, kdy onemocní lidé v mladším věku. Situace těchto rodin bývá komplikovaná ještě z dalších hledisek - studující nebo nezaopatřené děti, ztráta příjmu v rodině apod.
- Problematické jsou situace náhlého zhoršení. Pokud se ten člověk nemá kam vrátit, nemá o něj kdo pečovat, pokud je chodící a mohl by odejít, ztratit se.
- Krizové situace se řeší přes zdravotnická zařízení (sociální lůžka).

Dostupnost sociálních služeb (místní a časová) pro osoby s psychiatrickým onemocněním.

- Území je relativně dobře zasítováno terénními službami. Existují ale výjimky.
- V území funguje několik poskytovatelů pečovatelské služby, někteří zde mají sídlo, jiní poskytují z okolních území (např. RESIDENT 2000 o.p.s). Některé malé obce ale touto službou zajištěny nejsou, např. obec Strmelov, zde se služba neujala, lidé ji nečerpají, není pro ni podpora.
- Stále se navyšuje počet osob, které nově potřebují terénní služby. Terénní služby jsou velmi vyčerpány (např. Ledax o.p.s.) a je evidentní, že kapacita je nedostatečná.
- Na malých obcích je dobrá zkušenost se sousedskou výpomocí.
- Pečovatelskou službou a osobní asistencí jsou dobře pokryty všechny větší (střediskové) obce.
- Starostové malých obcí jsou o nabídce sociálních služeb informováni.
- V území chybí odlehčovací služby, není zde žádná nabídka.
- Dobře funguje spolupráce s lékaři, se zdravotnickými zařízeními.

Dostupnost služeb pro seniory s psychiatrickým onemocněním bez domova, či bez rodinného a sociálního zázemí.

- Odbor pracuje s cca 70 opatrovanci. Problematictí jsou lidé spíše v mladším (než seniorském) věku, u kterých je častý abusivní alkoholismus. Někteří lidé se tak točí v kolečku psychiatrická nemocnice (či jiné zdravotnické zařízení), nevyhovující bydlení (a celkově nevyhovující životní okolnosti), zpět zdravotnické zařízení. Pro některé klienty by byla vhodná služba domov se zvláštním režimem poskytovatele Kotva při strakonické nemocnici, Vimperk apod. Šance na přijetí do těchto služeb je ale velmi nízká.

Kontraindikace při přijímání zájemců o sociální služby s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Problematické je sehnat pobytovou službu typu DZR, pro zájemce který ji potřebuje bezodkladně. Čekací doby jsou dlouhé.
- Problematická je finanční stránka. Některá privátní AlzheimerCentra jsou pro nízkopříjmové osoby nebo lidi bez příjmu zcela nedostupná.
- Problematická je jakákoliv kombinace vícero znevýhodnění (kombinace diagnóz, alkoholová minulost či jakákoliv závislost, kombinace mentálního postižení a psychiatrické diagnózy, nízký příjem, nízký věk, mobilita seniora atd.).

Jaké limity ovlivňují pomoc osobám s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Kapacity sociálních služeb - jak terénních služeb, tak pobytových. Velký problém při potřebě navýšit služby v domácím prostředí, tak, aby klient nemusel odcházet do pobytového zařízení. Pobytové služby - problém při akutní krizové situaci, není kam potřebného umístit.
- Personální kapacity služeb, sociálních pracovníků - chybí lidé.
- Chybí podpora pečujících osob - psychologická podpora. Často je problém finanční stránka (pečující přichází o příjem, o léta pojištění).
- Chybí odlehčovací služby, na území ORP nejsou vůbec k dispozici.

DOSTUPNOST SLUŽEB PRO CÍLOVOU SKUPINU

Na území ORP Jindřichův Hradec působí jeden domov se zvláštním režimem (registrovaná kapacita 18 lůžek, která je zařazená do krajské sítě sociálních služeb). Dále je zde jeden domov pro seniory v celkové registrované kapacitě 99 lůžek (tato kapacita je rovněž zařazená do krajské sítě sociálních služeb). Na území působí celkem 3 poskytovatelé pečovatelské služby (terénní forma). Jedna z nich není dostupná o víkendech a svátcích, zbývající jsou v těchto dnech dostupné.

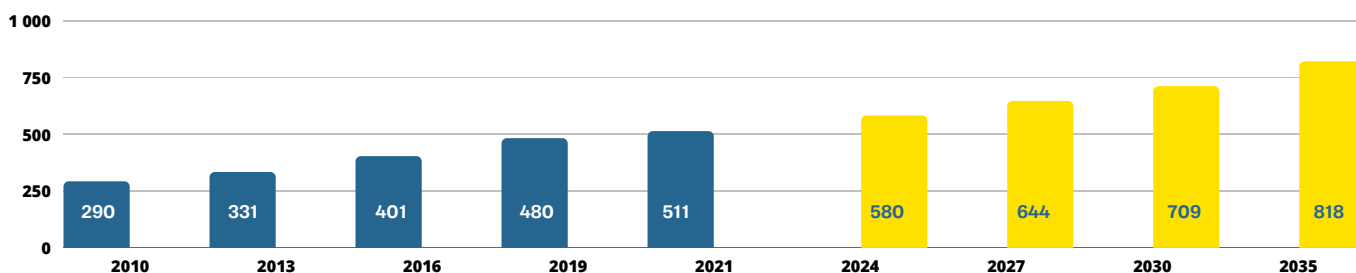
Poskytovatel	Služba	Území	Charakteristika
Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec, Domov seniorů Jindřichův Hradec	DZR	okres Jindřichův Hradec	kapacita 18 lůžek, 18 zařazeno do krajské sítě
Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec, Domov seniorů Jindřichův Hradec	DPS	ORP Jindřichův Hradec, (případně Jihočeský kraj)	kapacita 99 lůžek, 99 zařazeno do krajské sítě
Ledax o.p.s.	PS	ORP České Budějovice, Trhové Sviny, Týn nad Vltavou, Kaplice, Dačice, Jindřichův Hradec, Třeboň	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Město Nová Bystřice	PS	Nová Bystřice a spádové obce	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích
SLUNCE, Pečovatelská služba s.r.o.	PS	Okolí Kardašovy Řečice (cca 15 obcí ORP Jindřichův Hradec a Veselí nad Lužnicí)	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích

SPECIFIKA ÚZEMÍ ORP JINDŘICHŮV HRADEC

Na rozdíl od jiných území kraje v meziročním srovnání (2019 a 2022) došlo k navýšení počtu příjemců na péči. Velmi vysoký je podíl počtu příjemců PNP ve III. a IV. stupni, který tvoří 43% z celkového počtu příjemců PNP.

Území vykazuje druhou nejnižší míru sociálních problémů (agregovaný index sociálních problémů) v Jihočeském kraji. Naopak vysoký je index stáří na území ORP.

VÝVOJ A PROGNÓZA POČTU CÍLOVÉ SKUPINY*



* ve věku 50+

Typické situace potřeb osob s psychiatrickým onemocněním, které řeší sociální pracovníci v území.

- Obracejí se neformálně pečující, kteří se věnují péči o své blízké. Sociální pracovníci poskytují poradenství (například sociální dávky atd.), propojují vhodnou sociální službu, řeší individuálně situaci. Snaží se pomáhat, i když nejsou dostupné pobytové služby. Pečující osoby někdy obdrží kontakt v nemocnici, nebo mají osvědčeného lékaře, který doporučí obrátit se na sociální odbor. Pečující potřebují řešit situaci okamžitě a nevyhovuje jim čekat na poradenství.
- Občas se obrací starostové obcí (sociální pracovníci jsou s nimi v kontaktu několikrát do roka).
- ORP Kaplice je typické velkým množstvím ubytoven, kde žijí osoby ohrožené sociálním vyloučením. Stále častěji se setkávají s obyvateli těchto ubytoven, kteří stárnou a mají psychiatrické onemocnění. Zpravidla nebývají příliš motivováni tuto situaci řešit (majitelé ubytoven nespolupracují). Těchto osob přibývá. Přibývá i jejich koncentrace (například 10 osob na jedné ubytovně). Jedná se o osoby závislé, zadlužené, dlouhodobě nezaměstnané, bez nároku na výplatu důchodu atd. Je velmi složité zajistit podporu terénní péče (nemají vyřízen PNP).

Dostupnost sociálních služeb (místní a časová) pro osoby s psychiatrickým onemocněním.

- V pobytových zařízeních (zejména DZR) jsou dlouhé čekací doby (zpravidla 1/2 roku).
- Dobře funguje terénní odlehčovací služba Ledax. Pobytové odlehčovací služby využívají v Českých Budějovicích a Českém Krumlově, případně odkazují na ORP Prachatice.
- Terénní služby jsou dostatečné (dojíždí i do ubytoven). Je otázka času, jak dlouho to bude postačovat. Setkávají se spíše s problémem, jak namotivovat klienta (například pro dobu před přiznáním PNP).
- Zatím se sociální pracovníci prostřednictvím sociální práce snaží nahrazovat chybějící služby (zejména terénní program), ale lze předpokládat postupné navýšování počtu těchto klientů, pak to nebude udržitelné.
- Chybí pobytová zařízení s nižšími standardy. Bylo by to pro osoby ohrožené sociálním vyloučením důstojnější, než na ubytovnách.

Dostupnost služeb pro seniory s psychiatrickým onemocněním bez domova, či bez rodinného a sociálního zázemí.

- Na území není dostupný terénní program zacílený na sociálně vyloučené seniory, který by navštěvoval tuto cílovou skupinu na ubytovnách.
- Hodně využívají Kotvu ve Strakoniciích a dále PH ve Vimperku (pobytová zařízení, která umí pracovat se seniory s psychiatrickým onemocněním, kteří jsou sociálně vyloučení).

Kontraindikace při přijímání zájemců o sociální služby s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Zmiňují kritérium imobility u seniorů s psychiatrickým onemocněním při vstupu do DPS.
- Další nepsanou kontraindikací pro zájemce o vstup do pobytových služeb je nízkopříjmovost (zejména nízký, nebo žádný důchod).
- Závislost jako kontraindikace pro vstup do pobytového zařízení (životní návyky).

Jaké limity ovlivňují pomoc osobám s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Časové a personální limity. Nedostatek, terénních služeb pro cílovou skupinu osob ohrožených sociálním vyloučením (stále častěji tam patří senioři s psychiatrickým onemocněním).
- Mnoho z klientů nedojede do Kaplice, proto sociální pracovníci musí za nimi (individuální doprava).
- Přibývá počet lidí, kteří onemocní psychiatrickým onemocněním a ztrácejí svéprávnost. Nastává problémem pro malou obec, která se bez kompetencí a znalostí problematiky stává veřejným opatrovníkem.
- Nedostatek úvazků pro sociální pracovníky na obci.

DOSTUPNOST SLUŽEB PRO CÍLOVOU SKUPINU

Na území ORP Kaplice působí jeden domov pro seniory o celkové registrované kapacitě 54 lůžek (tato kapacita je rovněž zařazena do krajské sítě sociálních služeb). Jeden poskytovatel má na území zařízení terénní pečovatelské služby, která není dostupná o víkendech a svátcích.

Dále do ORP Kaplice dojíždí terénní pečovatelská služba (Ledax o.p.s.) a osobní asistence (ICOS Český Krumlov, o.p.s.), které mají deklarují časovou dostupnost o víkendech a svátcích.

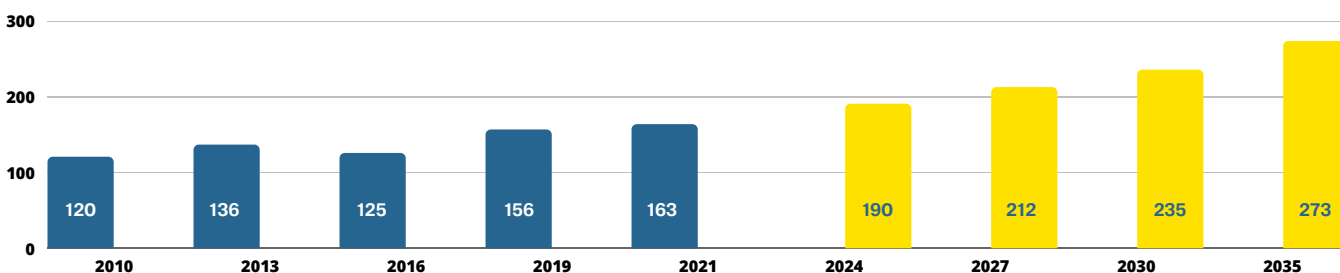
Poskytovatel	Služba	Území	Charakteristika
Domov pro seniory Kaplice	DPS	ORP Kaplice (případně Jihočeský kraj)	kapacita 54 lůžek, 54 zařazeno do krajské sítě
Charita Kaplice	PS	ORP Kaplice (případně Jihočeský kraj)	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích

SPECIFIKA ÚZEMÍ ORP KAPLICE

Nejdůležitějšími službami zajišťující péči o seniory s psychiatrickým onemocněním na území jsou pečovatelská služba a osobní asistence, které do ORP Kaplice dojíždějí. Klíčová je rovněž role sociálních pracovníků odboru sociálních věcí, kteří v mnoha ohledech nahrazují chybějící kapacity terénních služeb.

ORP Kaplice je území, které vykazuje druhý nejvyšší index sociálních problémů v Jihočeském kraji. Vysoký je zejména podíl osob čelících exekucí. Velmi nízký je rovněž agregovaný index hospodářského potenciálu území. Nachází se zde velký počet ubytoven, na kterých žije vysoký počet seniorů s psychiatrickým onemocněním, kteří jsou ohrožení sociálním vyloučením. Spolu s ORP Dačice patří toto území k jedněm z nejdlehlších v kraji (velmi vysoký index periferality).

VÝVOJ A PROGNÓZA POČTU CÍLOVÉ SKUPINY*



* ve věku 50+

Typické situace potřeb osob s psychiatrickým onemocněním, které řeší sociální pracovníci v území.

- Příliš často se s touto cílovou skupinou sociální pracovníci neseťkávají.
- Nejčastěji se o pomoc obrací neformálně pečující osoby.
- Pracují s opatrovanci, kteří jsou ohroženi sociálním vyloučením (nejčastěji demence z důvodu závislosti). Buď žijí v domově s pečovatelskou službou, kde využívají pečovatelskou službu, nebo žijí v domácím prostředí a stará se o ně pečující osoba a využívají PS.

Dostupnost sociálních služeb (místní a časová) pro osoby s psychiatrickým onemocněním.

- V rámci ORP jsou oba poskytovatelé pečovatelské služby schopni poskytovat na území celého ORP, o svátcích a víkendech pouze omezeně.
- Dále na území působí Fokus, který zajišťuje sociální rehabilitaci s psychiatrickými pacienty.

Dostupnost služeb pro seniory s psychiatrickým onemocněním bez domova, či bez rodinného a sociálního zázemí.

- Osoby bez domova se na území nezdržují, pokud ano jde spíše o jednotlivce. Nejsou zde ubytovny.

Kontraindikace při přijímání zájemců o sociální služby s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- DPS zájemci o službu nesmí narušovat kolektivní soužití.
- Většinou však nemají zpětnou vazbu od zájemců o službu. Pouze zprostředkovávají kontakt na poskytovatele sociálních služeb.

Jaké limity ovlivňují pomoc osobám s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Málo psychiatrů (čeká se dlouho).
- Hodně se zlepšila dostupnost DPS (došlo k navýšení kapacity).
- Komplikovanější je dostat se do DZR.

6.1 ANALÝZA SITUACE V ORP

ORP MILEVSKO

DOSTUPNOST SLUŽEB PRO CÍLOVOU SKUPINU

Na území ORP Milevsko působí jeden domov pro seniory o celkové registrované kapacitě 78 lůžek (tato kapacita je rovněž zařazena do krajské sítě sociálních služeb). Působí zde 3 pečovatelské služby, které deklarují dostupnost o víkendech a svátcích ve své terénní formě poskytování. Jedna pečovatelská služba je také poskytována ambulantní formou. Na území je rovněž poskytována odlehčovací služba v pobytové formě (4 lůžka).

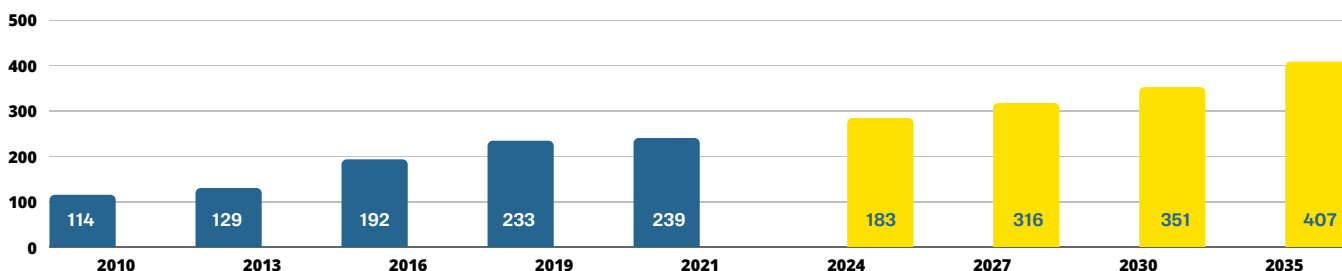
Poskytovatel	Služba	Území	Charakteristika
Sociální služby Města Milevska, příspěvková organizace	DPS	ORP Milevsko (případně okolní ORP)	kapacita 78 lůžek, 78 zařazeno do krajské sítě
Charita Písek (Milevsko)	PS	Milevsko a rádius do cca 20 km (Opařansko, Tábořsko, Město Bechyně)	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
MUDr. Bernotová Ludmila	PS	nezjištěno	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Sociální služby Města Milevska, příspěvková organizace	PS	ORP Milevsko	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích, ambulantní
Sociální služby Města Milevska, příspěvková organizace	OS	ORP Milevsko	pobytová (4 lůžka)

SPECIFIKA ÚZEMÍ ORP MILEVSKO

Mezi lety 2019 a 2022 v tomto území klesl počet příjemců na péči, převládají však příjemci III. a IV. stupně závislosti (54%). Obtížněji dostupná je služba DZR (nejbližší v ORP Písek, případně Tábor). VNa území je dostupná odlehčovací služba (pobytová forma).

ORP Milevsko vykazuje nízkou míru vitality (velmi vysoký je například index stáří) a hospodářského potenciálu. Naopak pozitivní je nízká míra sociálních problémů.

VÝVOJ A PROGNÓZA POČTU CÍLOVÉ SKUPINY*



* ve věku 50+

Typické situace potřeb osob s psychiatrickým onemocněním, které řeší sociální pracovníci v území.

- Obrací se Správa bytů (narušení soužití, senior je sám, chová se nestandardně apod.).
- Obrací se i ošetřující lékař (zmatenost, nebo že je senior sám).
- Obrací se i rodina. Hodně pomáháme rodinám s návrhy k soudu, s přípravou zpráv pro soud apod. Pro rodiny je to náročné, je toho hodně.
- Aktuální konkrétní zkušenosti s těmito situacemi: senior se schizofrenií, s etylickou demencí, s poruchou osobnosti, senioři (ale i mladší lidé) stagnující v psychiatrických nemocnicích, stárnoucí klienti (věk 40-50 let) užívající dlouhodobě/celoživotně návykové látky, u kterých se již plně projevují zdravotní problémy.
- Veřejné opatrovnictví pro cca 40-60, kteří stagnují pro různých zdravotnických zařízeních (LDN, sociální lůžka, PN). Aktuálně cca 10 zcela akutních opatrovanců, kteří nemají kam jít.

Dostupnost sociálních služeb (místní a časová) pro osoby s psychiatrickým onemocněním.

- Máme na hraně terénní služby, jejich kapacity jsou už teď vyčerpané, nejsou schopny pokrýt nové požadavky (zejména večerní a víkendové hodiny). Lidé nám proto potom stagnují v psychiatrických nemocnicích.
- Velmi se snaží Charita Písek, zřizuje nová střediska.
- Fokus Písek zajišťuje spíš "lehčí případy".
- Je velký tlak na pobytové služby, obrovský tlak. Už vidíme, že přichází ta demografická vlna.
- AlzheimerHome – tam je to finančně náročné, pokud senior nemá úspory nebo rodina nedoplatí, stává se služba finančně nedostupnou.
- SeneCura, tam je situace trochu příznivější. Ale i tam je běžná smlouva na sociální službu + další smlouva, že rodina doplatí další náklady.
- Lidem ve veřejném opatrovnictví, kteří mají příjmy, ani nemá cenu do těchto zařízení žádosti podávat. A to přitom poskytujeme dotace na sociální účely od města (pokrývají náklady za klienty, kteří nemají na plnou úhradu za služby).
- Dobře fungují Světlo a Diakonie. Ale kapacita je zoufalá, je tam obrovský převis zájmu.
- Byty v domě s pečovatelskou službou, aktuálně už tam nemáme stopku na psychiatrickou dg. tj. nemoc člověk může mít, ale nesmí narušit soužití. To je velký pokrok, dříve to byla stopka.
- Aktuálně je problematická situace kolem AlzheimerHome, uzavírají službu a přesouvají ji do Chelčic, zde až 120 lůžek. Ale lidi nechtějí odcházet z místa, mají tady vazbu na Písek.

Dostupnost služeb pro seniory s psychiatrickým onemocněním bez domova, či bez rodinného a sociálního zázemí.

- Naprosto problematická. Hodně lidí stagnuje ve zdravotnických zařízeních (PN, sociální lůžka).
- Dle metodického pokynu dáváme lidem, pro které vykonáváme veřejné opatrovnictví, žádosti po celé ČR. Ale ne každému to vyhovuje. Mnoho lidí zde má vazby.
- Spolupráce s píseckou nemocnicí, sociální lůžka. Tam se odchytí hodně lidí z vesnic. Ten záchyt je ale pozdě, až když jsou v nemocnici.
- Krizové je Mirovicko, tam není sociální pracovníce, tam se to dozvídáme až při hospitalizaci. Mirovice, PO2 – tam máme sociální pracovníky.

Kontraindikace při přijímání zájemců o sociální službu s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Abusus alkoholu, návykových látek, někteří klienti jsou moc mladí, nesplní kritéria pro vstup do pobytové služby díky věku.
- Problém jsou finance, zejména u soukromých poskytovatelů.

Jaké limity ovlivňují pomoc osobám s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Rodiny si hledají soukromé asistenty péče. Nemáme s tím ale dobrou zkušenost, jsou to extrémní, kdo jde takovou soukromou pečovatelskou dělat. Oni si říkají pečovatelskou, může to být kdokoliv. Je to hrozně ošemetné. Je to jak černý trh.

DOSTUPNOST SLUŽEB PRO CÍLOVOU SKUPINU

Na území ORP Písek působí 5 služeb domovů se zvláštním režimem v celkové registrované kapacitě 211 lůžek (do krajské sítě sociálních služeb je zařazeno 79 lůžek). Působí zde rovněž tři domovy pro seniory v celkové registrované kapacitě 280 lůžek, které jsou kompletně zařazeny do krajské sítě sociálních služeb. Zařízení zde mají 2 pečovatelské služby, které deklarují dostupnost o víkendech a svátcích ve své terénní formě poskytování. Jedna pečovatelská služba je poskytována ambulantní formou. Na území působí dva poskytovatelé odlehčovací služby v terénní formě, kteří neposkytují své služby o víkendech a svátcích. Jedna z těchto služeb je primárně určena pro umírající.

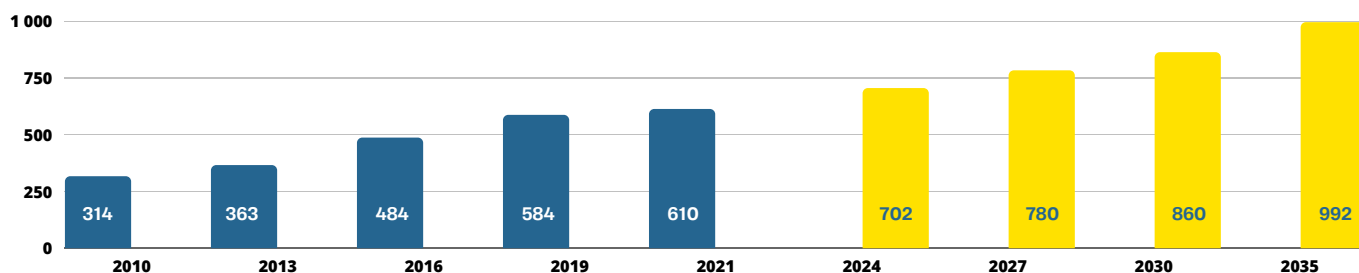
Do území rovněž dojíždí terénní pečovatelská služba (Sociální služby Města Milevska, příspěvková organizace).

Poskytovatel	Služba	Území	Charakteristika
ALZHEIMER HOME z.ú., ALZHEIMER HOME PÍSEK	DZR	ORP Písek, ale občas i jiná ORP Jihočeského kraje	kapacita 34 lůžek, 34 zařazeno do krajské sítě
Diakonie ČCE - středisko Blanka, Domov se zvláštním režimem - Vážka	DZR	Město Písek a okolí	kapacita 7 lůžek, 7 zařazeno do krajské sítě (pouze ženy)
Domov pro seniory Světlo	DZR	ORP Písek, Strakonice, Blatná, ale i jiný ORP JČk, výjimečně Středočeský a Plzeňský kraj a Praha	kapacita 38 lůžek, 38 zařazeno do krajské sítě
PORSL s.r.o., Domov Rakovice	DZR	kraje: Zlínský, Hlavní město Praha, Liberecký, Karlovarský, Plzeňský, Jihočeský, Středočeský, Královéhradecký, Ústecký, Olomoucký, Pardubický	kapacita 73 lůžek, 0 zařazeno do krajské sítě
PREMIUM BUSINESS s.r.o., Pomněnka Protivín	DZR	Celá ČR, převažuje Tábora a Týn nad Vltavou	kapacita 59 lůžek, 0 zařazeno do krajské sítě
Diakonie ČCE - středisko Blanka, Domov pro seniory - Domovinka	DPS	Město Písek a okolí	kapacita 34 lůžek, 34 zařazeno do krajské sítě
Domov pro seniory Světlo	DPS	ORP Písek, Strakonice, Blatná, výjimečně odjinud z JČ kraje, StřČ kraje či Prahy	kapacita 143 lůžek, 143 zařazeno do krajské sítě
SeneCura SeniorCentrum Písek a.s., Domov pro seniory	DPS	ORP Písek a Jihočeský kraj	kapacita 103 lůžek, 103 zařazeno do krajské sítě
Diakonie ČCE - středisko Blanka	PS	Město Písek, Čimelicko, Miroticko	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Charita Písek (Písek)	PS	Město Písek a okolí, Čimelicko, Miroticko, Protivínsko	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Městské středisko sociálních služeb	PS	Město Písek	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích, ambulantní
MESADA, z. s.	OA	nezjištěno	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích
Domácí hospic Athelas - středisko Husitské diakonie	OS	Město Písek a okolí do 30 km	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích

SPECIFIKA ÚZEMÍ ORP PÍSEK

Kapacita DRZ na území ORP Písek je využívána i obyvateli sousedních ORP, část těchto kapacit (komerční poskytovatelé) je využívána i obyvateli jiných krajů. Dlouhodobě dochází k navyšování počtu příjemců PNP. Téměř 54% z nich jsou příjemci III. a IV. stupně závislosti. Vzhledem k velikosti města Písek lze toto území považovat za centrální (málo periferní), o čemž svědčí i vysoká spádovost pobytových sociálních služeb v tomto území.

VÝVOJ A PROGNÓZA POČTU CÍLOVÉ SKUPINY*



* ve věku 50+

Typické situace potřeb osob s psychiatrickým onemocněním, které řeší sociální pracovníci v území.

- Obrací se příbuzní, rodiny, občas i kamarádi seniorů. Přichází se poradit ("babička se chová divně...").
- Obrací se i spolky, sousedé, policie - když zaznamenají něco podivného, nestandardního.
- Běžná je spolupráce s nemocnicí, pokud mají propouštět člověka, u kterého vidí nestandardní chování.
- Lidé se těžko dostávají k odborné lékařské péči - dlouhé čekací doby na prvotní vyšetření.
- Zkušenost se seniory, kteří mají jiné psychické problémy než demenci - deprese, úzkosti, panické stavy, suicidální myšlenky, stavy vycházející z pocitů opuštění a osamělosti.
- SPECIFICKÁ SITUACE je v pohraničí (Sudety, Nová Pec apod.). Žijí zde ještě generace původních reemigrantů (Rumunsko, Bulharsko), jiné zvyky, jiný způsob života, osobní devastace životním stylem, chudoba, špatná dopravní obslužnost pohraničí.

Dostupnost sociálních služeb (místní a časová) pro osoby s psychiatrickým onemocněním.

- V území působí řada terénních služeb. Pečovatelská služba - Ledax, Charita, některé obce mají vlastní službu, pokryto Prachatice, Netolice, Volarsko, Hajnisko.
- Osobní asistence nemá dostatečnou kapacitu.
- Ne v každé obci PS je. Je snaha o rozšiřování služby, ale někteří starostové nechtějí spolupracovat. Obce se nechtějí finančně podílet. Řada obcí dováží seniorům obědy.
- Velmi dlouhé čekací doby do pobytových služeb.
- Spolupráce s Fokusem Písek, pracoviště Strakonice (pravidelné porady), spolupráce s CDZ.
- Spolupráce s Centrem pro zdravotně postižené a seniory (krajská organizace), zaměřené i na téma psychiatrických onemocnění.
- Intenzivně je nabízena služba tísňové péče (3 poskytovatelé).
- V území je nabídka odlehčovacích služeb (Hospic).

Dostupnost služeb pro seniory s psychiatrickým onemocněním bez domova, či bez rodinného a sociálního zázemí.

- Případy lidí, kteří nemají na úhradu, složitá situace se zajištěním pomoci (terénními i pobytovými službami).
- Vimperk, dobrá spolupráce na sociálních lůžkách.
- Výborná služba Kotva Strakonice, máme 4 klienty, 2 ženy a 2 muži.

Kontraindikace při přijímání zájemců o sociální služby s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Alkoholová historie v anamnéze.
- Nedostatečný finanční příjem klienta (problém v soukromých zařízeních, kam se skupina zájemců s nízkým příjmem nemá šanci dostat).
- Lidé nízkého věku, který neodpovídá cílové skupině pobytových služeb.

Jaké limity ovlivňují pomoc osobám s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Je snaha o depistážní činnost v obcích. Malých obcí je mnoho a ne ke všem případům se sociální pracovníci dostávají včas. Velmi problematické situace řešit až ve fázi krize.
- Informovanost mezi pečujícími je stále nízká. Hodně to limituje možnosti včasné a adekvátní pomoci. Je stále snaha poskytovat co nejvíce informací (články, projekty Pečuj doma atd.).
- Chybí lidské zdroje v pomáhajících profesích.
- Počet potřebných občanů stoupá, kapacity služeb na to nejsou připraveny.

DOSTUPNOST SLUŽEB PRO CÍLOVOU SKUPINU

Na území ORP Písek působí 2 domovy se zvláštním režimem o celkové registrované kapacitě 109 lůžek (do krajské sítě sociálních služeb je zařazeno 26 lůžek). Své služby zde poskytuje domov pro seniory o celkové registrované kapacitě 84 lůžek, které jsou zařazeny do krajské sítě sociálních služeb. Pečovatelská služba na území působí pouze jedna a není poskytována o víkendech a svátcích. Osobní asistence působí pouze na území města Prachatice a není rovněž poskytována o víkendech a svátcích. Odlehčovací službu poskytuje jeden poskytovatel paliativní péče v pobytové (11 lůžek) a terénní formě (mimo víkendy a svátky).

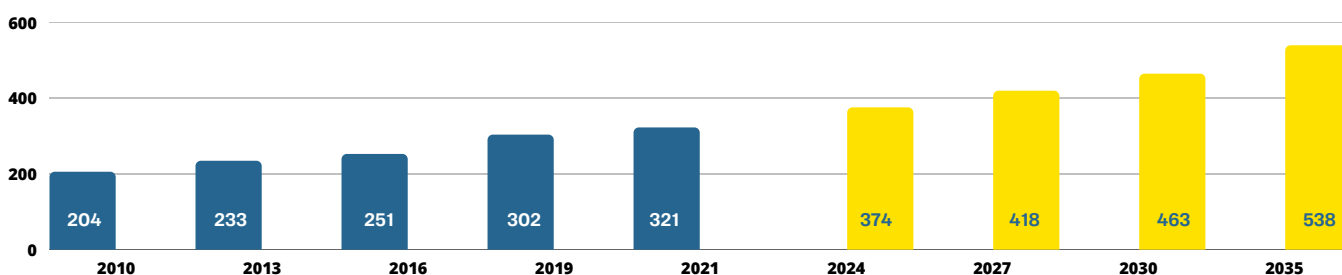
Poskytovatel	Služba	Území	Charakteristika
Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s.	DZR	Okres Prachatice, celá ČR	kapacita 26 lůžek, 26 zařazeno do krajské sítě
Senior house Eden s.r.o.	DZR	Převážně pro zahraniční klientelu	kapacita 83 lůžek, 0 zařazeno do krajské sítě
Domov pro seniory Pohoda	DPS	ORP Prachatice	kapacita 84 lůžek, 84 zařazeno do krajské sítě
Domov seniorů Mistra Křišťana Prachatice	DPS	Prachatice a okolí	kapacita 90 lůžek, 90 zařazeno do krajské sítě
Domov pro seniory Pohoda	PS	ORP Prachatice, zejména Netolicko, část Prachaticko a Volarsko	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích
KreBul, o.p.s.	OA	Město Prachatice	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích
Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. (Prachatice)	OS	ORP Prachatice	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích
Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. (Prachatice)	OS	ORP Prachatice	pobytová (11 lůžek)

SPECIFIKA ÚZEMÍ ORP PRACHATICE

Na území nejsou dostupné terénní služby sociální péče pro cílovou skupinu o svátcích a víkendech. Příjemců PNP mezi roky 2019 a 2022 mírně ubylo.

Nízká hustota zalidnění v tomto území komplikuje místní dostupnost a také prodražuje zajištění terénních služeb. Agregovaný index sociálních problémů a index periferality jsou na tomto území vyšší, než je průměr ve vnitrokrajském srovnání.

VÝVOJ A PROGNÓZA POČTU CÍLOVÉ SKUPINY*



* ve věku 50+

Typické situace potřeb osob s psychiatrickým onemocněním, které řeší sociální pracovníci v území.

- Když senior nechodí, demence a její projevy ještě nejsou příliš rozjeté, tak mohou jít do domova pro seniory v místě (Senior-dům Soběslav, příp. Chýnov, příp. Tep ve Veselí nad Lužnicí).
- Když je stav klienta špatný, rodina nezvládá péči doma, hledá se pobytové zařízení typu DZR po celém kraji (i mimo kraj).
- Klienti většinou čekají na místa v DZR ve zdravotnických zařízeních (Tábor, Sedlec-Prčice, Počátky apod.). Tlak na DZR je obrovský.

Dostupnost sociálních služeb (místní a časová) pro osoby s psychiatrickým onemocněním.

- V území působí 2 poskytovatelé pečovatelské služby. Na okraji území ze strany od Týna nad Vltavou zajíždí do několika obcí společnost Ledax. Služby jsou klientům s demencí k dispozici tam, kde je blízká pečující osoba. Tam, kde je potřebný větší rozsah péče, kterou rodina už nezvládá, hledá se pobytové zařízení.
- V území není k dispozici osobní asistence.

Dostupnost služeb pro seniory s psychiatrickým onemocněním bez domova, či bez rodinného a sociálního zázemí.

- Lidí osamělých, lidí bez prostředků je v ORP minimum.
- Klienti z veřejného opatrovnictví jsou v zařízeních mimo ORP (jeden je v zařízení v Plzeňském kraji, kde nevadí klientova minulost spojená s alkoholem).
- Zkušenost s klientem - opatrovancem, který byl v krajském zařízení Jihočeského kraje. Klient s nízkým příjmem, město na jeho pobyt přispívalo.
- Na vesnicích v ORP stále ještě funguje sousedská komunita. Rodiny jsou blízko, snaží se péči zajistit.
- Pomoc poskytují i starostové. Vědí o lidech ve vesnici.
- Lidé na vesnicích jsou zvyklí stále ještě žít v podmínkách, které by se daly považovat za "podstandardní" (suchý záchod mimo dům apod.).

Kontraindikace při přijímání zájemců o sociální služby s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Není častá zkušenost s kontraindikacemi.
- Vždy se nějaké zařízení, kde jsou schopni daného člověka přijmout, najde.
- Zkušenost s klientem s alkoholovou demencí, který využívá zařízení v jiném kraji.
- Problematická je situace, pokud chce klient sebou do zařízení zvíře (zkušenosti s požadavkem mít sebou psa).

Jaké limity ovlivňují pomoc osobám s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- V území byly dříve poskytovány odlehčovací služby. Nebyly ale rovnoměrně využívány, nyní k dispozici nejsou. Zájem by byl.
- Nedostatečná kapacita v pobytových zařízeních typu DZR.

DOSTUPNOST SLUŽEB PRO CÍLOVOU SKUPINU

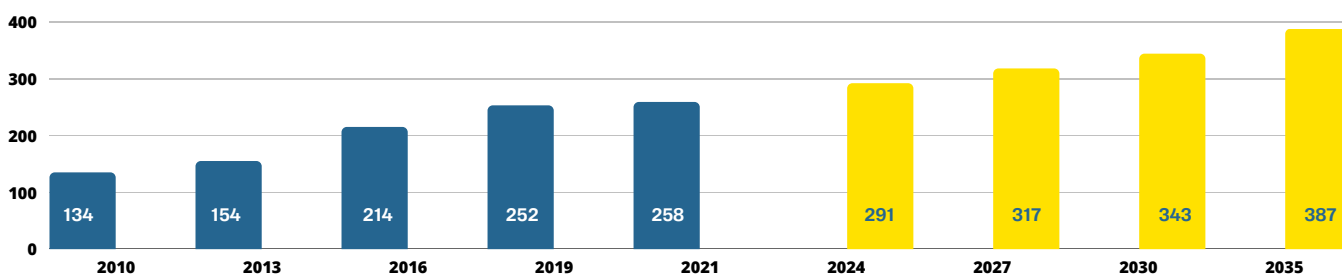
Na území ORP Soběslav působí 3 domovy pro seniory o celkové registrované kapacitě 205 lůžek, které jsou zařazeny do krajské sítě sociálních služeb. Na území ORP působí rovněž 2 pečovatelské služby, z nichž jedna je poskytována o víkendech a svátcích.

Poskytovatel	Služba	Území	Charakteristika
Domov pro seniory Chýnov*	DPS	ORP Tábor (téměř výhradně jeho východní část - Chýnovsko)	kapacita 40 lůžek, 40 zařazeno do krajské sítě
Senior-dům Soběslav	DPS	ORP Soběslav, případně Jihočeský kraj	kapacita 100 lůžek, 100 zařazeno do krajské sítě
TEP, centrum sociálních služeb Veselí nad Lužnicí, Domov pro seniory	DPS	ORP Soběslav, Tábor, Jindřichův Hradec, výjimečně jiné části JČ kraje	kapacita 65 lůžek, 65 zařazeno do krajské sítě
Senior-dům Soběslav	PS	ORP Soběslav	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích
TEP, centrum sociálních služeb Veselí nad Lužnicí, Domov pro seniory	PS	ORP Soběslav, Jindřichův Hradec (pouze několik obcí kolem Veselí nad Lužnicí)	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích

SPECIFIKA ÚZEMÍ ORP SOBĚSLAV

Území se vyznačuje nízkým indexem vitality (významně ovlivněno vysokým indexem stáří) a indexem hospodářského potenciálu. Vysoký je naopak agregovaný index sociálních problémů. Kapacity DPS převyšují celkový počet příjemců PNP z tohoto ORP pobývajících v těchto zařízeních, je tedy zřejmé, že část kapacit využívají i obyvatelé jiných území (Tábor, případně Týn nad Vltavou).

VÝVOJ A PROGNÓZA POČTU CÍLOVÉ SKUPINY**



* Jedná se o 2 zařízení pod jedním ID - v ORP Soběslav je kapacita 40 lůžek a 41 lůžek je v ORP Tábor

** ve věku 50+

Typické situace potřeb osob s psychiatrickým onemocněním, které řeší sociální pracovníci v území.

- Případy, kdy není rodina (blízký), pacient je v nemocnici, obrací se nemocnice. Řeší se, jak zajistit péči.
- Obrací se rodiny - potřebují pomoci řešit praktickou stránku situace, kdy jejich blízký má počínající demenci - správa financí nemocného, zastupování, zajištění pobytové služby apod.
- Problematická je skupina lidí s psychiatrickým onemocněním (např. schizofrenie), kteří zestárli.

Dostupnost sociálních služeb (místní a časová) pro osoby s psychiatrickým onemocněním.

- Osvědčují se sociální lůžka (zde může čekat pacient na uvolnění lůžka v pobytové sociální službě).
- Nabídka pobytových služeb v ORP je (DZR Kotva, Městské zařízení - DPS i DZR, charitní zařízení), ale jsou stále dlouhé čekací doby.
- Dva poskytovatelé pečovatelské služby (městský a Charita). Ve městě je služba zajištěna. Velký problém jsou obce, nejenom ty malé. Ani do velkých obcí pečovatelská služba často nejezdí (a pokud, tak služba Charity). V obcích to mají lidé těžší - topení na pevná paliva, péče o dům apod. Tam jsou lidé často odkázáni pouze na sousedy.
- Poskytovatelé osobní asistence - opět nedostatečná kapacita, o služby je velký zájem, jsou vytížené.

Dostupnost služeb pro seniory s psychiatrickým onemocněním bez domova, či bez rodinného a sociálního zázemí.

- Kotva při strakonické nemocnici, z.s., kapacita této služby nedostačuje.
- Při kombinaci znevýhodnění (nízký věk, psychiatrická nemoc, somatická nemoc, abusus alkoholu) není často jakou pomoc nabídnout.

Kontraindikace při přijímání zájemců o sociální služby s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Kombinace abusus alkoholu a psychiatrická diagnóza (např. schizofrenie), to jsou často téměř neřešitelné případy.
- Lidé v nižším věku, např. 40 let.
- Lidé s kombinací psychiatrické nemoci a somatické nemoci (např. roztroušená skleróza).
- Nepřizpůsobivé chování klienta, neochota omezit se, podřídit se pravidlům soužití.

Jaké limity ovlivňují pomoc osobám s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Velký problém je, pokud senior pomoc odmítá, pokud již nemá náhled nad svojí situací, resp. například trvá na tom, že chce zůstat doma, ale rodina již nemá síly a možnosti se postarat. Nikoho ale nelze proti jeho vůli umístit, vnutit mu službu.
- Velice problematická je situace, kdy se starý rodič stará o postižené dítě a sám již potřebuje pobytovou službu. Chybí zařízení, kde by mohli být a dožít společně.
- Velmi problematické je řešit pomoc v obcích. Terénní služby jsou zde naprosto nedostatečné. Jezdí Charita, nemá tolik kapacity.

6.1 ANALÝZA SITUACE V ORP

ORP STRAKONICE

DOSTUPNOST SLUŽEB PRO CÍLOVOU SKUPINU

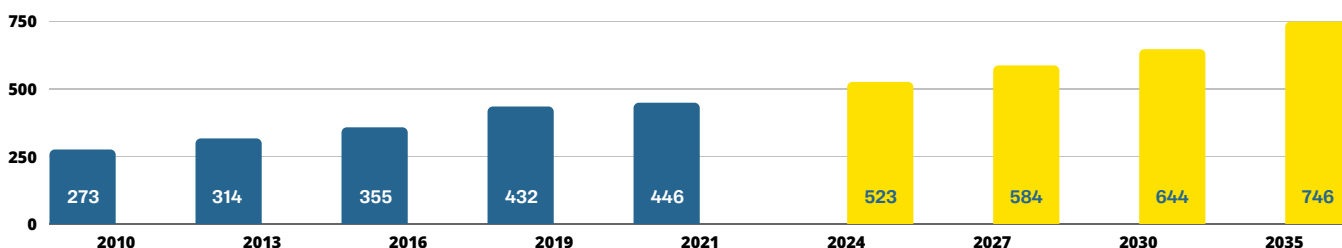
Na území ORP Strakonice působí 2 domy se zvláštním režimem, které mají registrovanou kapacitu 85 lůžek (všechna jsou zařazena do krajské sítě sociálních služeb). Dále zde působí 3 domovy pro seniory o celkové registrované kapacitě 204 lůžek, které jsou zařazeny do krajské sítě sociálních služeb. Na území ORP působí rovněž 2 pečovatelské služby (terénní forma) a 2 osobní asistence, které jsou poskytovány o víkendech a svátcích. Je zde také poskytována odlehčovací služba, která je však zacílena na paliativní péči (je dostupná o víkendech a svátcích).

Poskytovatel	Služba	Území	Charakteristika
Kotva při strakonické nemocnici, z.s.	DZR	Jihočeský kraj	kapacita 79 lůžek, 79 zařazeno do krajské sítě
Městský ústav sociálních služeb Strakonice, MěÚSS Strakonice - Domov se zvláštním režimem	DZR	ORP Strakonice	kapacita 16 lůžek, 16 zařazeno do krajské sítě
Charita Strakonice, Dům klidného stáří sv. Anny	DPS	ORP Strakonice, občas sousední ORP (Volyně, Písek, Blatná), výjimečně jiné části JČ kraje nebo Praha	kapacita 30 lůžek, 30 zařazeno do krajské sítě
Městský ústav sociálních služeb Strakonice, MěÚSS Strakonice - Domov pro seniory	DPS	ORP Strakonice	kapacita 104 lůžek, 104 zařazeno do krajské sítě
Městský ústav sociálních služeb Strakonice, MěÚSS Strakonice - Domov pro seniory	DPS	ORP Strakonice	kapacita 70 lůžek, 70 zařazeno do krajské sítě
Charita Strakonice	PS	ORP Strakonice, Volyně, Blatná	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Městský ústav sociálních služeb Strakonice	PS	Město Strakonice a okolní obce	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Charita Strakonice	OA	ORP Strakonice, Volyně, Blatná	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Jihočeské centrum pro zdravotně postižené a seniory o.p.s.	OA	ORP Strakonice	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. (Strakonice)	OS	ORP Strakonice	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích

SPECIFIKA ÚZEMÍ ORP STRAKONICE

Na území ORP Strakonice jsou využívány služby DZR cílovou skupinou osob s psychiatrickým onemocněním způsobeným nezdravým životním stylem, konzumací alkoholu a sociálním vyloučením z celého kraje (Kotva při strakonické nemocnici, z.s.). Počet příjemců na péči je jeden z nejvyšších v celém kraji. Území se rovněž vyznačuje vysokým indexem sociálních problémů.

PROGNÓZA VÝVOJE POČTU CÍLOVÉ SKUPINY*



* ve věku 50+

Typické situace potřeb osob s psychiatrickým onemocněním, které řeší sociální pracovníci v území.

- Nejčastěji se na odbor sociálních věcí obracují se žádostí o pomoc fyzické osoby (typicky neformálně pečující, rodinní příslušníci, nebo také sousedé).
- Dále to jsou zdravotnická zařízení (nejčastěji nemocnice prostřednictvím sociálního pracovníka), ale také praktičtí lékaři.
- Se žádostí o zprostředkování pomoci se také obracují starostové obcí 1. typu (většinou to je však v situacích, když nejsou schopni vlastními silami situaci řešit). Komplikací je pro malé obce výkon veřejného opatrovnictví (nemají na to kapacity ani odborné kompetence).
- Většina opatrovanců jsou osoby s psychiatrickým a duševním onemocněním, někteří z nich jsou v seniorském věku.
- Obecně se zvyšuje počet seniorů s psychiatrickým onemocněním. Přibývá rovněž počet osob s psychiatrickým onemocněním v důsledku závislostí, či extrémních zátěžových situací v mladším věku.

Dostupnost sociálních služeb (místní a časová) pro osoby s psychiatrickým onemocněním.

- Síť neodpovídá potřebám, zejména kombinace zdravotní a sociální péče.
- Na území působí CDZ, dále zde služby poskytuje FOKUS, který však cílí na úzce vymezenou cílovou skupinu osob s duševním onemocněním.
- Velmi dobře funguje domácí zdravotní péče.
- Odlehčovací služby v pobytové formě nejsou prakticky dostupné pro osoby s psychiatrickým onemocněním, kteří mají ještě schopnost pohybu. Výjimečně je možné využít kapacitu v Českých Budějovicích.
- PS funguje i o svátcích, i v sobotu, ale pouze od 7 do 19:00 hod. Místní dostupnost – pouze do obcí, kde je smlouva (pouze několik obcí), to samé platí u obcí 2. typu. Problémem je tedy nízká dostupnost PS ve vzdálenějších obcích od centra, na hranicích okresů a kraje (sousedí se Středočeským krajem).
- Schopnost péče PS o tuto cílovou skupinu osob se mění s osobou pečovatelské, nelze říci, že to nefunguje systémově.

Dostupnost služeb pro seniory s psychiatrickým onemocněním bez domova, či bez rodinného a sociálního zázemí.

- U osob bez domova je komplikací skutečnost, že často nemají ošetřujícího lékaře (velmi často se jedná o osoby s psychiatrickým onemocněním, velký počet z nich aktuálně přechází do seniorského věku, nemají často nárok na důchod). Pro tuto cílovou skupinu poskytuje kvalitní terénní služby Charita.
- Hodně pomáhá Kotva ve Strakonici, je to však jediné zařízení v celém kraji, které má navíc nízkou kapacitu.

Kontraindikace při přijímání zájemců o sociální služby s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Pro vstup do DPS u osob s psychiatrickým onemocněním je kontraindikací jejich mobilita.
- Velkým problémem jsou naplněné kapacity pobytových služeb.
- Formy demence se stále častěji objevují už po 50 roce, není lehké najít pro takové klienty místo.
- Nedokáží ověřit, zdali odmítnutí služby je v souladu se zákonem. Každá služba chce spolupracujícího klienta, je s ním moc práce.
- V některých případech se setkávají se špatným vyhodnocením potřeb uživatelů (opatrovanci, který hromadí věci a nemá kompetence k vedení domácnosti byla nabídnuta výuka němčiny...).

Jaké limity ovlivňují pomoc osobám s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Obecně je malá prestiž sociální práce.
- Chybí standardy sociální práce na obcích (viz standardy SPOD), které by definovaly minimální kapacitu v úvazcích, dle jasně definovaných kritérií.
- Problémem je nedostupnost individuální supervize a podpory psychohygieny pro sociální pracovníky.

DOSTUPNOST SLUŽEB PRO CÍLOVOU SKUPINU

Na území ORP Tábor působí 2 domy se zvláštním režimem, které mají registrovanou kapacitu 81 lůžek (všechna lůžka jsou součástí krajské sítě sociálních služeb). Dále zde působí 2* domovy pro seniory o celkové registrované kapacitě 184 lůžek, které jsou zařazeny do krajské sítě sociálních služeb. Pečovatelská služba je poskytována 6 službami v terénní formě. O víkendech a svátcích jsou dostupné pouze 2 pečovatelské služby. Místní dostupnost PS je také ovlivněna uzavřením smluvních vztahů mezi obcemi a poskytovateli, což v důsledku znamená nedostupnost PS v některých obcích regionu. Odlehčovací služby v pobytové formě čítají celkem 10 lůžek (2 služby). Je zde také poskytována odlehčovací služba, která je však zacílena na paliativní péči (není dostupná o víkendech a svátcích). Do ORP rovněž (Březnice) dojíždí terénní pečovatelská služba z Charity Týn nad Vltavou.

Poskytovatel	Služba	Území	Charakteristika
Domov pro seniory Chýnov	DZR	ORP Tábor (jeho východní část, tj. Chýnovsko)	kapacita 36 lůžek, 36 zařazeno do krajské sítě
G-centrum Tábor, Domov pro seniory	DZR	Město Tábor a okolí	kapacita 45 lůžek, 45 zařazeno do krajské sítě
Domov pro seniory Chýnov*	DPS	ORP Tábor (jeho východní část, tj. Chýnovsko)	kapacita 41 lůžek, 41 zařazeno do krajské sítě
G-centrum Tábor, Domov pro seniory	DPS	Město Tábor a okolí	kapacita 143 lůžek, 143 zařazeno do krajské sítě
Dům s pečovatelskou službou Planá nad Lužnicí, okres Tábor, příspěvková organizace	PS	nezjištěno	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
G-centrum Tábor	PS	Táborsko	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Město Chýnov	PS	Město Chýnov a přilehlé části	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích
Město Mladá Vožice	PS	Město Mladá Vožice a obce, se kterými je uzavřena smlouva	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích
Město Sezimovo Ústí	PS	Město Sezimovo Ústí a dle potřeb	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích
Sociální služby městyse Borotín	PS	ORP Tábor (jeho severní okraj - MAS Krajina srdce, občas Mladovožicko)	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích
Domácí hospic Jordán, o.p.s	OS	okres Tábor	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích
G-centrum Tábor	OS	Táborsko (případně Jihočeský kraj)	pobytová (5 lůžek)
G-centrum Tábor	OS	Táborsko (případně Jihočeský kraj)	pobytová (5 lůžek)

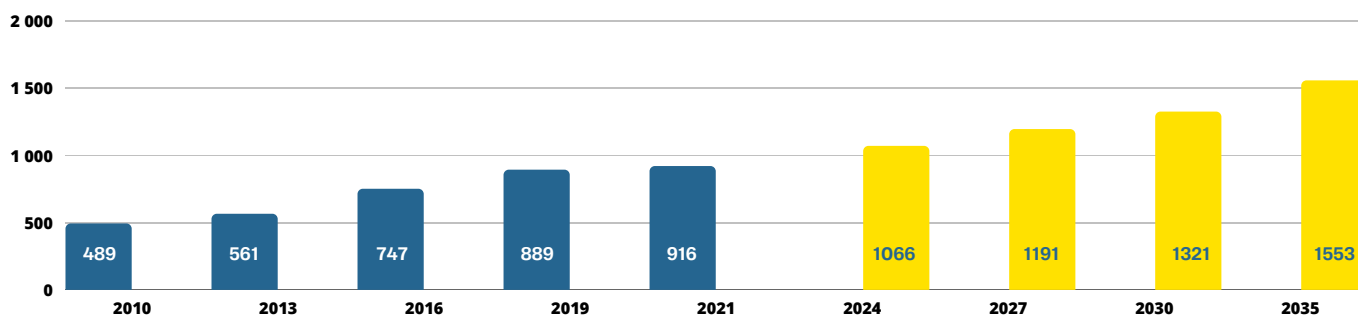
*Jedná se o 2 zařízení pod jedním ID - v ORP Soběslav je kapacita 40 lůžek a 41 lůžek je v ORP Tábor.

SPECIFIKA ÚZEMÍ ORP TÁBOR

Druhé nejlidnatější území v Jihočeském kraji v němž dochází k pravidelnému nárůstu počtu příjemců na péči. Podíl příjemců v III. a IV. stupni je však nižší než v jiných ORP (41%). Z hlediska indexu periferiality jde o třetí nejvíce centrální území Jihočeského kraje. Vyšší je rovněž index stáří.

V tomto ORP je dostupná kapacita pobytových služeb nižší, než počet uživatelů těchto služeb z ORP Tábor, kteří jsou příjemci na péči (DZR registrovaná kapacita 81 lůžek, 145 příjemců PNP z ORP Tábor pobývajících v DZR; DPS registrovaná kapacita 184 lůžek, 334 příjemců PNP z ORP Tábor pobývajících v DPS) Je tedy zřejmé, že část těchto osob využívá pobytové služby DZR a DPS i v jiných územích Jihočeského kraje (například Soběslav).

VÝVOJ A PROGNÓZA POČTU CÍLOVÉ SKUPINY*



* ve věku 50+

Typické situace potřeb osob s psychiatrickým onemocněním, které řeší sociální pracovníci v území.

- Prvotní kontakt bývá s rodinou, často začínáme poradenstvím, řeší se právní stránka věci.
- Na vesnicích je nízká informovanost, lidé netuší, že existuje PNP, jaké jsou služby apod.
- Obrací se také například poštačky - vědí, kde je kdo osamělý, poznají, že se něco děje.
- Obrací se i pracovníci pečovatelské služby, když se něco děje.
- Je hodně seniorů nad 80, 90 let, tam přítomnost nějaké nemoci nebo jejich projevů je velice častá.
- Stará opuštěná stavení, kde je osamělý senior. Nevědí si rady, jak se o sebe postarat. Nechtějí si ale často žádnou službu/pomoc pustit dovnitř. Jsou zneužitelní. Často žijí v baráku, který na někoho napsali a už nežijí ve svém.
- Lidé nechtějí z regionu odcházet, jsou místní, chtějí být zde.

Dostupnost sociálních služeb (místní a časová) pro osoby s psychiatrickým onemocněním.

- Služby DZR, nejbliže v Českých Budějovicích - problematické, protože jsou dlouhé čekací doby. U městských zařízení mají přednost lidé z regionu, v privátních zařízeních je jiné cenové nastavení (úhrady i mimo úhradovou vyhlášku).
- Domovy pro seniory, zde je situace lepší, velká snaha místních zařízení zvládnout i náročnější situace.
- Pečovatelská služba - Archa, Ledax, Borovanská Borůvka, fungují.
- Problém mohou být finance na služby (nízkopříjmový senioři).
- Problematické je pohraničí, malé chaloupky, opuštěná místa, tam už nemají služby rajón.

Dostupnost služeb pro seniory s psychiatrickým onemocněním bez domova, či bez rodinného a sociálního zázemí.

- SPECIFICKÁ SITUACE je kolem hor, hranic (Novohradské hory), opuštěná stavení, osamělí lidé, dopravní dostupnost špatná, terénní služby sem nezajíždějí.
- Specifické oblasti v pohraničí, kde žijí lidé z Maďarska, Bulharska, z východu, kteří sem přišli za prací. Jsou bez vazeb, nízký příjem.

Kontraindikace při přijímání zájemců o sociální služby s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Nedostatečné finanční zajištění zájemců o pobytové služby typu DZR (týká se privátních Alzheimer center.
- Kumulace více diagnóz a více znevýhodnění.

Jaké limity ovlivňují pomoc osobám s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Senioři nechtějí do pobytových zařízení, nechtějí opustit svoje stavení ("oni radši přijmou, že někde spadnou a tam umřou").
- V regionu zcela chybí odlehčovací služby.
- Území ORP je rozdílné, Novohradsko, příhraniční oblasti jsou službami nepokryté, dostupnost je místy úplně nulová.

DOSTUPNOST SLUŽEB PRO CÍLOVOU SKUPINU

Na území ORP Trhové Sviny působí 2 domovy pro seniory s kapacitou 96 lůžek, které jsou zařazeny do krajské sítě sociálních služeb. Pečovatelská služba je poskytována 3 službami v terénní formě. O víkendech a svátcích jsou dostupná 2 z nich. Je zde také poskytována odlehčovací služba, která je dostupná o víkendech a svátcích.

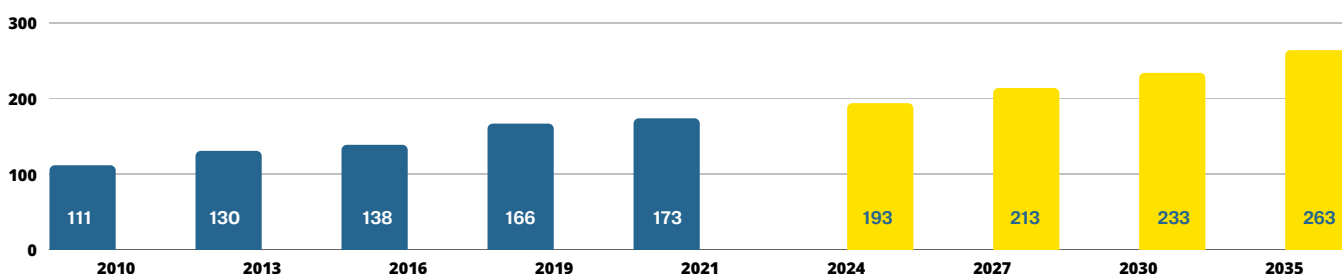
Poskytovatel	Služba	Území	Charakteristika
Domov pro seniory Horní Stropnice	DPS	Jihočeský kraj	kapacita 47 lůžek, 47 zařazeno do krajské sítě
Domov pro seniory Dobrá Voda (zařízení Chvalkov)	DPS	Jihočeský kraj	kapacita 49 lůžek, 49 zařazeno do krajské sítě
ARCHA Borovany, o. p. s.	PS	Borovany (a cca 20 km rádius), Ledenice, Jílovice, Olešnice, Trhové Sviny a okolí, České Velenice a okolí, Komařice, Srupec	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Borůvka, Borovany spolek	PS	Borovany, Trhové Sviny, Ledenice + přilehlé obce	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích
Ledax o.p.s.	PS	ORP České Budějovice, Trhové Sviny, Týn n. Vlt., Kaplice, Dačice, Jindřichův Hradec, Třeboň	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Ledax o.p.s.	OS	ORP Trhové Sviny	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích

SPECIFIKA ÚZEMÍ ORP TRHOVÉ SVINY

Území ORP Trhové Sviny vykazuje druhou nejvyšší životaschopnost v rámci indexu vitality, stejné pořadí vykazuje i hospodářský potenciál (vždy po ORP České Budějovice). Lze to přičíst skutečnosti, že severní část území leží v zázemí města České Budějovice, což může zkreslovat situaci území Novohradská.

Po velkém propadu v době pandemie (2020 a 2021) došlo z hlediska počtu příjemců na péči k vyrovnaní stavu z roku 2019. Podíl příjemců v III. a IV. stupni je jeden z nejnižších v Jihočeském kraji (necelých 39%). Pobytové služby čerpají obyvatelé tohoto území zejména v ORP České Budějovice, v případě DPS i ORP Třeboň.

VÝVOJ A PROGNÓZA POČTU CÍLOVÉ SKUPINY*



* ve věku 50+

Typické situace potřeb osob s psychiatrickým onemocněním, které řeší sociální pracovníci v území.

- Na odbor se převážně obrací pečující osoby. Následně sociální pracovníci nabízí možnosti řešení. Často jde o hledání pobytových služeb (pečující již nezvládají péči v domácím prostředí, případně jde o osoby, které jsou umístěny ve zdravotnickém zařízení a jsou propuštěny a pečující se obávají, že nebudou péči zvládat.
- Stále častěji se na odbor obrací pečující osoby psychiatricky nemocných osob, které ještě nejsou v seniorském věku.

Dostupnost sociálních služeb (místní a časová) pro osoby s psychiatrickým onemocněním.

- Malá kapacita pobytových služeb (DZR, DPS), je zde také dlouhá čekací doba. Další možností jsou komerční poskytovatelé těchto služeb, většina klientů si však nemůže finančně tyto služby dovolit. Snaží se potřeby řešit umístěním na lůžka v nemocnicích. Bude rozšířena kapacita DPS (34 lůžek) a byl schválen záměr výstavby DZR (Alzheimer centrum), půjde však o soukromé zařízení.
- Oslovují DZR Libnič, DPS v Třeboni (zde je pro přijetí třeba mít trvalé bydliště v Třeboni), DPS v Českých Velenicích. Dále jsou možnosti v domovech s pečovatelskou službou (zájemce musí být bez dluhů, což vlastně není nikdo).
- Na území funguje velmi dobrá spolupráce s pečovatelskými službami, které pracují i s cílovou skupinou. Jejich kapacity jsou dostatečné.
- Na území působí domácí zdravotní péče, která dochází do domácností. Její kapacity jsou dostačující.
- Slabým místem je nekoordinovanost spolupráce mezi poskytovateli služeb "..., každý si jede po svém". Řešením by mohly být pravidelné schůzky odboru sociálních věcí se službami.
- Velkou přidanou hodnotou území je to, že Hospic sv. Kleofáše provozuje centrum pro pečující, které významným způsobem pomáhá v zajištění informovanosti a následně i k péči o cílovou skupinu.
- Spolupracují s nemocnicemi v Jindřichově Hradci a Českých Budějovicích.

Dostupnost služeb pro seniory s psychiatrickým onemocněním bez domova, či bez rodinného a sociálního zázemí.

- Pro lidi ohrožené, sociálně vyloučené a ohrožené sociálním vyloučením je nabídka služeb ještě užší, než pro ostatní. Obecně lze sledovat tendenci se těchto lidí zbavit (platí i pro bydlení).
- Pokud tyto osoby spolupracují a mají snahu, tak se město snaží pomoci. Následně jsou řešením ubytovny a azylové domy (dostupnost pro ženy a muže je malá). Do ubytoven dojíždí PS.
- Přibývá klientů, u kterých sociální pracovníci řeší to, že nemají kam jít, ubytovny a azylové domy jsou plné.

Kontraindikace při přijímání zájemců o sociální služby s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- To že část zájemců o služby nemá přiznaný PNP.
- Dalším problémem jsou pořadníky a nedostatek kapacit (nejsou schopni reagovat dle aktuálních potřeb).
- Díky stále častější situaci, kdy přicházejí zájemci o služby s demencí již v mladším věku je kontraindikací i jejich věk, resp. podmínky přijetí až v seniorském věku.

Jaké limity ovlivňují pomoc osobám s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Respondent nepopsal žádné limity ovlivňující pomoc osobám s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

6.1 ANALÝZA SITUACE V ORP

ORP TŘEBOŇ

DOSTUPNOST SLUŽEB PRO CÍLOVOU SKUPINU

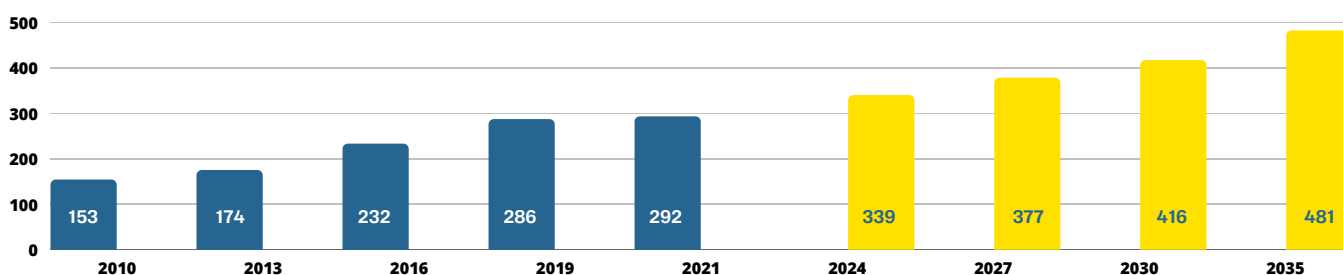
Na území ORP Třeboň působí 3 domovy pro seniory s celkovou kapacitou 138 lůžek, které jsou kompletně zařazeny do krajské sítě sociálních služeb. Pečovatelská služba je poskytována 4 službami v terénní formě. O víkendech a svátcích jsou dostupné 3 z nich. Je zde také poskytována osobní asistence a odlehčovací služba (jedním poskytovatelem). Jedná se o terénní formu těchto služeb, která je zacílena na paliativní péči a není dostupná o víkendech a svátcích.

Poskytovatel	Služba	Území	Charakteristika
Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec, Domov seniorů Třeboň	DPS	ORP Třeboň	kapacita 72 lůžek, 72 zařazeno do krajské sítě
Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec, Domov seniorů České Velenice 2x	DPS	ORP Třeboň	kapacita 66 lůžek, 66 zařazeno do krajské sítě
ARCHA Borovany, o. p. s.	PS	Borovany (a cca 20 km rádius), Ledenice, Jílovice, Olešnice, Trhové Sviny a okolí, České Velenice a okolí, Komaříce, Srupec	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Charita Třeboň	PS	Město Třeboň a okolí do 15 km a obec Chlum	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Ledax o.p.s.	PS	ORP České Budějovice, Trhové Sviny, Týn nad Vltavou, Kaplice, Dačice, Jindřichův Hradec, Třeboň	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Město Suchdol nad Lužnicí	PS	Město Suchdol nad Lužnicí a okolní obce	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích
Hospicová péče sv. Kleofáše, o.p.s.	OA	celé ORP	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích
Hospicová péče sv. Kleofáše, o.p.s.	OS	celé ORP	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích

SPECIFIKA ÚZEMÍ ORP TŘEBOŇ

Počet příjemců na péči se na území ORP Třeboň dlouhodobě snižuje a podíl příjemců v III. a IV. stupni oproti průměru v Jihočeském kraji nižší (necelých 39%). Kapacity služeb DPS jsou využívány i obyvateli sousedních ORP (Trhové Sviny, České Budějovice a Jindřichův Hradec). Vysoký je index stáří a je zde relativně nízká hustota zalidnění (zejména v jižní části ORP na hranicích s Rakouskem).

VÝVOJ A PROGNÓZA POČTU CÍLOVÉ SKUPINY*



* ve věku 50+

Typické situace potřeb osob s psychiatrickým onemocněním, které řeší sociální pracovníci v území.

- Malé město, lidé se zde znají ("víme, kdo jak na tom je. Dá se s tím trochu pracovat dopředu").
- Péče je hodně o rodinách (dospělé děti), chodí se radit - kvůli PNP, jak psát zprávy k soudu, umístění v pobytové službě apod.
- Potřeby pomoci lidem s demencí očividně narůstají.
- Často umísťujeme lidi z nemocnic, hodně využíváme sociální pracovníce z nemocnic, oni mají větší přehled, kde se co nabízí a umí "vyvinout správný tlak".
- Cca 2-3x ročně řešíme naléhavé případy, kde je třeba hledat bezodkladně řešení.

Dostupnost sociálních služeb (místní a časová) pro osoby s psychiatrickým onemocněním.

- Nemáme v území žádnou pobytovou službu. Prosíme, sháníme v okolí, žádáme krajská zařízení. Např. Bechyně, České Budějovice, Veselí nad Lužnicí. Pobytová služba na Hluboké, máme dobrou zkušenost.
- V území působí pečovatelská služba Ledax, Charita, Slunečnice.
- PS jezdí intenzivně i do obcí v území ORP. Kapacita/dostupnost PS je různá. Snaha je služby vždy nějak domluvit. Začít třeba na minimu péče, pak dle možností navyšovat. Stává se ale, že služby jsou kapacitně zcela plné a nového uživatele již nepřijmou.

Dostupnost služeb pro seniory s psychiatrickým onemocněním bez domova, či bez rodinného a sociálního zázemí.

- Není velká skupina lidí. Dosud se významně starají rodiny.
- Jde zejména o uživatele návykových látek ve věku 40-50 let, se somatickým onemocněním, psychiatrickou diagnózou, nízkým příjmem (nebo na dávkách hmotné nouze), s potřebou péče.

Kontraindikace při přijímání zájemců o sociální služby s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Alkohol a jiné návykové látky (současné i ukončené užívání).
- Vylučující diagnózy.
- Nízký věk.
- Vysoké finanční náklady v soukromých zařízeních.

Jaké limity ovlivňují pomoc osobám s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- V ORP není žádné pobytové zařízení. Někteří lidé nechtějí odcházet, příp. dávat své blízké daleko.
- Chybí odlehčovací služby.
- Terénní služby nemají dostatečnou kapacitu.
- Město Týn nad Vltavou plánuje výstavu pobytového zařízení, projekt dosud není finálně schválen.

6.1 ANALÝZA SITUACE V ORP

ORP TÝN NAD VLTAVOU

DOSTUPNOST SLUŽEB PRO CÍLOVOU SKUPINU

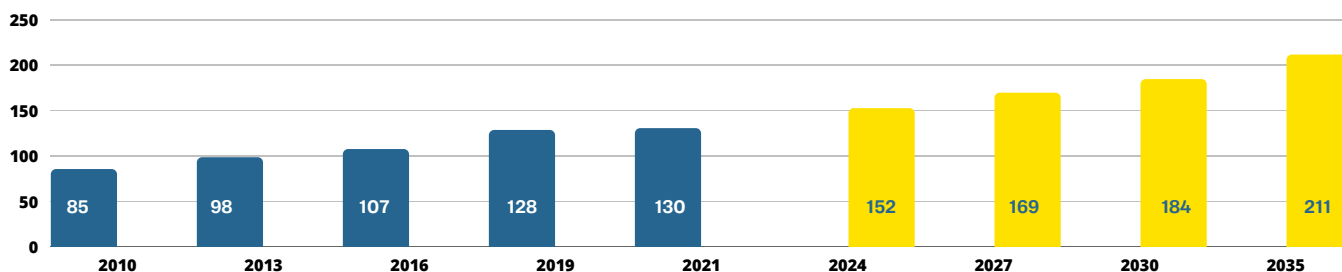
Na území ORP Týn nad Vltavou působí pouze pečovatelská služba, která je poskytována 3 službami v terénní formě. O víkendech a svátcích jsou dostupné 2 z nich. Do území rovněž dojíždí OA Asistence Pomoc a Péče Slunečnice, z.ú. V území není žádné pobytové zařízení typu DPS nebo DZR.

Poskytovatel	Služba	Území	Charakteristika
Domovy KLAS, o.p.s.	PS	Temelín, Chráštany	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích
Charita Týn nad Vltavou	PS	ORP Týn nad Vltavou a obec Březnice v ORP Tábor	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích
Ledax o.p.s.	PS	ORP České Budějovice, Trhové Sviny, Týn nad Vltavou, Kaplice, Dačice, Jindřichův Hradec, Třeboň	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích

SPECIFIKA ÚZEMÍ ORP TÝN NAD VLTAVOU

Ve všech obcích ORP je dostupná pečovatelská služba. Služby DPS a DZR jsou využívány v okolních ORP (České Budějovic, Písek a Vodňany). Jedná se o relativně mladé ORP s nízkým indexem stáří, svědčí o tom i setrvalý trend počtu příjemců PNP a absolutně nejnižší podíl příjemců ve III. a IV. stupni závislosti (necelých 36%).

VÝVOJ A PROGNÓZA POČTU CÍLOVÉ SKUPINY*



* ve věku 50+

Typické situace potřeb osob s psychiatrickým onemocněním, které řeší sociální pracovníci v území.

- V ORP jsou významně zastoupeny malé obce, snaží se své občany zabezpečit, chtějí je dochovat ve svém zázemí. Starostové je znají, dovážejí občany, dělají jim taxíky apod. Na odbor pak chodí podněty z těchto obcí. Týká se případů seniorů, kteří žijí sami, v určitém věku se přestávají o sebe o starat, žebrají jídlo, atd. sousedé se obrací na starostu.
- V území je pouze jedna obec, která nechce ohledně pomoci seniorům nic řešit.
- Rodinní příslušníci se obrací v menším měřítku. Potřebují pomoc zajistit a navázat služby (terénní - Fokus, Charita), dále pomoc s právními okolnostmi.
- Odbor řeší nejvíce osamělé seniory. Cca 3-4 případy měsíčně. Časté jsou také případy, kdy žije matka se synem, jeden zemře a druhý zůstane bez zajištění.
- Při depistáži zjišťují, že senioři si nedokážou říct o pomoc. Do poslední chvíle jsou skromní, pomoc nepožadují.

Dostupnost sociálních služeb (místní a časová) pro osoby s psychiatrickým onemocněním.

- V území zajišťuje pečovatelskou službu Charita. V některých obcích se ale nedomluví, služba zde nepůsobí.
- Některé domovy pro seniory zájemce s psychiatrickým onemocněním neberou. Musí se obracet na služby v Prachaticích, Strakonících.
- Na území jsou rovněž zařízení dostupné výhradně pro zahraniční klientelu.
- DZR vykazují dlouhé čekací doby (zkušenost 1,5 roku).

Dostupnost služeb pro seniory s psychiatrickým onemocněním bez domova, či bez rodinného a sociálního zázemí.

- Pobytové sociální služby jsou často absolutně nedostupné (alkoholismus, finance, diagnózy).
- Situace často vygraduje a člověk se dostane do zdravotnického zařízení ("Pro nás je výhra, když se ten člověk dostane do nemocnice. Z nemocnice ho na ulici nevyhodí, prostě ho překládají.")

Kontraindikace při přijímání zájemců o sociální služby s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Výše PNP, některá zařízení vyžadují vyšší stupně PNP.
- Psychiatrické diagnózy, kvůli kterým nejsou zájemci přijímáni do DPS (zařízení DPS Stachy - Kúsov) dle zkušeností orientováno na zahraniční klientelu, klienty s psychiatrickým onemocněním vůbec neberou).
- Alkoholismus.

Jaké limity ovlivňují pomoc osobám s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Nejsou volná místa v pobytových zařízeních typu DZR, v území navíc toto zařízení zcela chybí. Místní lidé nechtějí opouštět území.
- Nejsou zařízení pro dvě generace (příklad: "Paní se starala o syna - mentální postižení, ona začala mít stařeckou demenci. Problém je, že chtějí být spolu. Vždy seženeme zařízení jen pro jednoho, ale úroveň druhého půjde dolů. Zařízení pro dvě generace nejsou. Toto jsou lidsky hodně složité případy.")
- Sociální lůžka - jsou stále plná.
- Finanční prostředky na péči v domácím prostředí ("Rodiny často nemají finance, na rozsáhlejší péči, senior je najedený, čistý, ale je tam sám.")
- Absolutní absence odlehčovacích služeb a další podpory pro pečující.

6.1 ANALÝZA SITUACE V ORP

ORP VIMPERK

DOSTUPNOST SLUŽEB PRO CÍLOVOU SKUPINU

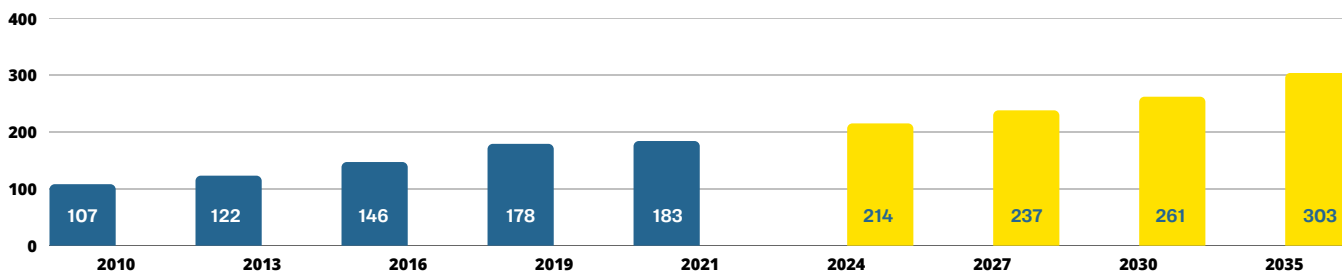
Na území ORP Vimperk je k dispozici celková kapacita 203 lůžek v domovech pro seniory (v celkem 5ti službách), z toho je do krajské sítě sociálních služeb zařazeno 149 lůžek. Na celém území ORP Vimperk působí pouze jedna pečovatelská služba, která je poskytována a je k dispozici o víkendech a svátcích.

Poskytovatel	Služba	Území	Charakteristika
BH - Nemocnice Vimperk a. s.	DPS	ORP Vimperk, částečně ORP Prachatice, Strakonice	kapacita 23 lůžek, 23 zařazeno do krajské sítě
Domov pro seniory Stachy - Kúsov	DPS	ORP Vimperk, Prachatice, Strakonice, ale občas i jiná území JČ kraje a Praha	kapacita 90 lůžek, 90 zařazeno do krajské sítě
Domov pro seniory Vacov a.s.	DPS	Jihočeský kraj	kapacita 27 lůžek, 0 zařazeno do krajské sítě
Charita Prachatice-Vimperk, Dům klidného stáří Pravětín	DPS	ORP Vimperk a Prachatice, občas jiná území JČ kraje	kapacita 36 lůžek, 36 zařazeno do krajské sítě
Marie Sporková, SENIORRESIDENZ	DPS	nezjištěno	kapacita 27 lůžek, 0 zařazeno do krajské sítě
Charita Prachatice-Vimperk	PS	ORP Prachatice, Vimperk	terénní, dostupnost o víkendech a svátcích

SPECIFIKA ÚZEMÍ ORP VIMPERK

ORP Vimperk je území s nejnižší hustotou zalidnění a velmi členitým terénem v oblasti Šumavy, což má dopady na zajištění dostupnosti terénních služeb (navíc zde působí pouze jediný poskytovatel pečovatelské služby). Vysoká kapacita DPS slouží obyvatelům dalších území a rovněž i zahraničním uživatelům. Naopak chybí kapacita DZR. Vysoký je zde index sociálních problémů a také index stáří. Pozitivní je vysoký index hospodářského potenciálu. Dlouhodobě dochází ke snižování počtu příjemců PNP.

VÝVOJ A PROGNÓZA POČTU CÍLOVÉ SKUPINY*



* ve věku 50+

Typické situace potřeb osob s psychiatrickým onemocněním, které řeší sociální pracovníci v území.

- Nejčastěji se obrací rodinní příslušníci.
- Obrací se také Policie ČR, když je tam zásah, informují, odbor pak zajišťuje pomoc. Týká se většinou osamělých seniorů.
- Informuje také Nemocnice Strakonice, že tam mají někoho na sociálních lůžkách.
- Není žádná zkušenost s tím, že by se ozývali starostové z obcí.
- Občas rodiny konzultují právní a finanční stránku poskytování sociální služby v komerčních privátních pobytových službách (požadavky na sponzorské dary, smlouvy péče o zdraví, douhrady, spoluúčasti rodinných příslušníků apod.).

Dostupnost sociálních služeb (místní a časová) pro osoby s psychiatrickým onemocněním.

- Významně chybí kapacita terénní pečovatelské služby. Čekací doba je i 1/2 roku, než je služba schopna zavést úkony péče.
- Je významně omezena i časová dostupnost pečovatelské služby, poskytovatel Chelčický domov Sv. Linhart, o.p.s. vykazuje větší časovou disponibilitu (a ochotu).
- V části území (Protivín) působí osobní asistence Slunečnice. Jsou schopni zajistit například nákupy.
- V malých obcích terénní služby pravděpodobně nepůsobí. Jistý "servis" pro občany pravděpodobně zajišťují sami starostové.
- V území není dostupná žádná odlehčovací služba.

Dostupnost služeb pro seniory s psychiatrickým onemocněním bez domova, či bez rodinného a sociálního zázemí.

- Často jde o případy opatrovanců v agendě veřejného opatrovnictví, kteří putují po zdravotnických zařízeních typu léčeben dlouhodobě nemocných. Nemají dostatečné finanční příjmy na službu "sociálních lůžek ve zdravotnických zařízeních".
- Často jde o případy lidí, u kterých se kumuluje mnoho znevýhodňujících okolností, které se pak stávají kontraindikací pro přijetí do pobytových sociálních služeb.
- Vhodná pobytová sociální zařízení jsou trvale naplněna, čekací doby jsou dlouhé ("Opatrovanci, tam se to stává, že pro ně nic není. To je ubíjející práce, která nikam nevede. Hledáme úplně všude, v jiných krajích. Každý týden voláme, ale je to bez šance.")
- Počet lidí, pro které není dostupná vhodná sociální služba, se zvyšuje.

Kontraindikace při přijímání zájemců o sociální služby s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Alkoholová demence a historie abusu alkoholu v anamnéze.
- Závislosti (i v minulosti) na dalších návykových látkách.
- Nízký věk (40-50 let).
- Nízký nebo žádný příjem.
- Kumulace psychiatrických a somatických onemocnění.

Jaké limity ovlivňují pomoc osobám s psychiatrickým onemocněním v seniorském věku.

- Nedostatečné kapacity pobytových zařízení, resp. zařízení, kde nebude překážkou nízký příjem zájemce.
- Diskutabilní kvalita některých privátních zařízení (která potom odbor zájemcům a rodinám nedoporučuje).
- Nedostatečná kapacita místních terénních služeb, nedostupnost služeb ve večerní čas, víkendy, svátky.
- Nutnost hledat terénní služby z jiných území a žádat je o přijetí zájemce do služby.

DOSTUPNOST SLUŽEB PRO CÍLOVOU SKUPINU

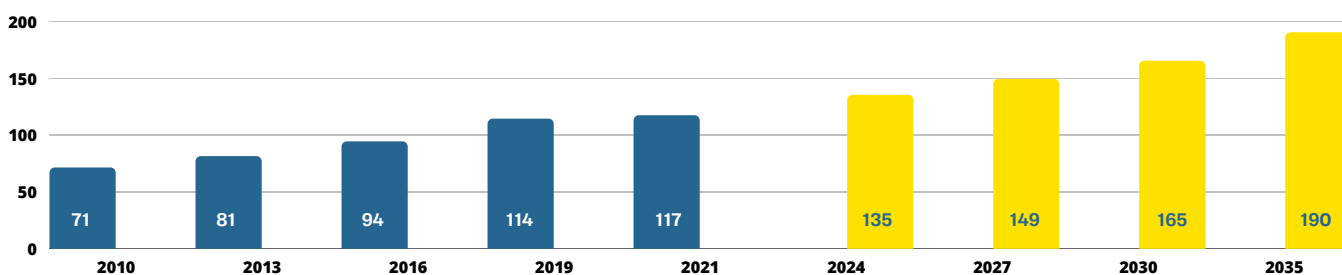
Na území ORP Vodňany působí 2 služby domova se zvláštním režimem o celkové kapacitě 95 lůžek (20 lůžek je zařazeno do krajské sítě sociálních služeb). Dále je na tomto území jeden domov pro seniory, který má kapacitu 80 lůžek zařazenou do krajské sítě sociálních služeb. Na území ORP Vodňany působí dvě pečovatelské služby, které však nejsou dostupné o víkendech a svátcích. Do území rovněž dojíždí OA Asistence Pomoc a Péče Slunečnice, z.ú.

Poskytovatel	Služba	Území	Charakteristika
ALZHEIMER HOME z.ú., ALZHEIMER HOME Loucký mlýn	DZR	ORP Vodňany, výjimečně ORP České Budějovice, Písek, Prachatice, Strakonice	kapacita 69 lůžek, 20 zařazeno do krajské sítě
Domov Kunšov s.r.o., Domov Kunšov	DZR	Písecko, Jihočeský kraj	kapacita 26 lůžek, 0 zařazeno do krajské sítě
Centrum sociální pomoci Vodňany	DPS	Okres Písek, Strakonice, Prachatice, České Budějovice	kapacita 80 lůžek, 80 zařazeno do krajské sítě
Centrum sociální pomoci Vodňany	PS	nezjištěno	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích
Chelčický domov sv. Linharta, o.p.s.	PS	nezjištěno	terénní, není dostupná o víkendech a svátcích

SPECIFIKA ÚZEMÍ ORP VODŇANY

ORP Vodňany těží z blízkosti ORP České Budějovice, vysoký je například index vitality. Nižší je i index stáří. Počet příjemců na péči je setrvalý. Kapacita DPS i DZR převyšuje počet příjemců PNP pobývajících v těchto zařízeních, lze tedy konstatovat, že oba druhy služeb využívají i obyvatelé z jiných ORP (například Týn nad Vltavou). Problémem pro zajištění poskytování služeb cílové skupině seniorů s psychiatrickým onemocněním může být nedostupnost pečovatelské služby o víkendech a svátcích.

VÝVOJ A PROGNÓZA POČTU CÍLOVÉ SKUPINY*



* ve věku 50+

7

DOPORUČENÍ PRO SMĚROVÁNÍ VYBRANÝCH DRUHŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V JIHOČESKÉM KRAJI

**7.1 SUMARIZACE
7.2 DOPORUČENÍ**

7.1 SUMARIZACE

Cílová skupina

- Data z Národního registru hrazených zdravotních služeb (NRHZS) potvrzují, že počet pacientů s demencemi narůstá.
- Počet osob v populaci ČR s vykázanou diagnózou demence ve sledovaném období 2010–2020 narůstá meziročně o 5,7 procenta.
- Celkový počet osob s psychiatrickým onemocněním ve věku 50+ v Jihočeském kraji se mezi lety 2010 a 2020 zvýšil o 2873. Do roku 2035 lze předpokládat další navýšení o 4111 osob až na 10846 osob.
- Počet osob s psychiatrickým onemocněním na 1000 obyvatel ve věkové skupině 90+ bude dle odhadů v roce 2035 činit 427 osob, tzn. dojde k téměř trojnásobnému navýšení oproti roku 2010 a půjde o přibližně každého druhého zástupce této věkové kategorie.
- Oproti roku 2010 došlo v Jihočeském kraji ke zdvojnásobení počtu a podílu osob z Alzheimerovou chorobou ve věkových skupinách 70-79 let (muži) a 80-89 let (obě pohlaví).
- V případě vývoje počtu a podílu osob s demencemi došlo u této skupiny také v období 2010-2021 k nárůstu. Nejvyšší nárůst byl zaznamenán u mužů, ve věku 90+, kdy se počet těchto osob zvýšil na více než čtyřnásobek.
- Podle odhadů by se prevalence v rámci souboru ORP Jihočeského kraje mohly do roku 2035 zvýšit o polovinu v porovnání s rokem 2020 (100 %), nejvíce ve správním obvodu Dačice (215 %), o více jak 60 % pak v SO ORP Milevsko a Tábor.

DZR a DPS

- Dostupné kapacity DZR (zařazené do krajské sítě sociálních služeb) slouží téměř výhradně osobám s psychiatrickým onemocněním, nejčastěji v seniorském věku. Významným faktorem, který přispívá k tomuto trendu je možnost nastavení režimových opatření.
- Část kapacit DZR pracuje s cílovou skupinou osob s psychiatrickým onemocněním v mladším, než seniorském věku (jejich počet neustále přibývá).
- Kapacity DZR v soukromých zařízeních nejsou dostupné pouze pro zájemce z Jihočeského kraje, slouží i pro zájemce z jiných krajů (příp. pro zahraniční klientelu).
- Někteří poskytovatelé DZR, kteří rovněž poskytují službu domovy pro seniory, operativně pracují s kapacitami těchto služeb (například v případě, že se uživatel DZR stane imobilní umožní jeho přechod na lůžko domova pro seniory, čímž uvolní lůžko v DZR pro zájemce, který naopak nemůže být přijat do domova pro seniory).
- Poskytování paliativní péče v DZR je běžnou součástí těchto služeb.
- Dostupnost DZR se významně liší dle regionů.
- Běžná čekací doba v případě DZR je cca 1/2 roku (může se však regionálně lišit u privátních soukromých poskytovatelů).
- Velká většina poskytovatelů domovů pro seniory uvádí, že významnou část jejich uživatelů tvoří zástupci cílových skupin.
- Pro přijetí seniora s psychiatrickým onemocněním do většiny domovů pro seniory musí být splněna podmínka, že svým chováním neohrozí sebe (například odcházení ze zařízení), ostatní uživatele a personál.

7.1 SUMARIZACE

PS a Osobní asistence

- Nabídka pečovatelských služeb poskytovat péči cílové skupině se významně liší dle jednotlivých poskytovatelů a regionů.
- Drtivá většina poskytovatelů osobní asistence, která pracuje se seniory poskytuje péči i cílové skupině.
- Část zájemců o pobytové sociální služby (jejich rodinní příslušníci) nikdy nevyužívala pečovatelské služby nebo osobní asistence.
- Je zřejmé, že část území Jihočeského kraje (zejména menší obce vzdálené od větších měst) není pokryta pečovatelskými službami, které dokáží pracovat s cílovou skupinou.
- V části území rovněž nejsou tyto služby (včetně služeb osobní asistence) dostupné v pozdně odpoledních a večerních hodinách, o víkendech a svátcích.
- Pečovatelské služby, které pracují s cílovou skupinou intenzivněji, než u jiných uživatelů koordinují péči s neformálně pečujícími osobami (sdělují, že bez úzké spolupráce není možné terénní služby cílové skupině poskytovat).
- Někteří uživatelé kombinují péči pečovatelské služby a osobní asistence. Tento přístup vyžaduje intenzivnější koordinaci péče mezi poskytovateli služeb a neformálně pečujícími.
- Pečovatelské služby a osobní asistence, které pracují s cílovou skupinou často rovněž pracují s neformálně pečujícími osobami (zejména se jedná o edukaci ve vztahu k péči o blízkou osobu).
- Územní dostupnost, časová dostupnost a další parametry poskytování služby se u jednotlivých poskytovatelů extrémně liší, a to významně často v souvislosti s druhem zřizovatele. Celkově lepší dostupnost vykazují služby "soukromé", tj. organizace, které nejsou zřízeny obcemi či městy (zapsané ústavy či spolky, církví zřízené organizace, obecně prospěšné společnosti, společnosti s ručením omezeným, atd.).

Odlehčovací služby a denní stacionáře

- Místní dostupnost pobytové formy odlehčovacích služeb není dostatečná (soustředí se výhradně do ORP České Budějovice, Český Krumlov, Milevsko, Prachatice a Tábor).
- Tuto službu (pobytová forma) využívají zájemci i z velmi vzdálených ORP.
- Velkou výhodou pro odborné zajištění pobytové formy odlehčovacích služeb je, když poskytovatel disponuje zázemím dalších druhů služeb (DZR, DPS).
- Odlehčovací služby zacílené na poskytování paliativní péče (více jak 1/3 všech poskytovaných odlehčovacích služeb v Jihočeském kraji) sice poskytují péči cílové skupině, nejedná se však o primární cíl a smysl poskytování této služby.
- Denní stacionáře působící v Jihočeském kraji mají minimální dopady na zajištění péče pro cílovou skupinu. Důvodem je jejich nízká kapacita a nízký zájem cílové skupiny o tuto službu.

7.1 SUMARIZACE

Vstup zájemců z CS do pobytových služeb

Mezi nejčastěji se vyskytující situace typické pro vstup zájemců z řad cílové skupiny do pobytových služeb DZR a DPS popsané všemi poskytovateli, se kterými byly vedeny rozhovory patří kombinace:

- **náhlého zhoršení zdravotního stavu, či úraz (často je doprovázeno hospitalizací),**
- **skokové změny v projevech psychiatrického onemocnění (zhoršení a zintenzivnění projevů),**
- **únava a vyhoření neformálně pečujících osob, které do té doby poskytovaly péči v domácím prostředí.**

Mezi často opakované důvody poptávky po pobytových službách patří obava z nezvládnutí péče v domácím prostředí pečujících, kteří tuto péči dlouhodobě poskytovali. Často tito zájemci nevyužívali nabídku terénních a ambulantních služeb před podáním žádosti a současně zájemce o službu nebyl příjemcem PNP. V těchto případech je poskytovateli vyhodnocována potřebnost umístění do pobytového zařízení jako akutní a standardní čekací doba (nejkratší je dle výstupů z rozhovorů cca 1/2 roku) pro vstup do těchto služeb neodpovídá potřebám.

V praxi se aplikuje prodloužení pobytu zájemce o službu ve zdravotnickém zařízení do doby nástupu do pobytových služeb. Respondenti z řad ORP a poskytovatelů sociálních služeb se shodovali na tom, že v případě, že je péče v domácím prostředí sdílená mezi terénními službami a pečujícími, lze těmto situacím předcházet včasným podáním žádosti o vstup do pobytových služeb. Dále respondenti upozorňovali, že neformálně pečující mají nedostatek informací o projevech psychiatrického onemocnění u cílové skupiny a často nevědí jakým způsobem domácí péči poskytovat. Mnoho z nich rovněž pociťuje stud a obavy ze společenského odsouzení (zejména z projevů nemoci u rodinných příslušníků na veřejnosti nebo před příbuznými atd.).

Rozdíly mezi DZR a DPS při přijímání zájemců z řad cílové skupiny

Z provedených rozhovorů vyplývá, že všechny DZR a většina DPS poskytuje péči zástupcům cílové skupiny. Rozdíly lze spatřovat v jednání se zájemci o službu, kdy DPS nepřijímají zájemce, který může projevy své nemoci ohrožovat personál a uživatele. Nejčastěji je kritériem pro přijetí zájemců této cílové skupiny mobilita. V případě, že jsou zájemci imobilní mohou být přijmuti na lůžka DPS. Režimová opatření naopak umožňují tyto zájemce přijímat na lůžka DZR. Tyto služby rovněž (v závislosti na jejich registraci již od 50-ti let) umožňují přijímání i zájemců mladších 65 let věku.

Část poskytovatelů, kteří provozují obě tyto služby popsalo příklady praxe vedoucí k vyšší efektivitě poskytované těchto služeb (například přechod uživatelů DZR do DPS po ztrátě jejich mobility, využívání rehabilitačních týmů v obou službách atd.).

Z rozhovorů s poskytovateli těchto služeb rovněž vyplývá, že dlouhodobě přibývá **počet zájemců o služby z cílové skupiny**, zvyšuje se průměrný věk uživatelů a stále častěji se na ně obracejí zájemci, kteří dosud nevyužívali jiné druhy sociálních služeb (například terénní).

7.1 SUMARIZACE

Poskytování terénních a ambulantních služeb pro CS

Z odpovědí poskytovatelů terénních a ambulantních služeb, kteří s cílovou skupinou pracují vyplývá, že nejdůležitější pro zajištění péče v domácím prostředí je její **koordinace** mezi poskytovateli sociálních služeb, pečujícími osobami a v ideálním případě i zdravotnickými službami (psychiatrická péče, domácí zdravotní péče atd.). Nastavení koordinace věnují velkou část při tvorbě kontraktu a individuálního plánu se zájemce o službu. Zvyšuje to tak nároky na odborné dovednosti personálu a rovněž intenzitu sociální práce. Z rozhovorů rovněž vyplývá, že pro poskytování terénních služeb pro CS je nutná **vyšší intenzita práce** (vyšší počet úkonů i časová dotace), než u jiných CS. V některých případech dochází k situacím, že do domácnosti uživatele dojíždí PS i OA, v tom případě se potřeba koordinace poskytování péče ještě zvyšuje. V praktické rovině pak také dochází k situacím, že výše úhrady uživatele za poskytování terénních služeb může být vyšší, než v případě služeb v pobytové formě. Pro pečující se pak výše finančních nákladů na úhradu potřebných služeb v domácím prostředí může stát (a stává) limitem, kdy další potřebnou pomoc (často například dlouhodobější odlehčovací terénní službu) už nejsou schopni zafinancovat. Službu tudíž nevyužívají, pečují sami, postupně dochází k jejich výraznému zatížení až přetížení, únavě, vyčerpání sil a nakonec k rozhodnutí požádat o umístění blízkého v pobytovém zařízení.

Část zástupců terénních služeb (PS) uvedla, že při poskytování služeb CS posiluje personální kapacitu takovým způsobem, aby návštěva v domácnosti probíhala vždy za přítomnosti dvou pracovníků (prakticky to však znamená dvojnásobné finanční náklady na poskytnutí úkonu, které ale nejsou vyrovnány vyšším příjmem od uživatele).

Obdobně jako v případě pobytových služeb se poskytovatelé terénních a ambulantních služeb shodují na tom, že se zvyšuje počet zájemců o služby z cílové skupiny.

7.2 DOPORUČENÍ

Základní východiska pro uvedená doporučení

Dle provedené analýzy žilo v roce 2021 v Jihočeském kraji minimálně 6850 osob, u kterých byla diagnostikována Alzheimerova nebo jiná forma demence.

V roce 2023 bylo na území Jihočeského kraje 921 lůžek v zařízeních DZR, tj. zařízeních specializovaných na péči o cílovou skupinu osob s demencí (celková kapacita lůžek DZR je 1059, 128 lůžek je ale průkazně určeno pro jinou cílovou skupinu, zájemce s demencí na tyto lůžka nepřijímají). Lůžek v zařízeních DZR zařazených do krajské sítě, bylo v roce 2023 celkem 591 (opět nezapočítáno 128 lůžek pro jinou cílovou skupinu). V roce 2023 by tedy mělo „své lůžko“ v zařízení DZR 13,7 % osob v Jihočeském kraji, u kterých byla diagnostikována Alzheimerova nebo jiná forma demence (počet lidí z roku 2021). 8,6 % z těchto osoby by naplnila lůžka v zařízeních DZR zařazená do krajské sítě sociálních služeb.

Projekce vývoje počtu osob s diagnostikovanou demencí v Jihočeském kraji předpokládá v roce 2035 celkem 10846 osob s touto diagnózou. Při zachování stávajících kapacit DZR (rok 2023) by pak v roce 2035 mělo šanci na lůžko v DZR 8,5 % osob z celkového počtu osob s demencí v Jihočeském kraji. Z nich pak 5,4 % osob by zaplnila lůžka v zařízeních DZR zařazených do krajské sítě sociálních služeb.

Pokud bychom chtěli zachovat stávající dostupnost lůžek v DZR zařazených do krajské sítě sociálních služeb (tedy dostupnost pro 8,6 % osob z cílové skupiny, která je v roce 2023), bude do roku 2035 potřeba zařadit do krajské sítě sociálních služeb celkem 385 nových lůžek specializovaných na péči o lidi s demencí.

Lze předpokládat, že masivní nárůst kapacit/lůžek v pobytových zařízeních typu DZR zařazených do krajské sítě sociálních služeb, který bude plně kopírovat růst počtu osob v cílové skupině, bude obtížně realizovatelný. Limitem budou s velkou pravděpodobností investiční a infrastrukturní možnosti, financování provozních nákladů, ale též velmi pravděpodobně i dostupnost lidských zdrojů (odborný personál zařízení).

Lze předpokládat, že institucionální pobytová forma péče nebude ani do budoucna dominantní formou pomoci, resp. nebude zajišťovat péči o významně vyšší procento lidí z cílové skupiny, než je tomu doposud. K tomu je ještě třeba vzít v potaz fakt, že většina osob deklaruje, že si přeje žít a dožít v domácím prostředí.

Je tedy nezbytné v rámci celého Jihočeského kraje zacílit úsilí do rozvoje sítě terénních sociálních služeb a podpory péče v domácím prostředí, do kontinuální podpory blízkých pečujících osob a adekvátního nastavení služeb a pomoci s ohledem na stádium a projevy nemoci.

Podpora poskytovatelů sociálních služeb

- Vyhledávání příležitostí pro podporu profese sociální práce a podporu pečovatelské profese*.
- Cílené projekty zaměřené na proces změny v uvažování a nastavení služeb pro CS (management, sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách), včetně vzdělávání zaměřeného na práci s CS.

* například <https://www.mila.je/>

7.2 DOPORUČENÍ

Rozvoj sítě terénních sociálních služeb

Podpořit zajištění dostupnosti terénních služeb (pečovatelská služba, osobní asistence, odlehčovací služba) pro občany Jihočeského kraje, kteří spadají do cílové skupiny:

- Podpořit transformační/rozvojové procesy v organizacích poskytovatelů terénních služeb tak, aby cílová skupina lidí s demencí byla chápána jako standardní skupina zájemců a klientů terénních služeb.
- Podpořit transformační/rozvojové procesy v organizacích poskytovatelů terénních služeb tak, aby byli schopni zajišťovat komplexní a intenzivní podporu klientů z cílové skupiny v jejich domácnostech (tj. například opakovaná denní péče, více hodinová péče, orientace na úkony péče, schopnost poskytovat aktivizační činnosti apod.).
- Kontinuálně podporovat odbornou připravenost pracovníků a jejich schopnosti spolupracovat a poskytovat službu této cílové skupině.

Kontinuálně sledovat, pravidelně vyhodnocovat údaje nezbytné pro rozvoj sítě terénních sociálních služeb (pečovatelská služba, osobní asistence, odlehčovací služba):

- Místní dostupnost, tj. vyhodnocovat dostupnost až na úroveň PO1.
- Mapovat souvislá území bez pokrytí terénními službami ("bílá místa").
- Monitorovat kapacitní naplnění služeb (čekací doby na zajištění služby, počty odmítnutých zájemců z důvodů kapacity, flexibilitu služeb a jejich schopnost řešit výkyvy poptávky, údaje o vytíženosti pracovníků v přímé péči atd.).
- Vyhodnocovat zkušenosti a údaje z plánovacích procesů jednotlivých ORP.
- Směřovat rozvoj sítě terénních sociálních služeb tak, aby byly zajištěny stejné podmínky pro občany na celém území Jihočeského kraje (venkovská území, pohraničí, horská oblast apod.), směřovat rozvoj sítě ke 100% dostupnosti alespoň terénní pečovatelské služby na území celého kraje.
- Přednostně zajistit místní dostupnost v oblastech/lokality, které jsou v současné době zcela bez pokrytí terénní službou.
- Podporovat místní dostupnost v oblastech/lokality, kde zajištění terénní služby je pro poskytovatele obtížné (horské samoty, osady, osamělá stavení, lokality významně vzdálené od sídel poskytovatelů a od centrálních obcí/měst, lokality s obyvatelstvem žijícím odlišným životním stylem apod.). Zejména jde o oblast Novohradsko, horské a příhraniční oblasti ORP Vimperk, Prachatice, Český Krumlov, Kaplice, Trhové Sviny, Třeboň, venkovské oblasti ORP Strakonice, Písek, Prachatice, České Budějovice, Tábor).
- Podporovat navýšení kapacit terénních služeb tam, kde jsou průkazně dlouhodobě vytíženy až přetíženy nebo se kapacit nedostává.
- Podpořit (bonifikace, navýšení vyrovnávací platby apod.) poskytovatele terénních služeb, kteří zajišťují dostupnost v obtížně dostupných lokalitách.
- Podporovat zvyšování časové dostupnosti na celém území Jihočeského kraje (večerní hodiny, víkendy, svátky).
- Podpořit (bonifikace, navýšení vyrovnávací platby apod.) poskytovatele terénních služeb, kteří průkazně zajišťují služby s časovou dostupností 7 dní v týdnu, víkendy, svátky, v časovém rozsahu, v rámci, kterého jsou schopni zajistit službu ve večerních hodinách.
- Podpořit (bonifikace, navýšení vyrovnávací platby apod.) poskytovatele terénních služeb, kteří jsou průkazně schopni zajišťovat úkony péče o vlastní osobu a pomoc při osobní hygieně ve večerních hodinách, o víkendech a svátcích.
- Podporovat rozšíření dostupnosti terénní odlehčovací služby jako klíčové formy podpory blízkých pečujících osob.

7.2 DOPORUČENÍ

Řízení a spolupráce v území

- Cílená spolupráce odborné veřejnosti (aktérů odpovědných za řízení procesu plánování a financování) zaměřená na nastavení sítě služeb a další podpory s ohledem na predikce vývoje počtu CS.
- Koordinace zdravotnických a sociálních služeb pro CS.
- Podpora práce odborných platforem pro koordinaci a řízení péče o CS v jednotlivých územích kraje (za účasti poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, obcí, kraje, pečujících osob).
- Pravidelné sledování potřebnosti a vývoje počtu CS – předávání informací aktérům v území (ORP, služby, zdravotnická zařízení).

Podpora blízkých pečujících osob

Zpracování krajské strategie na podporu blízkých pečujících osob, která bude mimo jiné zahrnovat*:

- Podpora depistážní činnosti obcí, zdravotnických zařízení a následná včasná podpora blízkých pečujících osob.
- Zapojení pečujících do plánů péče (pečující jako CS služeb).
- Specifická podpora pečujícím (psychologická a terapeutická, publikace, osvěta, veřejná ocenění apod.).
- Vznik odborného poradenství pro CS a pečující (vytvoření kapacit), včetně terénního poradenství.
- Podpora vzniku svépomocných skupin pro blízké pečující osoby.
- Podpora vzniku podpůrných skupin pro osoby s demencí.
- Zajištění dostupných kapacit odlehčovacích služeb (všech forem).

Rozvoj sítě pobytových služeb

- Průběžné navyšování lůžek v zařízeních DZR zařazených do krajské sítě sociálních služeb - realizované například transformací kapacit služby DPS ve prospěch DZR.
- Motivovat poskytovatele DPS k úpravě podmínek pro přijímání zájemců z řad CS.
- Průběžné navyšování lůžek v pobytové formě odlehčovacích služby.
- Podpořit vznik synergie DPS a DZR "pod jednou střechou" - podporovat existenci obou režimů (resp. druhů služeb) v rámci jednoho zařízení; vznik pravidel pro přechod (překlad klienta) mezi službami.
- Zacílení služeb a péče poskytované v zařízeních typu DPS na potřeby osob s demencí - doplnění materiálně technických nástrojů a vybavení včetně asistivních technologií; příprava a vzdělávání pracovníků; vyčlenění kapacit uvnitř DPS pro klienty s demencí, kteří ale nepotřebují zvláštní režimová opatření.
- Zařazení stávajících kapacit pobytových služeb DZR, které jsou mimo síť do krajské sítě za předpokladu dodržování zákonných požadavků a kvality péče.
- Podpořit zřízení pobytových služeb v ORP Týn nad Vltavou, Jindřichův Hradec, Český Krumlov.
- Podpořit zřízení služby DZR v příhraničních oblastech (oblasti v ORP Vimperk, Prachatice, Český Krumlov, Kaplice, Trhové Sviny, Třeboň).
- Řešit standard bydlení a technický standard v zařízeních (tj. například jestli všechny lůžkové kapacity mohou být obsazeny na péči náročnými klienty, odpovídající režimová opatření, zaměření na 1 lůžkové pokoje).
- V případě vzniku nových zařízení, podporovat zařízení "komunitního typu", které vyhovují potřebám CS.
- Zvýšit dostupnost pobytových služeb pro zájemce z CS, u kterých dochází ke kumulaci vícero znevýhodnění (např. kombinace diagnóz, nižší věk, nízký nebo žádný příjem, abusů alkoholu a dalších návykových látek atd.).

* např. Česká Alzheimerovská společnost

8

ZDROJE DAT A LITERATURY

ZDROJE DAT A LITERATURY

TIŠTĚNÉ ZDROJE

(Pozn.: Některé tištěné zdroje jsou dostupné též v elektronické verzi.)

Broulíková, H., M., Kučera, M., Arltová, M. The timely diagnosis and treatment of Alzheimer's disease: microsimulating cost-effectiveness in the Czech Republic. *Demografie*, 2021, 63 (4): 216-225.

European Union's Health Programme (2014-2020). *Dementia in Europe Yearbook 2019. Estimating the prevalence of dementia in Europe.*

HAMPL, M. (2005): Geografická organizace společnosti v České republice: transformační procesy a jejich obecný kontext. Praha, Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta.

HAMPL, M., MÜLLER, J. (2019): Vývoj geografického rozmístění obyvatelstva v Česku po roce 2000: post-transformační tendence? *Geografie* 124, č. 4, s. 385-409.

Holmerová, I., Hort, J. et al. Costs of dementia in the Czech Republic. *The European Journal of Health Economics*, 2017, 18 (8), 979 – 986.

Jančák, V., Chromý, P., Marada, M., Havlíček, T., Vondráčková, P. (2010): Sociální kapitál jako faktor rozvoje periferních oblastí: analýza vybraných složek sociálního kapitálu v typově odlišných periferiích Česka. *Geografie*, 115, 2, 207-222.

Jeřábek, M., Dokoupil, J., Havlíček T. a kol. (2004): České pohraničí - bariéra nebo prostor zprostředkování? Praha, Academia.

Kol.: Demence si zasluhuje více pozornosti a porozumění. *Medical Tribune*, 2021, <https://www.tribune.cz/medicina/demence-si-zasluhuje-vice-pozornosti-a-porozumeni/>.

Kubeš, J., Chvojková, A. (2020): Back to peripheries based on remoteness. Human capital in the peripheral municipalities of South Bohemia. *Journal of Rural Studies*, 70, 116-124.

Marada, M. a kol. (2010): Doprava a geografická organizace společnosti v Česku. Praha, Česká geografická společnost.
Novotná, M. a kol. (2005): Problémy periferních oblastí. Praha, Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. NAPAN. Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění. Psychiatrická ročenka 2021. ÚZIS

Politika územního rozvoje ČR (2021). Praha, Ministerstvo pro místní rozvoj.

Waldemar, G., Phung, K. T. et al. Access to diagnostic evaluation and treatment for dementia in Europe. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2007, 22 (1), 47-54.

Základní síť sociálních služeb Jihočeského kraje 2022 . Dostupné z www: <https://socialniportal.kraj-jihocesky.cz/?sit-socialnich-sluzeb-v-jihoceskem-kraji>

Ženka, J., Slach, O., Sopkuliak, A. (2017): Typologie českých nemetropolitních regionů z hlediska faktorů, mechanismů a aktérů regionálního rozvoje. *Geografie*, 122, 3, 281-309.

ZDROJE DAT A LITERATURY

WEBOVÉ STRÁNKY S ANALYTICKÝMI DATY

Český statistický úřad. Dostupné z www: <https://www.czso.cz>

Mapy.cz. Dostupné z www: <https://mapy.cz/>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné z www: <http://portal.mpsv.cz>

Sčítání lidu, domů a bytů - 2011, 2021. Dostupné z www: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/>

Veřejná databáze ČSÚ. Dostupné z www: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/>

ČSÚ (2022): Základní tendence demografického, sociálního a ekonomického vývoje Jihočeského kraje - 2021.

Dostupné z WWW: <https://www.czso.cz/csu/czso/zakladni-tendence-demografickeho-socialniho-a-ekonomickeho-vyvoje-jihoceskeho-kraje-2021>

WEBOVÉ STRÁNKY - PSYCHICKÉ NEMOCI VE STÁŘÍ

Alzheimer Europe:

https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf

Ministerstvo zdravotnictví ČR:

<https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/04/NAPAN-2020-2030.pdf>

<https://dementiastatistics.org/statistics/global-prevalence/>

<https://www.alzheimers.net/alzheimers-statistics>