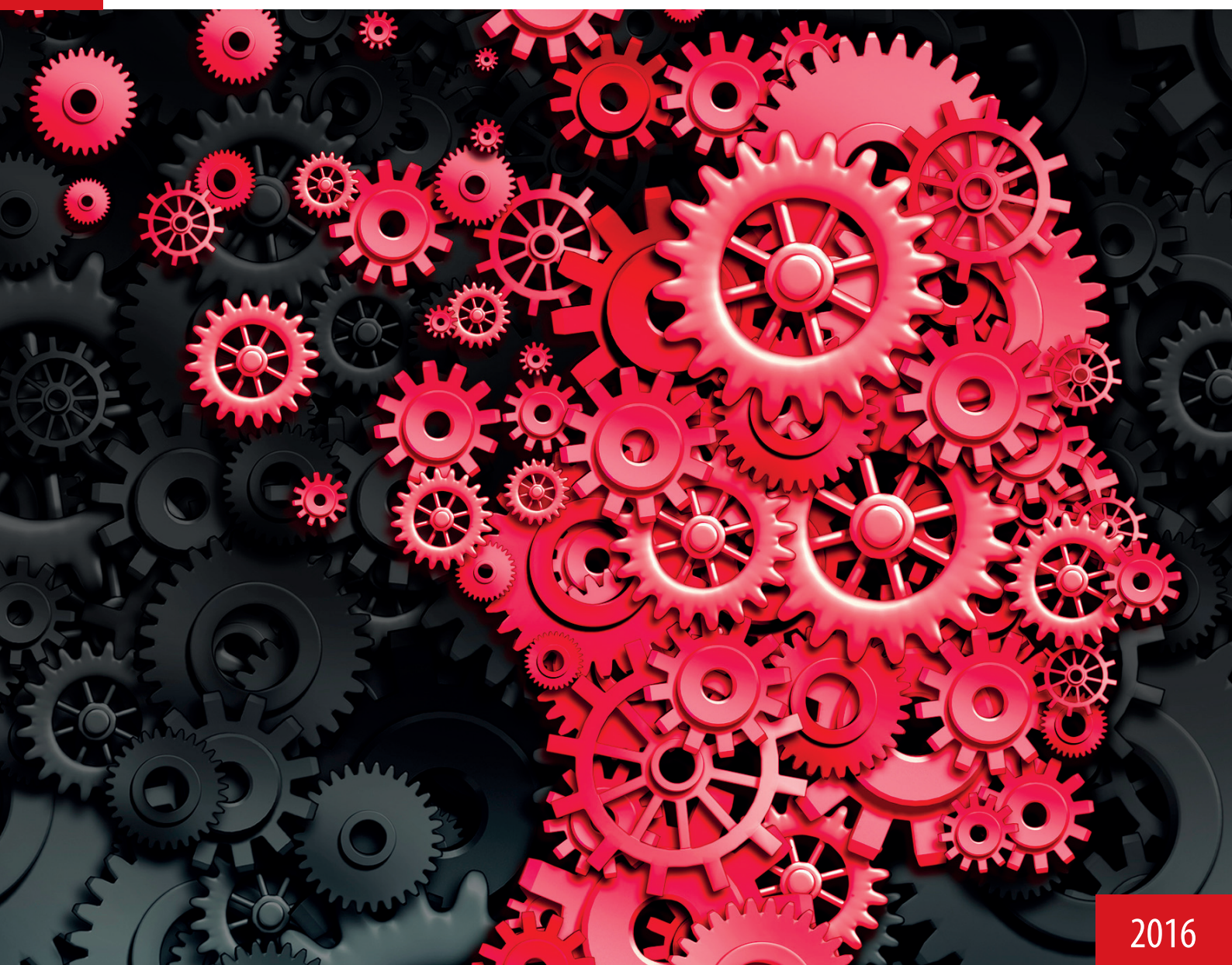


SPECIFIKA SYSTÉMU POSKYTOVÁNÍ PÉČE

O OSOBY S DEMENCÍ A JINÝMI SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI
V ČESKÉ REPUBLICCE A VE ŠVÝCARSKU

Iva Holmerová, Jiří Horecký, Petr Hanuš



2016



ASOCIACE POSKYTOVATELŮ
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR

SPECIFIKA SYSTÉMU POSKYTOVÁNÍ PÉČE

**O OSOBY S DEMENCÍ A JINÝMI SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI
V ČESKÉ REPUBLICE A VE ŠVÝCARSKU**

doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA

Mgr. Petr Hanuš

Vydala Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky
Vančurova 2904, 390 01 Tábor
IČ: 60445831
www.apsscr.cz

První vydání, Tábor 2016
Redakční zpracování: Mgr. Veronika Hotová & Mgr. Petra Kulveitová
Grafické zpracování, sazba a tisk: RUDI, a. s., Komenského 1839, 390 02 Tábor



Podpořeno z Programu švýcarsko-české spolupráce
Supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution to the enlarged European Union

Studie byla vydána v rámci realizace projektu „Přenos zkušeností a dobré praxe v oblasti péče o osoby s demencí a jinými specifickými potřebami“ (PF 168).

Partneři projektu: APSS ČR, CURAVIVA Schweiz, Gerontologické centrum v Praze.

ISBN: 978-80-906320-2-8

Obsah

1. Úvod	7
2. CURAVIVA Schweiz	9
3. Demence v EU, České republice a ve Švýcarsku	11
4. Osoby žijící s demencí z pohledu sociálních služeb v ČR.....	13
4.1 Preventivní aktivity na úrovni komunit a sociální práce v komunitě.....	13
4.2 Sociální práce na obcích	15
4.3 Financování sociálních služeb v České republice.....	16
4.4 Systém poskytování sociálních služeb v České republice a osoby žijící s demencí.....	16
4.5 Kvalita poskytování sociálních služeb v ČR.....	17
4.5.1 Standardy kvality sociálních služeb.....	18
4.5.2 Standardy vydané profesní organizací.....	21
4.6 Druhy sociálních služeb vhodné pro péči o osoby trpící demencí.....	22
4.7 Opatření omezující pohyb.....	27
5. Demografické změny a národní plány ve Švýcarsku	29
5.1 Národní strategie demence	29
5.1.1 Návrhová část Národní strategie demence	31
5.1.2 Dílčí závěr k Národní strategii demence – Iva Holmerová.....	32
5.1.3 Dílčí závěr k Národní strategii demence – Jiří Horecký.....	33
5.2 Národní strategie paliativní péče.....	35
6. Vývoj řešení problematiky péče o osoby s demencí v ČR.....	39
6.1 Celostátní strategický dokument pro řešení problematiky péče o osoby s Alzheimerovou chorobou a obdobných onemocnění v České republice.....	39
7. Srovnání českého Návrhu koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v ČR a švýcarské Národní strategie demence 2014–2017	41
8. Formy bydlení a péče ve Švýcarsku.....	43
9. Zkušenosti z návštěv zařízení a institucí	45
9.1 Bethlehemacker – domov zaměřený na péči o osoby s demencí.....	45
9.2 Odbor zdravotnictví a péče kantonu Bern	47
9.3 Univerzitní psychiatrické služby v Bernu	49
9.4 Centrum Schönberg	51
9.5 Wirrgarten	52
9.6 Dandelion, centrum pro lidi s demencí v Basileji.....	53
9.7 Závěr.....	54
10. Příklady dobré praxe ze Švýcarska.....	55
11. ROZUMĚT DEMENCI – příručka pro praxi	59
Zdroje	62

1. Úvod

Pro růst kvality a hledání inovací je vždy dobré, pokud se může daná služba nebo systém porovnat s obdobnou službou nebo systémem. Zástupcům poskytovatelů sociálních služeb v České republice tento benefit již několik let přináší spolupráce s partnery ze švýcarské organizace CURAVIVA Schweiz.

Již první setkání, které proběhlo v rámci studijních cest do Švýcarska, ukázalo, že problematika poskytování sociálních služeb (ve smyslu sociální a zdravotní péče) osobám trpícím různými druhy demencí je velmi podobná v obou srovnávaných zemích. A to i přesto, že na rozdíl od České republiky jsou ve Švýcarsku významné rozdíly v podmínkách pro poskytování sociálních služeb osobám s demencí i mezi jednotlivými kantony. Zatímco vlastní poskytování, jednotlivé techniky, inovace a technická řešení prostor sociálních služeb přinášely okamžité inspirace pro přenos do České republiky, oblast financování přinesla sice podporu v našich snahách o důkladné rozkrytí finančních toků při financování sociálních služeb, ale zároveň i smutek, neboť systém financování těchto služeb ve Švýcarsku se do České republiky přenést (snad jen prozatím) nedá.

2. CURAVIVA Schweiz

Spolupráce mezi Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR a švýcarskou organizací CURAVIVA Schweiz probíhá již po mnoho let, jedná se o vzájemnou výměnu zkušeností a dobré praxe. CURAVIVA je organizací, která zastřešuje různé organizace poskytující péči ve Švýcarsku. Byla založena v roce 2003 a vznikla spojením dvou velkých asociací. Zpočátku byla aktivní pouze v německy mluvící oblasti, poté se přidala zařízení ve francouzsky mluvících kantonech a posléze i italsky mluvící oblast.

CURAVIVA Schweiz se zabývá třemi oblastmi péče: péčí o starší lidi, dále o osoby se zdravotním postižením a péčí o děti a mladé lidi se speciálními potřebami. CURAVIVA je švýcarskou organizací a její součástí jsou kantonální organizace. Podporuje domovy poskytující péči ve Švýcarsku a také v Lichtenštejnsku. Cílem je zajištění kvality života lidí, kteří v zařízeních žijí, prostřednictvím kvalitní a odborné péče. Snaží se o systematické prosazování zájmů v rámci politiky a správy, dále usiluje o zvyšování kompetencí pracovníků v těchto zařízeních. Nezabývá se problematikou ambulantní a domácí péče, které se v této oblasti říká „Spitex“ (péče mimo nemocnice). Snaží se vyjadřovat k problematice zdravotnictví, sociálních služeb a vzdělávání v této oblasti.

Celkový počet míst v působnosti organizace je 92 000 pro starší lidi (v 1 700 zařízeních), pro lidi s postižením celkem 14 000 v 500 zařízeních, pro děti a mladistvé se speciálními potřebami 10 000 míst v 350 domech. Celkem se tedy jedná o 2 500 zařízení s celkovou kapacitou 116 000 pobytových míst. Tomu odpovídá 130 000 celých pracovních úvazků. Celkový obrat představuje 11 miliard franků.

Své členy zastupuje a prosazuje CURAVIVA prostřednictvím „politické“ práce a jednání s oblastmi zdravotnictví, sociální péče a vzdělávání. Snaží se o zlepšení podmínek financování i v legislativní oblasti a také o odbornou podporu, v současné době zejména v problematice demence, paliativní péče apod. K tomu jsou využívány různé komunikační prostředky, včetně moderních médií. CURAVIVA také vydává stejnojmenný odborný časopis, spolupracuje s ostatními organizacemi i výzkumnými institucemi a univerzitami (například v oblastech sociální pedagogiky, výchovy dětí, animace). V rámci celoživotního vzdělávání nabízí další obory včetně ošetrovatelství, managementu, sociální kompetence, gastronomie a provozu zařízení. Podporuje také efektivní hospodaření jednotlivých organizací, k tomu nabízí poradenství, nástroje pro kalkulaci, zadávání investic, účetnictví, možnost organizace společných nákupů apod. Jsou spolkem, který je řízen kantonálním shromážděním prostřednictvím řídicího výboru, který deleguje odborné problémy na jednotlivé odborné výbory a organizaci na ředitele. Za významnou součást své činnosti považují efektivní komunikaci s veřejností a public relations. Jednají z pozice organizace zaměstnavatelů.

3. Demence v EU, České republice a ve Švýcarsku

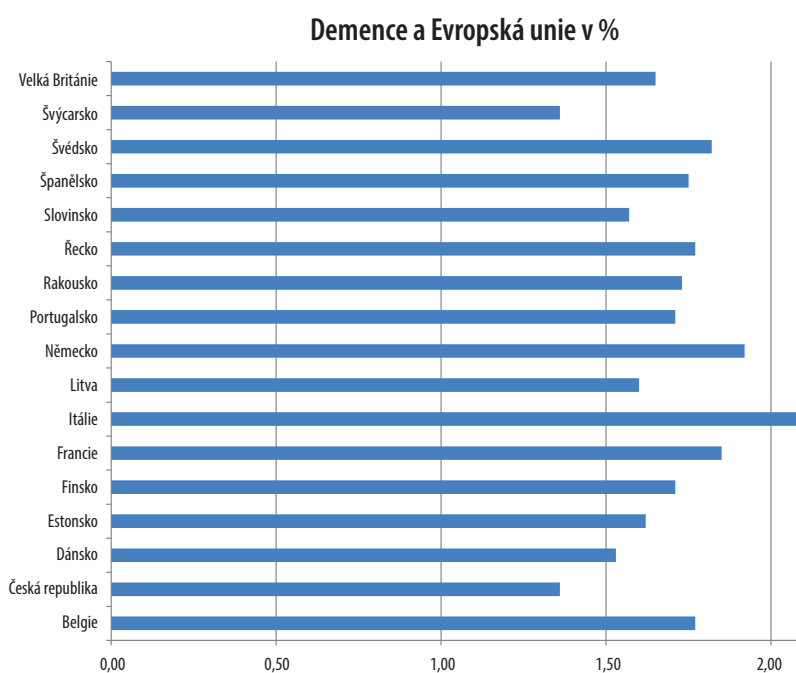
Výskyt osob žijících s demencí je napříč jednotlivými státy EU rozdílný. Rozdílnosti mohou být částečně způsobeny jinými přístupy v měření, průzkumech a monitorování tohoto jevu. Přesto lze disponibilní data interpretovat. Česká republika se pohybuje s 1,36% podílem osob s demencí pod evropským průměrem.

Česká republika tedy zatím patří v evropském srovnání k zemím s podprůměrným výskytem osob s demencí. Švýcarsko však vykazuje stejný poměr, tj. 1,36%, byť se absolutní hodnoty z důvodu rozdílného počtu obyvatel obou zemí liší. K diskuzi při tomto porovnání je však nejen validita zkoumaných dat jednotlivých zemí, ale také včasná a důsledná diagnostika, která může zásadně ovlivnit konečný počet.

Tabulka 1 Demence a Evropská unie

Země	Procenta
Belgie	1,77
Česká republika	1,36
Dánsko	1,53
Estonsko	1,62
Finsko	1,71
Francie	1,85
Itálie	2,09
Litva	1,60
Německo	1,92
Portugalsko	1,71
Rakousko	1,73
Řecko	1,77
Slovinsko	1,57
Španělsko	1,75
Švédsko	1,82
Švýcarsko	1,36
Velká Británie	1,65
Evropský průměr	1,55

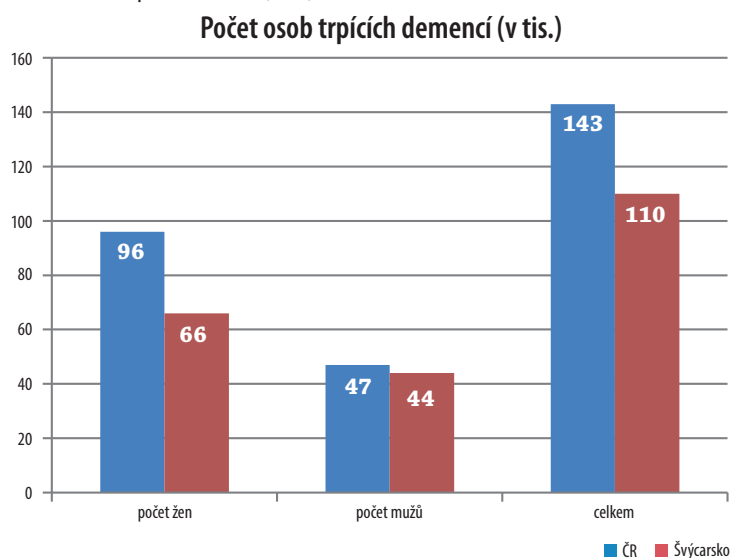
Graf 1 Demence a Evropská unie v %



Tabulka 2 Porovnání statistických dat
Česká republika x Švýcarsko

Počet osob trpících demencí (v tis.)		
	Česká republika	Švýcarsko
Počet žen	96	66
Počet mužů	47	44
Celkem	143	110

Graf 2 Počet osob trpících demencí (v tis.)



Komentář:

Pokud blíže porovnáme data České republiky a Švýcarska v prevalenci osob trpících demencí, zjistíme největší rozdíl u rozdělení dle pohlaví. Zatímco u mužů je tento údaj porovnatelný, u počtu žen je již znatelně rozdílný (96/66). To může být částečně vysvětleno vyšší nadějí na dožití ve Švýcarsku a v České republice, srovnání: Švýcarsko 80,7 let u mužů a 85 let u žen a Česká republika 75,2 u mužů a 81,3 u žen.

Tabulka 3 Vybraná data Česká republika x Švýcarsko

Česká republika		Švýcarsko
96 000 (2/3)	žen s demencí	66 000 (2/3)
47 000 (1/3)	mužů s demencí	44 000 (1/3)
143 000	lidí s demencí	110 000
v roce 2023	hranice 200 000 osob s demencí	v roce 2030
v roce 2036	hranice 300 000 osob s demencí	v roce 2060
každý 25. trpí demencí	do 60 let	
každý 13. trpí demencí	nad 65 let	každý 5. trpí demencí
každý 5. trpí demencí	nad 80 let	každý 8. trpí demencí
každý 2. trpí demencí	nad 90 let	

Komentář:

Tato tabulka přináší rozdílné, a tedy ne vždy porovnatelné údaje z obou zemí.

4. Osoby žijící s demencí z pohledu sociálních služeb v ČR

Cílem této kapitoly je představit systém, který je pro poskytování sociálních služeb a návazné sociální práce nastaven v České republice. Již na začátku je nutné konstatovat, že poskytování sociálních služeb není rozděleno na segmenty poskytující sociální služby jedné úzké skupině uživatelů (například osobám trpícím demencí). Jednotlivé druhy sociálních služeb mají vždy několik cílových skupin uživatelů, které společně charakterizují obdobné potřeby péče, pomoci a podpory. V praxi proto jednotliví poskytovatelé (až na výjimky) vymezují v rámci procesu registrace cílovou skupinu případných uživatelů svého pracoviště z více cílových skupin. Tento postup sice umožní efektivněji využít dostupnou kapacitu, znemožňuje ale relevantně hovořit o čisté kapacitě konkrétního druhu sociální služby určené pro konkrétní cílovou skupinu, například lidí trpících demencí. Pokládáme-li si tedy otázku, jaké kapacity máme pro lidi trpící některou z forem demence, nejsme schopni relevantně odpovědět. Tento stav významně komplikuje řešení dostupnosti služeb, například služeb pro lidi trpící demencí v jednotlivých regionech. Pro účely této studie jsou jednotlivé části popisovány, až na výjimky, bez uvádění klíčové cílové skupiny. Systém je nastaven tak, aby daná služba, pokud je osoba trpící demencí jednou z jejich cílových skupin, mohla nastavit vlastní poskytování dané služby nejen s ohledem na charakteristiku cílové skupiny, ale i s ohledem na individuální potřeby jednotlivých uživatelů. Popis systému není striktně vázán ke klíčové cílové skupině osob trpících demencí, ale vždy popisuje situace, které jsou relevantní pro klíčovou cílovou skupinu, i když ne výhradně.

4.1 Preventivní aktivity na úrovni komunit a sociální práce v komunitě

I když stále není zcela zřejmé, co vede k propuknutí nemoci typu Alzheimerovy demence, můžeme identifikovat určité oblasti, které působí jako primární či sekundární prevence negativních jevů, které sebou vlastní nemoc u klienta a jeho okolí přináší. Do těchto oblastí patří bezesporu společenské aktivity seniorů. Tyto aktivity v České republice probíhají na místní úrovni. Tzv. kluby důchodců jsou provozovány zejména ve větších městech. Postupná změna odborné terminologie, tedy opouštění termínu „důchodce“ a jeho nahrazení termínem „senior“, se promítla také do této oblasti. Proto tyto aktivity dnes nalezneme také pod názvem Senior kluby. Náplň činnosti je ale obdobná, zaměřují se na organizování společenských a kulturních akcí. Obdobnou aktivitou jsou kluby aktivního stáří. Zde se na vlastní organizaci jednotlivých programů podílejí sami senioři. I zde

jsou pořádány různé kulturní, společenské i sportovní akce, které jsou připraveny tak, aby stimulovaly vlastní aktivní zapojení seniorů a posilovaly motivaci k aktivitě. Do této kategorie patří turistické vycházky, ruční práce, modelování, výstavy květin, kontakty s jinými městy, seniorské bály nebo taneční pro věkově pokročilé. Velmi důležitá je podpora těchto aktivit ze strany místní veřejné správy. Tato podpora může být velmi široká. Patří sem bezplatné zapůjčování prostor pro konání těchto aktivit (například prostory radnic, kulturních domů), grantová podpora, ale také osobní přítomnost představitelů měst a obcí na aktivitách a oceňování aktivního přístupu konkrétních seniorů.

Význam těchto aktivit spočívá nejen v sociálním kontaktu a aktivizaci, ale také v možnosti spojit tyto aktivity s osvětou a informovaností (například i o nemocích jako je demence). Lidé z cílové skupiny – potenciální klienti nebo jejich pečující – se mohou nenásilnou formou dozvědět informace, které jim pomohou v první fázi péče o nemocného s demencí. Informovanost o této problematice pomáhá v boření zábran a urychluje poskytnutí odborné pomoci.

V oblasti aktivizace a stimulace „mozkové činnosti“ seniorů je nutné zmínit i seniorské akademie nebo univerzity třetího věku (U3V). Ve vyspělých zemích jsou rozšířené ve všech univerzitních centrech. Vychází z myšlenky, že učit se je záležitost celoživotní a vzdělávat by se měl člověk permanentně. Témata pro studium jsou různá, programy bývají zaměřeny např. na studium biologie člověka, dějiny literatury, hudby, umění. Studenti – senioři skládají zkoušky, píšou odborné práce a na závěr získávají diplomy o absolutoriu. V České republice byla jako první U3V založena na Univerzitě v Olomouci roku 1986. Mimo vlastní studium jsou seniorům k dispozici i přípravné kurzy pro studium na U3V. Ty jsou určeny pro seniory, kteří chtějí studovat, ale zatím se ostýchají, netroufají si. V České republice také působí Asociace univerzit třetího věku, která si vzala za cíl „podporovat a iniciovat aktivity českých vysokých škol v oblasti vzdělávání starších dospělých formou Univerzit třetího věku jako vysoce potřebnou a společensky prospěšnou činnost“.

Vedle výše zmíněných společných (organizovaných) činností je prospěšné podporovat i individuální aktivity seniorů – věnování se zálibám, jako je zahrádkaření, turistika, houbaření, rybolov, ruční práce. Podpora těchto aktivit může spočívat ve snižování nákladů hobby aktivit (například nájmu obecních pozemků, na kterých jsou zahrádky) nebo v pořádání soutěží a výstav, kde mohou senioři výsledky svých koníčků prezentovat veřejnosti. Pozitivní dopady těchto aktivit nesměřují pouze k samotným seniorům, ale obecně podporují společnost a působí proti vzdalování se jednotlivých generací. V této souvislosti je nutné zmínit, že i českou společnost postihl proces rozpadu širokých více než dvougeneračních rodin. Společnost tak stojí především na modelu nukleární rodiny, kdy se rodičovská generace často dostává do pozice tzv. sendvičové generace, která musí zajistit péči o generaci dětí a zároveň i o své rodiče, a to ve věku, kdy se očekává, že je stále ekonomicky aktivní. S touto situací se pak pojí množství problémů, zejména se setrváním na trhu práce v době péče o seniora, zejména pak po jejím ukončení.

Příčiny rozpadu třígeneračních rodin v České republice vidíme zejména v současných bytových poměrech, kdy je výstavba většinou koncipována pouze pro potřeby nukleární rodiny. Dalším důvodem je vysoká zaměstnanost žen, které v dřívější rodině byly tradičními pečovatelkami o rodinné příslušníky a pracovaly v domácnosti, čímž tvořily „magnetické jádro“ rodiny, ke kterému se členové vztahovali. Současná politika EU podporuje maximální zaměstnávání žen. Lze tedy s určitou nadsázkou konstatovat, že tím nepřímo podporuje atomizaci rodin. Na druhou stranu je ale nutné uvést i očekávání, že současný trend přinese setření rozdílů mezi rolemi muže a ženy, tak jak je známe z tradiční rodiny, a dojde ke změně současného poměru mezi pečujícími ženami a muži. Obdobnou změnu můžeme pozorovat v posledních letech v zapojování mužů do péče o malé děti a rodinu.

I přes rozpad vícegeneračních rodin v České republice rodiny pečují asi o 80 % seniorů. Jako lichý se ukazuje předpoklad, že kvalita či intenzita péče o seniora se s počtem dětí zlepšuje. Obvykle péči zajišťuje nejbližší bydlící nebo spolubydlící dcera. S postupným zvyšováním nesoběstačnosti seniora se zvyšuje potřeba pomoci i ze strany pečující osoby. Pokud klient potřebuje pomoc více než 4 hodiny denně, je vhodné přejít do režimu tzv. „sdílené péče“. Koncept sdílené péče je kompatibilní s navrhovanými úkoly v Národním akčním plánu a vychází z předpokladu, že péči v určitém individuálně určeném rozsahu převezme profesionální sociální služba, a tím se umožní pečující osobě alespoň částečné obnovení či budování běžných sociálních kontaktů a rolí. V praxi

v České republice tento koncept naráží na několik zásadních problémů. První vyplývá z konceptu příspěvku na péči, kdy je dávka plně použita jako odměna domácímu pečujícímu. V některých případech je to významný příjem celé rodiny. Při rozhodování, zda nevyužít služeb registrovaného poskytovatele sociálních služeb a nesdílet péči, může převážit ekonomický rozměr. Rozhodnutí, zda snížit příjem rodiny a hradit náklady za sociální službu nebo „ještě vydržet“ a poskytovat péči i přes zjevné problémy, není, zejména v oblastech, kde je vysoká nezaměstnanost, jednoduché.

Druhým problémem je nedostatečná nabídka potřebných sociálních služeb, a to nejen z hlediska kapacity, ale i z hlediska dostupných druhů. Pečující i klient se pak dostávají do situace, kdy i přes svou snahu a ochotu část péče přenést na poskytovatele sociálních služeb nemají k dispozici žádnou nabídku, které by mohli využít. Překážkou na cestě k získání potřebné pomoci může být také složitý systém druhů sociálních služeb, ve kterém se poptávající osoba může špatně orientovat.

4.2 Sociální práce na obcích

Sociální práce je lidem s demencí poskytována na úrovni obcí a sociálních služeb. Na úrovni obcí s rozšířenou působností (obecní úřady, které převzaly významnou část úkolů zrušených okresních úřadů) pracují sociální pracovníci. Tito sociální pracovníci jsou zařazeni zejména na odborech zdravotnictví a sociální péče. Sociální pracovníci na obci mají pro osoby trpící demencí (ovšem nejen pro ně), kterým není poskytována sociální služba, a jsou v takové situaci, kdy by neposkytnutí okamžité pomoci ohrozilo jejich život nebo zdraví, zajistit poskytnutí sociální služby nebo jiné formy pomoci, a to v nezbytném rozsahu. V případech, kdy je osoba trpící demencí hospitalizována, zjišťuje sociální pracovník obce s rozšířenou působností na základě oznámení poskytovatele zdravotních služeb, zda je nezbytné poskytnout osobě umístěné ve zdravotnickém zařízení služby sociální péče a zprostředkovává možnost jejich poskytnutí. Pokud nelze služby sociální péče aktuálně poskytnout, informuje neprodleně o této skutečnosti zpětně poskytovatele zdravotních služeb a ten zahájí poskytování sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení (o problémech s tímto druhem služeb se pojednává dále v části o druhých sociálních služeb). Sociální pracovníci nadále vyhledávají vhodnou sociální službu tak, aby poskytování sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení trvalo co nejkratší dobu. V praxi tento zákonem upravený postup často není dodržován a vytváří napětí, které se negativně projevuje na špatné spolupráci mezi resortem zdravotnictví a sociálních věcí.

Sociální pracovníci na území svého správního obvodu mají i u uživatelů sociální služby koordinovat poskytování sociálních služeb a vykonávat činnosti sociální práce.

Některé úkony vykonávané obecními úřady obcí s rozšířenou působností jsou vykonávané v tzv. přenesené působnosti. Jedná se vždy o výkon státní správy mimo gesci místních politických reprezentací. Nicméně i místním orgánům samosprávy ukládá zákon v oblasti sociální péče úkoly. Ty jsou pak výkonem samostatné působnosti dané obce. Obec, ve které osoba s demencí žije, má zjišťovat individuální potřeby poskytování sociálních služeb u svých obyvatel. V rámci své činnosti má obec zajišťovat dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb. Při vyhledávání potřebné pomoci není příslušná obec osamocena. Může využít například spolupráci s dalšími obcemi v okolí, s krajem a samozřejmě přímo s poskytovateli sociálních služeb. V některých případech může obec sjednání smlouvy provést přímo za svého obyvatele, jindy v rámci zprostředkování předá informace a k navázání kontaktu mezi poskytovatelem a osobou (nebo její rodinou) již dochází aktivitou obou stran.

Důležitým nástrojem pro zajištění potřebné dostupnosti péče na území obcí v České republice může být střednědobý plán rozvoje sociálních služeb. Povinnost sestavovat tyto střednědobé plány je zákonem stanovena na úroveň kraje, obec má ovšem povinnost při sestavování krajského plánu spolupracovat. Některé obce sami, nebo ve svazku s více obcemi, vytvářejí své místní střednědobé plány rozvoje sociálních služeb. Tímto nástrojem mohou nejen velmi přesně popsat potřeby svých obyvatel, ale také získat příležitost k úzké spolupráci s místními poskytovateli sociálních služeb a v neposlední řadě i se zástupci osob, kterým jsou poskytovány sociální služby.

Jedna z novějších rolí obcí spočívá ve spolupráci s krajem při určování sítě sociálních služeb na území kraje, a tím i na zajištění potřebné dostupnosti v krátkodobém a střednědobém výhledu. Síť sociálních služeb je

myšlen souhrn sociálních služeb, které se v dostatečné kapacitě, náležitě kvalitě a s odpovídající místní dostupností podílí na uspokojování potřeb konkrétních osob na území kraje. Tato síť musí být sestavena v souladu se zjištěnými potřebami osob na celém území kraje, ale také s dostupnými finančními a jinými zdroji. Síť sociálních služeb je součástí střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb daného kraje. Kraj samotný ovšem nemusí být schopen potřebné informace získávat svépomocí. Je tedy na obcích, aby sledovaly informace o kapacitě sociálních služeb, které jsou potřebné pro zajištění potřeb osob na jejich území. Obce tímto přístupem mohou spoluvytvářet podmínky pro zajištění potřeb svých obyvatel, včetně osob trpících demencí a jejich rodinných příslušníků.

Stálým problémem v péči o osoby trpící demencí je jejich včasné zachycení a zprostředkování potřebných informací, podpory a pomoci. Stejně jako ve Švýcarsku je první kontakt s novými klienty (nejen) s Alzheimerovou formou demence prováděn až ve chvíli hospitalizace či ambulantního určení diagnózy. Depistáže či jiné screeningové metody se prakticky nepoužívají. Při návštěvě kantonu Bern se o potřebě včasného oslovování osob trpících demencí v raném stádiu nemoci diskutovalo. V tomto případě je v kantonu Bern upřednostňováno soukromí obyvatel a sociální pracovníci depistáže neprovádí.

Základní filozofií v České republice i ve Švýcarsku je snaha podporovat osoby trpící demencí nejprve co nejdéle v domácím prostředí. Nabídka pobytových sociálních služeb přichází až jako poslední možnost ve chvíli, kdy již potřebu péče není možné zajistit kombinací domácí péče, terénních a ambulantních služeb.

4.3 Financování sociálních služeb v České republice

Financování sociálních služeb v České republice, jak již bylo zmíněno v úvodu, prochází zásadními změnami. Bohužel i přes tyto změny nadále setrvává hlavní problematický moment systému. Tím je nepředvídatelnost a absence garancí objemu peněz, které stát a kraje poskytnou na daný rok pro sociální služby. Systém financování, jak nám byl představen v kantonu Bern, je z tohoto pohledu velmi inspirativní. Dokud nebude suma pro financování sociálních služeb v České republice výsledkem racionálního procesu nezávislého na politickém rozhodování (o výsledku, nikoliv o nastavení systému, který naopak musí být výsledkem politického konsenzu), nebude možný smysluplný rozvoj sociálních služeb. Setrvání systému přinese pouze stagnaci, jak jsme toho svědky dnes. Zákon o financování péče, obdobný jako je ve Švýcarsku, by přinesl do poskytování sociálních služeb záruky pro případné investory. To by jistě vygenerovalo další investice k výstavbě potřebných kapacit a zvyšování kvality stávajících služeb.

4.4 Systém poskytování sociálních služeb v České republice a osoby žijící s demencí

Sociální služby jsou poskytovány v rámci zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Současná právní úprava definuje sociální služby jako soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Zákon taxativně vyjmenovává nejen druhy sociálních služeb rozdělené do tří skupin služeb – sociální poradenství, sociální péči a sociální prevenci, ale také v jakých zařízeních jsou tyto služby poskytovány a jaké činnosti jsou považovány za základní. Tento výčet je ovšem jednou ze slabin této právní úpravy, protože nezohledňuje situaci, kdy nadstandardní není pouze druh činnosti, ale i její četnost. Jednotlivé druhy sociálních služeb jsou definovány charakteristickými znaky, zejména je to forma poskytování (terénní, ambulantní a pobytová), cílová skupina osob, pro které je služba určena a výčet základních činností, které daný druh musí svým klientům nabízet. Zde je nutné podotknout, že povinnost nabídnout je zde pouze v případě, pokud to klient skutečně potřebuje. Pokud by daná činnost tento požadavek nesplňovala, neměla by být činnost klientovi poskytována.

Režim sociálních služeb je vyčleněn mimo živnostenské podnikání, i když nevyklučuje poskytování sociálních služeb osobami (právníckými či fyzickými), které podnikají. Pro poskytování sociálních služeb musí být vydána registrace ve správním řízení, registračním orgánem je až na výjimku místně příslušný krajský úřad. Podmínky

stanovené pro registraci musí poskytovatel splňovat po celou dobu registrace, stejně musí mít sjednané povinné pojištění škod spojených s poskytováním sociálních služeb. Registrační orgán provádí kontroly dodržování registračních podmínek a také kontroluje, zda není poskytována sociální služba bez registrace. V případě porušení zákona může kontrolní orgán uložit pokutu, v případě poskytování sociálních služeb bez registrace až do výše 1 mil. Kč.

Vedle registrační kontroly jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni dodržovat základní povinnosti poskytovatelů stanovené zákonem. Poskytování sociálních služeb musí být prováděno v souladu se standardy kvality, což je soubor patnácti okruhů otázek, prostřednictvím kterých si poskytovatel ověřuje kvalitu v rámci procesu poskytování sociálních služeb. Dodržování těchto povinností kontroluje inspekce kvality, od 1. 1. 2015 ve struktuře Ministerstva práce a sociálních věcí.

Zákon také stanovuje úhrady za některé služby, jiné určuje jako pro klienty bezplatné. Uživatelé sociálních služeb jsou u některých, zejména pobytových služeb chráněni několika nástroji. Prvním je minimální zůstatek – tedy procentuálně určená část příjmů, která musí uživateli po zaplacení úhrady za pobyt a stravu zůstat. Druhým nástrojem je maximální sazba hodinové úhrady za jednotlivé základní činnosti stanovená v prováděcím právním předpise. Zákon do problematiky úhrad zavádí také dobrovolnou možnost podílet se na úhradách i pro další subjekty, ať již jsou to rodinní příslušníci nebo další osoby (i třeba bývalý zaměstnavatel). Celková konstrukce ovšem umožňuje získat služby za nízkou cenu i osobám, jejichž majetkové poměry by slevu nevyžadovaly.

Financování sociálních služeb je řešeno jako vícezdrojové, odpovědnost za zajištění finančních zdrojů leží plně na jednotlivých poskytovatelích sociálních služeb. Stát pro poskytování sociálních služeb vytváří dotační programy, které jsou ovšem pouze jedním ze zdrojů a nelze je považovat za jediný zdroj pro financování sociálních služeb. Objem finančních prostředků není zákonem o sociálních službách určen a vychází každoročně ze schváleného státního rozpočtu České republiky.

Zákonem jsou stanoveny požadavky na kvalifikaci pracovníků v sociálních službách a sociální pracovníky. Zatímco u sociálních pracovníků je stanovena požadovaná úroveň formálního vzdělání (vyšší odborná nebo vysoká škola), u pracovníků v sociálních službách je podmínkou ukončené základní vzdělání a absolvování kvalifikačního kurzu. Rozsah a obsah požadovaného kvalifikačního kurzu je upraven v prováděcí vyhlášce k zákonu o sociálních službách. Pro pracovníky v sociálních službách a pro sociální pracovníky je určena povinnost dalšího vzdělávání, a to v rozsahu 24 hodin ročně. MPSV má ze zákona pravomoc udělovat akreditace vzdělávacím institucím a programům pro oblast sociální práce a služeb a také pro manažery sociálních služeb a domácí pečující.

4.5 Kvalita poskytování sociálních služeb v ČR

V České republice je proces zavádění a řízení kvality, včetně její kontroly, upraven zákonem o sociálních službách. Zákon stanovuje výčet základních povinností každého poskytovatele a rámec pro kontrolu tzv. inspekcí sociálních služeb. Od přijetí zákona o sociálních službách v roce 2006 inspekce kvality postupně vykonávaly krajské úřady, Úřad práce České republiky a nakonec od 1. 1. 2015 je vykonává samo Ministerstvo práce a sociálních věcí. Koncept kvality byl v této zákonné dimenzi postaven na standardech, které jsou rozpracovány do jednotlivých kritérií. Soubor standardů je vydán jako příloha prováděcí vyhlášky k zákonu o sociálních službách. Standardů je v současné době patnáct. I když je úkolem standardů vytvořit myšlenkový a srovnávací rámec pro poskytování sociálních služeb, objevuje se v České republice špatná praxe, kdy jsou psány tzv. standardy – tedy dokumenty, které služba nutně nepotřebuje, ale jejich potřeba byla identifikována v rámci interakce mezi poskytovateli a inspekcí kvality při státní kontrole kvality sociálních služeb. I přes počáteční zájem o stanovení konzultačního procesu, který by vedl k oboustrannému konsenzu při ověřování nastavení poskytování sociální služby u konkrétního poskytovatele, byl nakonec zvolen režim kontroly podle zákona o státní kontrole (nyní zákon o kontrole), který věcné diskuse a konzultační proces nepřipouští. Lze konstatovat, že zavedením kontroly v režimu „státní kontroly“ systémem standardů kvality nevyhovuje, protože nepřímo vede k formalizmu a byrokracii. Vzniku zbytečných vnitřních předpisů a dokumentů dokazujících plnění standardů kvality nebrání

ani výslovná podmínka pro naplnění každého standardu, že takto stanovená pravidla pracovníci poskytovatele dodržují. A to i přesto, že dodržování některých uměle vyrobených vnitřních předpisů nelze i přes veškerou snahu realizovat.

4.5.1 Standardy kvality sociálních služeb

V následující části se pokusíme stručně nastínit, co se u jednotlivých standardů od poskytovatele očekává.

Standard 1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Každý poskytovatel by se měl ještě před započítím poskytování zamyslet, jaké je jeho poslání, jaké má cíle a jaké si pro svou organizaci stanoví zásady (postupy). Měl by si také velmi pečlivě rozmyslet, jaké cílové skupině se chce věnovat. Pro další proces poskytování je dobré, pokud si své poslání, cíle a vymezení cílové skupiny formuluje písemně. To je důležité pro předávání informací o záměrech organizace všem zaměstnancům bez zkrácení, které ústní předávání informací vždy přináší. Důležité jsou tyto informace i pro případné klienty, a proto by měly být zveřejněny, aby k těmto informacím měla veřejnost volný přístup. Samozřejmostí je, že stanovené cíle a další náležitosti musí být v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb a také druhem sociální služby. Vytvořený rámec musí umožňovat uspokojování individuálních potřeb uživatelů. Standard vyžaduje, aby ty nejdůležitější pracovní postupy byly zpracovány písemně.

Každý poskytovatel by měl ctít názory a vůli svých uživatelů. Měl by proto vytvářet co nejvíc příležitostí a uživatelé v rozvoji této důležité kompetence podporovat. I když může tento požadavek vypadat často neuskutečnitelně, neměl by od něj poskytovatel ustupovat, ale naopak by měl hledat další možnosti, jak uživateli dávat možnost svou vůli projevit.

I když poskytování sociální služby má uživatelům pomáhat, vede v některých případech k určitému označování (tzv. zaškatulkování). Poskytovatel by si měl být této skutečnosti vědom a měl by stanovit pravidla pro ochranu svých uživatelů před předsudky a negativním hodnocením ze strany okolí.

Standard 2. Ochrana práv osob

Poskytování sociálních služeb může zasahovat do nejintimnějších oblastí života uživatelů a velmi snadno mohou být dotčena i základní lidská práva. Poskytovatelé by na toto měli při své práci myslet a měli by identifikovat situace, kdy by k tomu mohlo dojít. Standard doporučuje písemně zpracovávat pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod uživatelů. Z praxe je zřejmé, že i přes snahu o zabránění této nepříznivé situaci občas k porušení některých lidských práv může dojít. A tak je vedle preventivních opatření poskytovatel zavázán stanovit si pravidla pro postup, pokud k porušení práv uživatelů dojde.

Další oblastí, které se musí poskytovatel věnovat, jsou situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy uživatelů. I zde by měla být provedena identifikace možných situací, ve kterých dochází (nebo může dojít) ke střetu zájmů, a na tyto situace by měla být zpracována pravidla pro předcházení jejich vzniku. Pokud již tato situace vznikne a ke střetu zájmů dojde, měl by mít poskytovatel připraven postup pro řešení.

V praxi také nastávají situace, kdy chce uživatel nebo jeho rodina poskytovatele obdarovat. Důvody mohou být různé a mohou také přinášet určitá rizika pro obě strany. Poskytovatel by proto měl na tyto situace preventivně myslet a měl by si písemně zpracovat pravidla pro přijímání darů. Dobře stanovenými pravidly předchází konfliktům, které často pramení z různých (i nereálných) očekávání, která jsou s poskytnutím daru spojena.

Standard 3. Jednání se zájemcem o sociální službu

Ve chvíli, kdy se vyskytne v lidském životě nepříznivá životní situace, začíná cesta hledání pomoci. Jednou z cest k vyřešení jsou sociální služby. Aby byl proces hledání vhodné sociální služby efektivnější a snadnější pro uživatele, měl by poskytovatel připravit informace pro zájemce o sociální službu, které srozumitelným způsobem vysvětlí možnosti dané služby, seznámí zájemce s nabídkou a také s podmínkami, za kterých poskytování

sociální služby provádí. Poskytovatel by měl určit postupy a pracovníky, kteří informace pro zájemce o službu poskytují.

Při poskytování sociální služby je kladen velký důraz na nastavení celého procesu s ohledem na individuální požadavky uživatelů. Tento proces ovšem začíná ještě v době, kdy budoucí uživatel hledá příslušnou sociální službu. Poskytovatel by měl podrobně projednat se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby. Cílem je zajistit co nejrealističtější představu, co může či nemůže služba poskytnout. Výsledkem vyjednávání může být uzavřená smlouva o poskytování sociálních služeb. V některých případech se může ukázat, že i když klient sociální službu chce, existují důvody, pro které jej přijmout nelze. Důvody pro odmítnutí stanovuje zákon. Poskytovatel by měl mít zpracována pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu, aby bylo zřejmé, z jakých důvodů byl zájemce odmítnut. Pokud dojde k odmítnutí uživatele, musí být poskytovatel připraven poskytnout základní poradenství, jak v hledání potřebné služby pokračovat.

Standard č. 4. Smlouva o poskytování sociální služby

V případě úspěšného vyjednávání vyvrcholí tento proces uzavřením smlouvy o poskytování sociálních služeb. Poskytovatel musí mít zpracován postup pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované sociální služby a okruh uživatelů, kterým je určena. S ohledem na individuální schopnosti jednotlivých uživatelů musí poskytovatel při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby postupovat tak, aby nový uživatel, případně i jeho zástupce, rozuměl obsahu a účelu smlouvy. Ve smlouvě by měl být sjednáván rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl odvíjející se od možností, schopností a přání uživatele.

Standard č. 5. Individuální plánování průběhu sociální služby

V rámci stanoveném smlouvou následně po celou dobu poskytování sociální služby probíhá permanentní proces individuálního plánování. Poskytovatel by měl mít pro tento proces stanovena pravidla. Jak tato pravidla vypadají, závisí na druhu a poslání konkrétní sociální služby. Pomocí individuálního plánování dochází k ověřování plnění dosavadních naplánovaných úkonů, zda jsou naplňovány jeho osobní cíle a probíhá případná korekce – přehodnocování procesu poskytování služby podle vývoje individuálních potřeb konkrétního uživatele a dalších okolností, které poskytování sociálních služeb ovlivňují. Proces plánování průběhu poskytování sociální služby musí probíhat společně s uživatelem. K zapojení uživatele poskytovatel využívá dostupné komunikační a další metody, pomocí kterých umožní uživateli vyjádřit svou vůli, názory, případně emoční reakce. Plánování je prováděno vždy s ohledem na osobní cíle a možnosti uživatele. Proces individuálního plánování provádí u konkrétního uživatele vždy určený zaměstnanec poskytovatele.

Individuální plán je po svém vyhotovení následně naplňován v rámci procesu poskytování sociální služby. Pro získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým uživatelům by měl být na pracovišti poskytovatele vytvořen funkční systém vedení informací.

Standard č. 6. Dokumentace o poskytování sociální služby

Poskytování sociálních služeb jednotlivým uživatelům musí být souběžně zaznamenáváno v příslušné dokumentaci. Tato dokumentace je vedena s ohledem na případné zákonné požadavky (např. zdravotnická dokumentace) a potřeby procesu poskytování sociální služby. Poskytovatel proto musí mít zpracována pravidla, která upravují způsob pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o poskytování sociální služby konkrétním uživatelům. Součástí těchto pravidel musí být i postup pro nahlížení do dokumentace ze strany dalších relevantních osob. V případech, kde není právními předpisy stanovena doba pro uchování dokumentace uživatele po ukončení poskytování sociální služby, musí být tato doba stanovena poskytovatelem.

Standard č. 7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Cest, jak může uživatel sdělovat svou nespokojenost se způsobem, jak mu je poskytována sociální služba, je několik. Jedním z nich jsou oficiální stížnosti. Vyřizování stížnosti by měl být transparentní a objektivní proces.

Proto by pro vyřizování stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby měl mít poskytovatel písemně zpracována pravidla. Součástí pravidel by měla být i úprava způsobu podávání stížností. Postup by měl být přizpůsoben schopnostem a možnostem uživatelů. Stanovená pravidla pro podávání a vyřizování stížností v daném zařízení by měla být zpracována ve formě srozumitelné uživatelům. Poskytovatel o možnosti podat stížnost a o způsobu, jak to učinit, kdo stížnost bude vyřizovat a jakým způsobem, informuje uživatele. Uživatel musí mít také možnost zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti. Postupy podávání stížností musejí znát všichni zaměstnanci daného poskytovatele. Všechny stížnosti, které poskytovatel obdržel, musí být evidovány a písemně vyřizovány v přiměřené lhůtě. V případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti musí poskytovatel uživatele informovat o možnosti obrátit se na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti.

Standard č. 8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

V rámci procesu poskytování zejména některých služeb je poskytovatel schopen zajistit i nadstandardní služby, které jsou ale dostupné i mimo rámec sociální služby. Poskytovatel by neměl nahrazovat běžně dostupné veřejné služby svou činností. Měl by naopak uživatele podporovat, aby mohl dostupné veřejné služby využívat. Pro tyto účely poskytovatel zprostředkovává veřejné služby svým uživatelům tak, jak individuálně potřebují. Cílem je podporovat uživatele v udržení původních kontaktů a vztahů s přirozeným sociálním prostředím. Využití veřejných služeb pro uspokojení potřeb uživatelů musí vždy vycházet z možností daného uživatele a nesmí jej poškozovat. Je na poskytovateli, aby společně s uživatelem tuto často nezřetelnou hranici identifikovali.

Standard č. 9. Personální a organizační zajištění sociální služby

Organizace poskytující sociální služby musí mít stanovenou organizační strukturu včetně počtu pracovních míst, pracovních profilů, kvalifikačních požadavků a osobnostních předpokladů pracovníků v sociálních službách určených zákonem. Některé z těchto požadavků musí být stanovené již ve chvíli, kdy organizace žádá o registraci pro poskytování sociálních služeb. I když dosud není stanoven žádný normativ či standard, musí poskytovatel stanovit organizační strukturu a počty zaměstnanců přiměřeně druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám uživatelů. Vnitřní organizační struktura také stanovuje oprávnění a povinnosti jednotlivých pracovních pozic.

Poskytovatel musí zpracovat pravidla pro personální práci v rámci organizace. Zejména musí upravit přijímání a zaškolování nových zaměstnanců. U poskytovatelů, pro které vykonávají činnosti související s poskytováním sociálních služeb osoby, které nejsou v pracovně-právním vztahu, například dobrovolníci, musejí být stanovena pravidla pro působení těchto osob při poskytování sociální služby. Součástí těchto pravidel musí být také řešení zaškolení těchto osob.

Standard č. 10. Profesionální rozvoj zaměstnanců

Základem dobře poskytované sociální služby je dobrá personální práce. Poskytovatel by měl mít v rámci interních předpisů zpracován postup pro pravidelné hodnocení zaměstnanců založené na osobních profesních cílech a potřebách další odborné kvalifikace.

Nedílnou součástí firemní kultury poskytovatele musí být systém dalšího vzdělávání zaměstnanců. Zaměstnanci by měli mít individuálně stanovený plán dalšího vzdělávání, minimálně v rozsahu stanoveném právními předpisy.

Důležitým aspektem úspěšného poskytování sociálních služeb je funkční tok informací v rámci organizace, zejména samotného pracoviště poskytujícího sociální služby. Poskytovatel musí mít zpracován systém výměny relevantních informací mezi zaměstnanci v reálném čase s cílem kontinuálně zabezpečit kvalitní a bezpečné poskytování sociální služby.

Pro úspěšné poskytování sociálních služeb je nutná motivace zaměstnanců. Jednou z důležitých momentů motivování zaměstnanců je jejich finanční a morální oceňování. Poskytovatel by měl mít transparentní pravidla pro finanční odměňování. Stejně tak by měl mít promyšlený systém pro morální oceňování svých zaměstnanců.

Náročnost výkonu pomáhajících profesí je obecně známa. Bohužel v době nedostatku peněz jsou některé nástroje podpory zaměstnanců pro poskytovatele finančně nedostupné. Přesto platí, že poskytovatel má zajišťovat pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s uživateli, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka.

Standard č. 11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Kde a kdy bude poskytována sociální služba, určuje poskytovatel. Musí tak konat s ohledem na druh poskytované služby, na okruh uživatelů a podle jejich individuálních potřeb.

Standard č. 12. Informovanost o poskytované sociální službě

Každý poskytovatel musí prezentovat svou službu nejen potenciálním, ale také stávajícím uživatelům. Pro tyto účely poskytovatel zpracovává soubor informací o poskytované sociální službě. Tyto informace musí zpracovat tak, aby byly srozumitelné potenciálním a stávajícím uživatelům.

Standard č. 13. Prostředí a podmínky

Pokud jsou sociální služby poskytovány v zařízení sociálních služeb, měly by být poskytovány v přiměřených materiálních, technických a hygienických podmínkách odpovídajících druhu poskytované služby a její kapacitě. Při posuzování přiměřené úrovně poskytování dané služby se vychází, tam kde jsou k dispozici, z relevantních právních předpisů. Jsou to především zdravotnické předpisy upravující hygienické podmínky pro některé provozy a stavební předpisy upravující požadavky na parametry budov s ohledem na jejich deklarované využití. Materiální podmínky pro poskytovatele sociálních služeb stanoveny nejsou a při jejich stanovování na úrovni poskytovatele se vychází mimo jiné z potřeb okruhu uživatelů a z jejich individuálně zjištěných potřeb. Prostředí pro poskytování služeb by mělo být důstojné a mělo by umožňovat řádné poskytování sociální služby podle individuálních potřeb uživatelů.

Standard č. 14. Nouzové a havarijní situace

V rámci své činnosti musí poskytovatel předvídat možné nouzové a havarijní situace. Identifikované situace musí písemně definovat a připravit reálné postupy pro jejich řešení. S těmito plány musí poskytovatel prokazatelně seznámit zaměstnance a uživatele. Zároveň musí poskytovatel vytvářet podmínky, které zajistí, že budou tyto postupy úspěšně použity. V případě uživatelů se předpokládá zvolení přiměřené, pro uživatele srozumitelné, komunikační metody.

Standard č. 15. Zvyšování kvality sociální služby

Proces poskytování sociální služby je nutné neustále evaluovat. Poskytovatel proto musí průběžně kontrolovat a vyhodnocovat, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním služby, s cíli a zásadami sociální služby a osobními cíli jednotlivých uživatelů. Jako jeden ze zdrojů pro vyhodnocování služby musí mít poskytovatel vytvořen systém pro zjišťování spokojenosti uživatelů se způsobem poskytování sociální služby. Vedle uživatelů by se do systému hodnocení poskytované sociální služby měli zapojovat také zaměstnanci a další zainteresované fyzické a právnické osoby. Jako další zdroj informací pro evaluaci musí poskytovatel využívat došlé stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby. Výsledky vyhodnocování poskytovatel využívá jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby.

4.5.2 Standardy vydané profesní organizací

Jak je z výše uvedeného reprodukováného znění standardů kvality sociálních služeb zřejmé, některé požadavky standardů jsou obecné a otázka, zda byl, nebo nebyl daný standard naplněn, bývá předmětem sporu při případné kontrole kvality. S ohledem na cílovou skupinu osob trpících demencí ovšem standardy kvality nepřinášejí žádný problém. V rámci obecně vymezených standardů bude jistě každý poskytovatel schopen nastavit procesy poskytování sociální služby tak, aby této cílové skupině vyhovovaly a zároveň naplnil rámce zákonných podmínek.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (dále jen Asociace), jako největší profesní organizace sdružující poskytovatele sociálních služeb, zdůrazňuje již mnoho let téma kvality sociálních služeb jako jedno ze zásadních. Aktivně a důrazně se zapojuje do diskuzí ke standardům kvality sociálních služeb a k inspekcím kvality sociálních služeb, vnímá, že ačkoliv standardy kvality sociálních služeb v poslední době nesporně přispěly ke zlepšení kvality sociálních služeb, nejsou vždy stejně interpretované a ne vždy obsahují prvky, které u uživatelů sociálních služeb vedou k bezprostředně kladnému vnímání kvality dané sociální služby. Tyto standardy kvality tak nejsou pro uživatele a jejich rodinné příslušníky jasným a jednoznačným ukazatelem a měřítkem základních očekávání. Na základě těchto důvodů se Asociace rozhodla vydat „Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory v ČR“. Cíle Doporučeného standardu jsou následující:

- podporovat a stimulovat poskytovatele sociálních služeb ke zvyšování kvality poskytovaných služeb;
- definovat jasné, transparentní a konkrétní znaky kvality domovů pro seniory v ČR;
- přinést a ukazovat příklady dobré praxe v sociálních službách a šířit Doporučený standard jako běžný;
- vyvinout veškeré úsilí, aby se Doporučený standard stal v blízké budoucnosti standardem minimálním;
- posouvat úroveň kvality poskytovaných sociálních služeb směrem k úrovni běžné ve státech s vyspělým systémem sociálních a zdravotních služeb.

I když je zřejmé, že Doporučený standard není v této chvíli dosažitelný u většiny poskytovatelů a je identifikovatelný odborným odhadem pouze u cca jedné třetiny poskytovatelů, stanovila si Asociace cíl, aby se stal běžnou a přirozenou součástí poskytování pobytových služeb pro seniory v České republice. Měl by být metou, ke které budou postupně poskytovatelé směřovat.

4.6 Druhy sociálních služeb vhodné pro péči o osoby trpící demencí

Druhy sociálních služeb upravuje v České republice zákon. Zákon o sociálních službách obsahuje taxativní výčet druhů sociálních služeb. Sociální služby jsou poskytovány formou ambulantních, terénních a pobytových služeb podle jednotlivých druhů. Pro cílovou skupinu lidí trpících demencí jsou k dispozici následující druhy sociálních služeb.

Základní sociální poradenství

Základní sociální poradenství je součástí všech sociálních služeb. Každý zájemce o službu a posléze uživatel v rámci základního sociálního poradenství obdrží v první řadě informace, zda, a případně jak, lze nalézt řešení nepříznivé sociální situace u této poradenství poskytující sociální služby. Následně dostane informace o možnostech výběru jiného druhu sociálních služeb s ohledem na jeho specifické potřeby a také o jiných formách pomoci, například o dávkách pomoci v hmotné nouzi a dávkách sociální péče. Součástí informací, které uživatel obdrží, jsou i informace o základních právech a povinnostech uživatele sociálních služeb, také o možnostech využívání běžně dostupných zdrojů (služeb) pro zabránění sociálního vyloučení a zabránění vzniku závislosti na sociální službě.

V rámci základního sociálního poradenství mají být také poskytnuty informace o možnostech podpory členů rodiny, kteří se spolupodílejí na péči o osobu trpící například demencí.

Služba je poskytována bezplatně.

Odborné sociální poradenství

Odborné sociální poradenství je pro cílovou skupinu osob trpících demencí poskytováno zejména v poradnách pro seniory. Vedle toho může být poskytnuto i ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu. Základní činnosti při poskytování odborného sociálního poradenství směřují ke zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, zprostředkování navazujících služeb a sociálně terapeutickým činnostem. Odborné sociální poradenství dále pomáhá při vyřizování běžných záležitostí uživatele a při obnovení nebo upevnění kontaktu s jeho přirozeným sociálním prostředím. Oblasti, ve kterých může být sociální poradenství

poskytováno, jsou psychologie, pedagogika, sociální práce a právo. Poskytovatel musí zajistit odborností svého personálu poradenství alespoň ve dvou těchto oblastech.

Osobní asistence

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná uživatelům bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí a při činnostech, které uživatel aktuálně potřebuje. Bez časového omezení je myšleno po časovou dobu bez ohledu na úkony či dohled, který je vykonáván. V praxi to znamená, že osobní asistent doprovází svého uživatele a poskytuje pomoc při činnostech, které jsou ad hoc potřebné. Bohužel je osobní asistence často poskytována i formou, která by spíše odpovídala pečovatelské službě. Tím se stírá důležitý rozměr podpory samostatného života osob s handicapem, který stál u zrodu osobní asistence v rámci hnutí Independent Living v USA.

Osobní asistence poskytuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu spočívající v pomoci a podpoře při přípravě a podávání jídla a pití, oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru a při osobní hygieně. Dále poskytuje pomoc při zajištění chodu domácnosti, zejména pomoc s úklidem a údržbou domácnosti a osobních věcí, s nákupy a běžnými pochůzkami, pomoc a podporu rodině v péči o dítě. Osobní asistence poskytuje také doprovázení k lékaři, na zájmové a volnočasové aktivity a na úřady. Současně pomáhá při komunikaci při vyřizování běžných záležitostí.

Maximální výše úhrady za poskytování osobní asistence činí 130 Kč za hodinu.

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba, která je poskytována ve vymezeném čase na jednotlivé úkony v domácnostech uživatelů, ale může být také poskytována v zařízeních sociálních služeb. Pečovatelská služba poskytuje jednotlivé úkony péče a podpory, které jsou většinou dopředu s uživatelem domluveny a s použitím vymezení potřebného času na poskytnutí jednoho konkrétního úkonu má stanovený ceník za jednotlivé úkony.

Pečovatelská služba poskytuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, jako například pomoc a podporu při podávání jídla a pití, při oblékání a svlékání, včetně speciálních pomůcek, při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru, při přesunu na lůžko nebo vozík a pomoc při osobní hygieně. V rámci ambulantní formy poskytování může pečovatelská služba vytvořit podmínky pro udržování osobní hygieny. Tato ambulantní forma je nazývána centrem denní hygieny a uživatelé se k úkonům péče do centra sjíždějí, respektive jsou svázeni.

Součástí pečovatelské služby je dovoz nebo donáška jídla. Z hlediska péče v počátečním stádiu onemocnění je často první problémem špatný stravovací režim. Proto obecně v seniorské problematice platí, že zajištění stravy pečovatelskou službou se podílí na odložení potřeby institucionální péče. Jak se potřeba pomoci postupem času zvětšuje, nabízí pečovatelská služba pomoc při zajištění chodu domácnosti, jako je například běžný úklid a údržba, donáška vody, topení v kamnech včetně donášky uhlí, běžné nákupy a pochůzky, praní a žehlení prádla, popřípadě jeho drobné opravy. Pečovatelská služba zajistí také například doprovod k lékaři a zpět.

Maximální výše úhrady za poskytování pečovatelské služby činí 130 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů. Maximální cena 170 Kč denně je stanovena za poskytnutí celodenní stravy v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel, za oběd je stanovena ve výši 75 Kč. Tato maximální cena obsahuje i provozní náklady související s přípravou stravy.

Tísňová péče

Tísňová péče je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá hlasová a elektronická komunikace s uživatelem. Různými formami technických prostředků je zajištěna okamžitá pomoc v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu nebo schopností uživatele.

Obsahem této služby je především poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci ve spolupráci s jednotlivými složkami integrovaného záchranného systému (záchranné služby, policie nebo hasičů).

Maximální výše úhrady za poskytování tísňové péče může být stanovena až do výše skutečných nákladů na provoz technických komunikačních prostředků.

Průvodcovské a předčitatelské služby

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou poskytovány v terénní nebo ambulantní formě v oblasti orientace nebo komunikace a napomáhají uživatelům osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Tyto služby mohou být poskytovány též jako součást jiných služeb.

Tento druh služby zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, například doprovázení k lékaři, na zájmové a volnočasové aktivity, na úřady apod. Současně pomáhají při vyřizování běžných záležitostí a při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Hlavním úkolem této služby je předčítání nebo jiný způsob zprostředkování informace uživatelům s poruchami komunikace.

Maximální výše úhrady činí 130 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů.

Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou v České republice poskytovány jako samostatná služba. V praxi se ukazuje, že by se mělo spíše jednat o formu poskytování například v domově pro seniory, v denních stacionářích apod. Odlehčovací služby jsou poskytovány v terénní, ambulantní nebo pobytové formě. Tato služba je poskytována uživatelům, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí a z nějakého důvodu je nutné zajistit na přechodnou dobu jinou péči než péči pečující osoby. Jedním z deklarovaných cílů této služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek.

Služba zajišťuje s ohledem na formu poskytování pomoc a podporu v rozsahu obdobném jako pečovatelská služba či osobní asistence v případě terénní formy, jako denní stacionář nebo centra denních služeb v případě ambulantní formy a jako domov se zvláštním režimem či domov pro seniory při poskytování pobytové formy. V posledních úvahách o změnách zákona o sociálních službách se uvažuje o zrušení tohoto druhu a u vybraných sociálních služeb bude doplněna možnost poskytovat tyto služby v krátkodobém režimu s cílem přechodně odlehčit pečujícím osobám.

Maximální výše úhrady za poskytování odlehčovacích služeb jsou také stanoveny s ohledem na poskytovanou formu odlehčovacích služeb. U terénních služeb je základním limitem 130 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů. Limit stravného 170 Kč denně za celodenní stravu v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel, případně 75 Kč za oběd, a to opět včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy. U pobytové formy je maximální úhrada stanovena na 210 Kč denně za ubytování.

Centra denních služeb

Další ambulantní službou, která nabízí pomoc osobám trpícím demencí, jsou centra denních služeb. Tato centra nabízejí v rámci základních činností zejména pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro udržování osobní hygieny. Dále poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy. Zde je základním požadavkem, aby byla strava přiměřená době poskytování služby a odpovídala věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování konkrétního uživatele. V případě potřeby tato služba zajistí pomoc při podávání jídla a pití.

V rámci aktivit centra denních služeb mohou probíhat různé formy nácviku a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností. Služba by měla také pomoci při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou. Klienti přicházejí do těchto center za konkrétními úkony péče a po jejich provedení se posléze vrací do svého přirozeného prostředí.

Maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v centrech denních služeb činí 130 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů, 170 Kč denně za celodenní stravu v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel a 75 Kč za oběd, vždy včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy.

Denní stacionáře

Denní stacionář je další službou, která na rozdíl od center denních služeb nabízí své služby v časovém bloku, například jako celodenní. V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby, a to výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti zaměřené například na nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností. Výchovné, vzdělávací a aktivizační aktivity doplňují také socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování. Uživatelé je v rámci pobytu v denním stacionáři zajištěna strava odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování. V případě potřeby je poskytnuta pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, jako například pomoc a podpora při podávání jídla a pití a při využití WC.

Součástí poskytované služby je také případná pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování.

Maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v denních stacionářích činí 130 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů, 170 Kč denně za celodenní stravu v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel a 75 Kč za oběd včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy.

Týdenní stacionáře

Obdobou denních stacionářů jsou týdenní stacionáře. U týdenních stacionářů se jedná o pobytovou formu sociální služby. Mezi základní činnosti patří výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti zaměřené například na nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností. Výchovné, vzdělávací a aktivizační aktivity doplňují také socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování. Uživatelé je v rámci pobytu v týdenním stacionáři zajištěno ubytování a strava odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování. Zajištění celodenní stravy musí být minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel.

V případě potřeby je poskytnuta pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, jako například pomoc a podpora při podávání jídla a pití a při využití WC.

Součástí poskytované služby je také případná pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování.

Maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v týdenních stacionářích činí 210 Kč denně celkem za ubytování. Za stravu je stanovena maximální úhrada 170 Kč denně za celodenní stravu a 75 Kč za oběd vždy včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy.

Domovy pro seniory

Domov pro seniory je nejvýznamnější sociální služba pro seniory poskytovaná pobytovou formou. Tato služba se také významně podílí na poskytování potřebné péče osobám trpícím demencí, zejména v raných stádiích nemoci. Domov pro seniory poskytuje tzv. hotelové služby, tedy ubytování a úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení. Dále pak zajišťují celodenní stravu odpovídající zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel. Z hlediska péče o vlastní osobu poskytují pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík, pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změnách poloh, pomoc při podávání jídla a pití, při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru, při úkonech osobní hygieny a při použití WC.

Důležitou součástí poskytované služby je zprostředkovávání kontaktu se společenským prostředím, zejména podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb (zachování některých vazeb z původního bydliště) a při udržování kontaktu s rodinou a dalšími kontakty uživatele.

Poskytované sociálně terapeutické činnosti jsou zaměřené na udržení osobních a sociálních schopností a dovedností. Aktivizační činnosti jsou poskytovány ve smyslu volnočasových a zájmových aktivit a aktivit k udržení kontaktu s přirozeným sociálním prostředím.

Maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v domovech pro seniory činí 210 Kč denně celkem za ubytování včetně provozních nákladů souvisejících s poskytnutím ubytování, 170 Kč denně za celodenní stravu včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy.

Domovy se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem jsou specializované sociální služby poskytované pobytovou formou mimo jiné i osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. V praxi tyto domovy se zvláštním režimem nejsou vždy samostatná pracoviště, ale poskytovatelé sociálních služeb domov pro seniory si jako domov se zvláštním režimem registrují vybrané části (patra, stanice). V případě péče o lidi trpící demencí se tak ukazuje, že původní záměr specializovaných pracovišť se u této cílové skupiny jeví jako nadbytečný a lepší by bylo v rámci domova pro seniory umožnit v případech, kdy to individuální potřeby uživatele vyžadují, zavést zvláštní režim, ve kterém se bude služba poskytovat. Ve stávajícím legislativním rámci jsou stejně jako u domova pro seniory poskytovány uživatelům tzv. hotelové služby, tedy ubytování a úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení. Dále pak celodenní strava odpovídající zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel. Z hlediska péče o vlastní osobu poskytuje domov se zvláštním režimem pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík, při vstávání z lůžka, uléhání, změnách poloh, při podávání jídla a pití, prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru, pomoc při úkonech osobní hygieny a při použití WC.

Důležitou součástí poskytované služby je i zde zprostředkovávání kontaktu se společenským prostředím, zejména podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb (zachování některých vazeb z původního bydliště) a pomoc při udržování kontaktu s rodinou a dalšími kontakty uživatele.

Poskytované sociálně terapeutické činnosti jsou zaměřené na udržení osobních a sociálních schopností a dovedností. Aktivizační činnosti jsou poskytovány ve smyslu volnočasových a zájmových aktivit a aktivit k udržení kontaktu s přirozeným sociálním prostředím.

Maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v domovech pro seniory činí 210 Kč denně celkem za ubytování včetně provozních nákladů souvisejících s poskytnutím ubytování, 170 Kč denně za celodenní stravu včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče

Zvláštní službou v systému poskytování sociálních služeb je služba poskytovaná ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Jedná se o pobytovou sociální službu, která je poskytována osobám, které již nevyžadují lékařskou lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče. Poskytování této služby nastává ve chvíli, kdy by lékař mohl pacienta propustit například do domácího ošetřování (ale z důvodů nezajištění návazné péče tak učinit nemůže) a trvá do doby, než je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou či je zajištěno poskytování terénních nebo ambulancních sociálních služeb nebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb. Rozsah péče je stanoven obdobně jako například v domově pro seniory nebo v domově se zvláštním režimem. Zásadním problémem této sociální služby je skutečnost, že se poskytovatelem stává zdravotnické zařízení, které poskytuje zdravotní služby a je financováno z veřejného zdravotního pojištění. Financování sociálních služeb je nastavené na formu dotační podpory, nyní v rámci vytvářených krajských sítí sociálních služeb, kde je těžké plánovat, v kolika případech a kde nastane potřeba tento režim na původně zdravotním lůžku zavést. I když není z logiky věci tento druh vázán povinnostmi registrace a není plně vázán pravidly kvality v sociálních službách, ukazuje se, že se zde měla úprava ubírat spíše formou zvláštního režimu při poskytování zdravotní služby a financování postavit nárokově například na denní paušál. Vzhledem k finanční a administrativní náročnosti pro poskytovatele zdravotní péče nebyl tento druh sociální služby v minulosti příliš využíván, někteří poskytovatelé posléze od poskytování tohoto druhu sociální služby upustili a vzniklé situace aktuálně řeší různými formami obcházení zákonů jak na straně zdravotnictví, tak na straně sociální péče.

Co se týká financování, bývá rozdíl mezi financováním péče v režimu veřejného zdravotního pojištění při přechodu na financování sociálních služeb až v řádu několika stovek korun. Tuto nižší částku navíc musí posky-

tovatel složit z úhrad od uživatelů (v České republice je zdravotní péče poskytována zdarma a úhradu provádí zdravotní pojišťovna) a musí žádat, a v případě úspěchu i administrovat, přijaté dotace.

Tento problém byl v posledních letech předmětem několika snah o řešení v rámci hledání systému pro úpravu dlouhodobé zdravotně sociální péče. Bohužel se to doposud nepodařilo.

Vedle služeb poskytujících sociální péči mohou potřebnou pomoc a podporu osobám trpícím demencí, zejména v raných stádiích, nabídnout některé služby sociální prevence.

Telefonická krizová pomoc

Služba telefonické krizové pomoci je terénní služba poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami. Existují specializované linky pro seniory, které jsou v rámci telefonické krizové intervence schopny řešit akutní problémy volajících seniorů. V rámci pomoci může jít nejen o pomoc při dosahování práv a oprávněných zájmů, ale může jít i o pomoc při vyřizování běžných záležitostí volajícího seniora. Služba je poskytována bezplatně, v některých případech musí volající hradit náklady spojené s telefonním spojením.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Sociálně aktivizační služby poskytují své služby ambulantní formou, v některých případech i formou terénní. Tyto služby jsou poskytovány osobám v důchodovém věku ohroženým sociálním vyloučením. Jejich činnost patří spíše do preventivních činností, a to realizací zájmových, vzdělávacích a volnočasových aktivit a socio-terapeutických činností zaměřených na rozvoj nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování. Služba by měla být schopna pomoci i při vyřizování běžných záležitostí.

4.7 Opatření omezující pohyb

Zákon o sociálních službách upravuje také tzv. opatření omezující pohyb osob. Reaguje tak na snahu o zamezení výskytu špatné praxe nadužívání opatření, která brání uživateli ve volném pohybu. Používání zařízení, jako je například klecové nebo síťové lůžko či kurty, již není přípustné. Ze zákona ovšem existují velmi omezené výjimky pro situace, kdy dochází k přímému ohrožení zdraví a života samotného uživatele nebo ostatních osob v okolí (uživatelů i personálu). Jakékoliv opatření lze použít jen po dobu nezbytně nutnou, která postačuje k odstranění přímého ohrožení zdraví a života.

Zákon určuje povinnost poskytovatele, aby předcházel situacím, při kterých je nutné použít opatření omezující pohyb. Pokud se nepodaří odvrátit situaci, ve které dojde k výše uvedenému stupni ohrožení, nebyla úspěšná jiná opatření, jako například slovní zklidnění, odvrácení pozornosti, aktivní naslouchání apod., může poskytovatel použít nejprve fyzické úchopy, poté umístit uživatele do místnosti zařízené k bezpečnému pobytu a teprve následně, pokud nepříznivá situace trvá, může po schválení přivolaným lékařem a za jeho přítomnosti podat léčivé přípravky. O použití opatření omezujících pohyb musí poskytovatel vést evidenci případů, a to v rozsahu určeném zákonem. Do této evidence musí umožnit nahlížení nejen uživateli, proti kterému bylo opatření užito, ale také například další osobě, kterou dopředu uživatel pro tyto případy určil. Vedle těchto osob musí poskytovatel umožnit nahlížení také zřizovateli zařízení, ošetřujícímu lékaři, členům inspekčního týmu při inspekci kvality a veřejnému ochránci práv.

5. Demografické změny a národní plány ve Švýcarsku

Populace Švýcarska stárne obdobně jako populace jiných evropských zemí, a proto se Švýcarsko rozhodlo pro implementaci dvou významných plánů péče k řešení problematiky související se stárnutím. Jedná se o problematiku demence, respektive péče o lidi s demencí a o problematiku paliativní péče. Vzhledem k tomu, že zdravotnictví je řízeno strategicky na národní úrovni a prakticky a organizačně na kantonální úrovni, obě strategie vzešly jako strategické záměry doporučené parlamentem.

Švýcarsko má 8 milionů obyvatel, v současné době tu žije 110 000 lidí s demencí. Také ve Švýcarsku jsou obtíže s **rozpoznáním demence** – třetina lidí nemá stanovenou diagnózu. Odhaduje se, že cca 60–70 % lidí v zařízeních pro seniory má demenci. I v této zemi existují značné **rozdíly v kvalitě péče** o pacienty s demencí. Některá zařízení poskytují dobrou a kvalifikovanou péči, aplikují adekvátní metody, zatímco další zařízení tuto péči nerozvíjejí. Organizace CURAVIVA sdružující zejména zařízení institucionální péče se touto problematikou zabývá nejen v oblasti péče o seniory, ale také v oblasti péče **o lidi se zdravotním postižením, protože tito lidé se dožívají vyššího věku a častěji se u nich rozvine syndrom demence**. Jeden z prvních projektů péče o lidi s demencí vznikl ve Wetzikonu jako pilotní systém péče již v 90. letech. V současné době se diskutuje také o používání asistivních technologií v péči o lidi s demencí. Otevřela se on-line diskuse k používání asistivních technologií a zejména k etickým aspektům jejich používání v péči o lidi s demencí. Snahou je rozšíření nabídky služeb, ale existují také finanční omezení – denní sazba je 120 franků, což ne každá rodina považuje za únosné.

5.1 Národní strategie demence

Národní strategie demence navazuje na některé místní iniciativy, evropský vývoj a vznikla také z podpory a iniciativy Švýcarské alzheimerovské společnosti. Východiskem byla usnesení parlamentu týkající se této problematiky, a to již v letech 2009 a 2012.

Národní strategie demence byla schválena 21. listopadu 2013. V centru strategie je osoba trpící demencí a její blízcí. Všechny obtíže a zátěže, které toto onemocnění přináší, by měly být sníženy a kvalita života těchto osob by se měla zvyšovat. Strategie vznikala ve více etapách, kdy zástupci odborných společností, profesních asociací a další experti, stejně jako zaměstnanci kantonů, měst a obcí aktivně přispívali svými poznatky a zkušenostmi. Jedná se o konkrétní dokument, který popisuje, jaké aktivity chybí a jakých důležitých cílů má být dosaženo. Hodně bude záležet na tom, jak důsledně si osvojí a převezmou strategii jednotlivé kantony.

Kvalitě života nejen seniorů, ale i osob trpících demencí, je ve Švýcarsku věnována velká pozornost, vznikla tak například i publikace „Kvalita života osob trpících demencí“. Další rozvoj nabídky sociálních služeb pro osoby trpící demencí je zároveň součástí strategie Zdraví 2020 (Gesundheit 2020).

Strategie demence je rozpracována pro léta 2014–2017 a není financována zvláštními prostředky. Zahrnuje 4 oblasti, 9 cílů, 18 projektů. Z toho se část již realizuje, respektive existují již organizace a instituce, které si tyto projekty a cíle vzaly za své a starají se o ně.

Kromě všeobecně známých údajů, jako například stoupající prevalence demence s věkem, kdy je ve věku 65–69 let postižena každá padesátá osoba, zatímco ve věku 80–84 již každá osmá a dvě třetiny lidí s demencí jsou lidé starší 80 let, uvádí Národní strategie i poznatky, které je důležité zdůraznit a které nejsou všeobecně známé. Jedná se zejména o upozornění na skutečnost, že demencí mohou onemocnět také mladší lidé. Rizikovou skupinou jsou lidé s mentální disabilitou a zejména lidé s Downovým syndromem (genetickým onemocněním způsobeným trisomií 21. chromozomu), u kterých se syndrom demence rozvíjí zvláště brzy. Ve Švýcarsku trpí demencí 2 600 lidí, kteří ještě nedosáhli důchodového věku. Strategie zdůrazňuje, že kromě nemocných jsou demencí zasaženi také jejich rodinní příslušníci, kteří nemocným pomáhají, popřípadě zajišťují péči. Počet lidí, kteří jsou demencí přímo, či nepřímo postiženi, představuje ve Švýcarsku téměř půl milionu. Výzkumy také ukázaly, že s problematikou demence se ve svém blízkém okolí setkalo 60 % obyvatel Švýcarska.

Ve stručném úvodu k Národní strategii je také uvedena charakteristika stávající péče o lidi s demencí. Uvádí se tu, že ve Švýcarsku je v současné době 36 center péče o lidi s demencí „Memory Clinic“, kde komplexně a multidisciplinárně vyšetří a posoudí (provedou komplexní evaluaci stavu) cca 5 000 pacientů ročně, což znamená, že každý pátý člověk, u něž se nově projeví syndrom demence, je takto komplexně vyšetřen (při předpokládané prevalenci 25 000 nových případů demence ročně). Základní péče o pacienty s demencí vychází z odborného konsensu z roku 2012 (o diagnostice a terapii lidí s demencí ve Švýcarsku), který definuje způsob péče o tyto pacienty a indikace k odbornému konziliárnímu vyšetření příslušnými specialisty (geriatrie, gerontopsychiatrie, neurologie), případně k výše uvedenému multidisciplinárnímu vyšetření. Základní a koordinující roli v péči o pacienty má samozřejmě praktický lékař. Ten má také zásadní roli ve sdělování diagnózy a zajištění podpory jak pro pacienta s demencí, tak pro jeho pečující a další rodinné příslušníky. Ve Švýcarsku jsou kognitiva (inhibitory acetylcholinesterázy) a memantin hrazeny ze zdravotního pojištění. Zpráva zmiňuje také používání antipsychotik, včetně jejich úskalí a upozornění mezinárodních odborných organizací na jejich nadbytečnou preskripci spojenou s riziky a na potřebu nefarmakologických opatření a psychosociálních intervencí v péči o lidi s demencí.

Více než polovina lidí s demencí žije ve Švýcarsku v domácím prostředí. Profesionální péče je zajištěna prostřednictvím Spitexu (domácí, převážně ošetrovatelská péče), podpůrnou péčí (respirační péče) v domácím prostředí nebo krátkodobými pobyty v zařízení – domově pro lidi s demencí. Pacienti s demencí a jejich rodiny mohou využívat také různé odborné poradenské a informační služby. Také Švýcarská alzheimerovská společnost nabízí některé odlehčovací služby a poradenství, vzhledem k náročnosti péče o pacienty v domácím prostředí a potřebě podpory rodinných pečujících. Rodinní pečující jsou v 65 % životní partneri nemocných, v 15 % se jedná o děti. Většinu pečujících představují ženy (70 %). Zpráva konstatuje, že způsob zajištění a poskytování služeb v domácnosti je zapotřebí lépe zmapovat, protože toto spektrum je pestré a podílejí se na něm různou měrou různé organizace.

V současné době je ve Švýcarsku 124 denních center. Zpráva uvádí, že to odpovídá cca 12 % skutečné potřeby. V poskytování této potřebné péče, která má i významný odlehčovací efekt pro rodinné příslušníky, jsou také další překážky, zejména finanční, protože zdravotní pojištění financuje náklady na péči (Pflegekosten), nikoli na další služby (Betreuungskosten).

V pobytových (ošetrovatelských) zařízeních pro seniory žije podle dostupných údajů mnoho lidí s demencí, představují cca dvě třetiny všech jejich obyvatel. Nicméně lékařsky stanovenou diagnózu demence má asi jen 40 % z těchto lidí. Zdůrazňuje se tu, že péče o lidi s demencí v těchto zařízeních je daleko více náročná než péče o lidi bez kognitivní poruchy. Dále zpráva upozorňuje na skutečnost, že podle dostupných výsledků cca 70 % lidí v těchto zařízeních užívá antipsychotika s tlumivým účinkem. Zatím nejsou k dispozici další potřebné informace k posouzení této závažné skutečnosti, například doba trvání medikace, dávkování léků, využívání

nefarmakologických metod a podobně. Šetření v celkem 420 domovech ukázalo, že 60% lidí s demencí žije na oddělení s ostatními obyvateli a 10% na specializovaných odděleních. Ve Švýcarsku je každoročně hospitalizováno 50 000 lidí s demencí, a to z důvodů různých jiných diagnóz. Hospitalizace těchto lidí představuje zvláštní nároky na odborný a ošetrovatelský personál. Existují tu specifická rizika plynoucí z neporozumění situaci, obtížím v komunikaci, ale i významně vyšší riziko vzniku deliria atd. Závažné jsou také právní a etické souvislosti a konsekvence, které souvisejí s omezenou schopností rozhodovat. Obtížnější a náročnější je také doléčení a rehabilitace těchto lidí, aby se mohli vrátit do původního sociálního prostředí. V současné době představuje ve Švýcarsku demence třetí nejčastější příčinu smrti. Lidé v terminálních stádiích demence, ale i lidé s demencí v terminálních stavech jiných onemocnění, potřebují paliativní péči, a to jak v domácím, tak ústavním prostředí. Náklady na péči o lidi s demencí ve Švýcarsku jsou vysoké. V roce 2009 představovaly 6,9 miliard švýcarských franků, převážnou většinu z toho tvoří náklady na péči. Přímé náklady na péči z toho byly asi 3,9 miliardy, což odpovídá cca 6,4% nákladů na zdravotní péči jako takovou, 3 miliardy představuje péče neformální, která není financována z veřejných zdrojů a jejíž náklady nesou rodiny.

Z výše uvedených východisek vychází švýcarská Národní strategie demence „Nationale Demenzstrategie 2014–2017“. Samotná strategie není příliš dlouhá. Spolkový úřad pro zdravotnictví (BAG – Bundesamt für Gesundheit) sleduje, čeho bylo v rámci jednotlivých projektů docíleno. Nicméně není to definováno jako povinnost, neboť nebyly alokovány žádné zdroje.

Švýcarská alzheimerovská společnost hodnotí Národní strategii demence pozitivně a vidí jako prioritní tyto body:

Přístup k informacím a poradenství (osoby trpící demencí a jejich rodinní příslušníci musí mít k dispozici nejen volný přístup k informacím, nýbrž i specializované, resp. individuální poradenství). Tento bod strategie je klíčový zejména na počátku celého procesu a může tak pomoci vyvarovat se situacím, které mají následně drahé a negativní konsekvence pro osobu trpící demencí a jeho rodinu.

Koordinace poskytovaných služeb (poskytování zdravotních služeb musí odpovídat potřebám osob trpících demencí a musí být více koordinovány; tento case management by měl obsahovat i krizové intervence v domácnostech).

Znalosti a vzdělávání (jedním ze základních předpokladů adekvátní a odpovídající péče o osoby trpící demencí je mít potřebné znalosti). Znalosti, vědomosti a dovednosti, jak pečovat a komunikovat o osobu s demencí, a to jak doma, v přirozeném prostředí, tak i v sociálních službách či zdravotnictví.

5.1.1 Návrhová část Národní strategie demence

Strategie je rozdělena na analytickou a návrhovou část. Analytická část popisuje současnou situaci a základní východiska. Návrhová část je rozčleněna do čtyř základních částí, z nichž v každé jsou stanoveny cíle a k jejich dosažení „projekty“, tedy způsoby, jak těchto cílů dosáhnout a také výzvy jednotlivým iniciativám, organizacím a institucím, aby se na jejich řešení podílely.

ČÁST 1: Zdravotní kompetence, informace a participace

Cíl 1: Občané budou lépe seznámeni s problematikou demence, s jednotlivými aspekty života lidí s demencí, odstraní se předsudky a tabuizace

Projekt 1.1 Informační kampaně a aktivity zprostředkující informace a senzibilizující vůči nim

Projekt 1.2 Informační materiály pro příslušníky jednotlivých profesí a odvětví

Cíl 2: Nemocní a jejich blízcí budou mít v celém průběhu onemocnění k dispozici dostatek informací a odborné poradenství

Projekt 2.1 Individualizované informace a poradenství pro lidi s demencí a jejich blízké

ČÁST 2: Nabídka služeb podle individuálních potřeb

Cíl 3: Lidé s demencí a jejich blízcí mají k dispozici flexibilní, kvalitní služby zajištěné dle jejich potřeb a v potřebné návaznosti

- Projekt 3.1* Vybudování a rozvoj regionálních a navazujících kompetenčních center pro diagnostiku demence
- Projekt 3.2* Vytvoření a koordinace systému služeb tak, aby lépe odpovídaly individuálním potřebám lidí s demencí
- Projekt 3.3* Vytvoření a rozvoj respitních služeb jak pro denní, tak noční péči
- Projekt 3.4* Lepší péče o lidi s demencí na akutních odděleních nemocnic
- Projekt 3.5* Lepší péče o lidi s demencí v zařízeních dlouhodobé péče
- Cíl 4:** Opatření zajišťující finanční dosažitelnost služeb a podporu péče
- Projekt 4.1* Adekvátní finanční podpora péče o lidi s demencí

ČÁST 3: Kvalita a odborná kompetence

- Cíl 5:** Léčba a péče o lidi s demencí vycházející z etických zásad
- Projekt 5.1* Zakotvit etické zásady v péči o lidi s demencí
- Cíl 6:** Zajistit kvalitu péče odpovídající průběhu onemocnění
- Projekt 6.1* Další vývoj doporučení týkající se včasného rozpoznání, diagnostiky a léčby demence s ohledem na základní péči
- Projekt 6.2* Podpora interdisciplinární evaluace stavu a potřeb
- Projekt 6.3* Řešení krizových situací
- Cíl 7:** Pracovníci ve všech relevantních profesích zdravotní a sociální péče budou mít dle oblasti své působnosti potřebné kompetence k diagnostice, analýze situace, léčbě a péči o lidi s demencí. Bude podporován také rozvoj kompetencí pečujících blízkých a dobrovolníků podílejících se na péči.
- Projekt 7.1* Téma demence zařadit do výukových programů pregraduálního, postgraduálního a celoživotního vzdělávání profesionálů
- Projekt 7.2* Posilování kompetencí rodinných příslušníků a dobrovolníků

ČÁST 4: Data a informace

- Cíl 8:** Adekvátní data o situaci lidí s demencí a péči představují východisko pro střednědobé a dlouhodobé plánování a řízení služeb nyní i v budoucnosti
- Projekt 8.1* Monitorování péče
- Projekt 8.2* Průběžná evaluace péče a výzkum používaných metod
- Cíl 9:** Přenos vědeckých výsledků do praxe a komunikace mezi vědci a těmi, jichž se demence týká
- Projekt 9.1* Propojení výzkumu a praxe

5.1.2 Dílčí závěr k Národní strategii demence – Iva Holmerová

Národní strategie demence na léta 2014–2017 je stručným a přehledným materiálem. Jak bylo již výše zmíněno, jedná se o strategický dokument vycházející z obecného konsensu. Nebyly na něj alokovány zvláštní prostředky a jednotlivé projekty mají své garanty, kteří svá témata koordinují. Nikoli však všechny projekty již své koordinátory mají. To činí Národní strategii poněkud problematickou, a to i ve Švýcarsku, kde je zcela jiná politická a veřejnoprávní kultura než v České republice. Podíváme-li se na množství služeb pro lidi s demencí, můžeme říci, že jsou natolik početné, že jsou jimi potřeby lidí prakticky satureovány a cílem Národní strategie je tedy zajištění lepší komunikace a koordinace jednotlivých složek. Nejde tedy v principu o vytváření nových služeb. Ve Švýcarsku je v současné době podle údajů Národní strategie 36 „Memory Clinic“ a celkem 124 denních center. To odlišuje situaci ve Švýcarsku zásadním způsobem od situace v České republice, kde služby na různých úrovních (ambulantní, zdravotnické, poradenské, denní centra i adekvátní kapacity specializované rezidenční a dlouhodobé péče) chybějí, takže pouhé zlepšení koordinace a komunikace může přinést zlepšení pouze v těch oblastech, kde služby existují. Zpráva počítá také s lidmi s demencí v presenilním věku, kterých jsou 3 000, touto problematikou se Česká republika prakticky vůbec nezabývá. Zmiňuje také další významné údaje, kterými se dosud v České republice příliš nezabýváme, a to například skutečnost, že demence představuje ve Švýcarsku 3. nejčastější příčinu úmrtí a naopak incidence demence je cca 25 tisíc případů ročně.

5.1.3 Dílčí závěr k Národní strategii demence – Jiří Horecký

Obsahy a struktura strategických dokumentů jsou všeobecně dány, považují však za důležité upozornit na některé body, kapitoly a akcenty Národní strategie, které stojí za povšimnutí a pozornost ve smyslu jejich zvážení či použití do našich (českých) strategických dokumentů.¹

„Společně“

Národní strategie je založena na principu „společně“. Předpokládá, a možná lze i tvrdit, že staví, na skutečnosti vzájemné spolupráce. Spolupráce mezi spolkem, kantony, obcemi, ale i akademickou sférou a veřejnou odborností. Nejde tedy o centrálně stanovenou, naplánovanou strategii, ale jasně definovaný společný zájem.

Finance

Tak jako v řadě jiných zemí a v řadě jiných oblastí jsou stěžejní otázkou finance, resp. financování (ve smyslu zajištění základních potřeb osob trpících demencí a jejich rodinných příslušníků). Na financovatelnosti jednotlivých částí Národní strategie demence se také ukáže realizovatelnost jednotlivých částí.

Národní strategie je bez vazby na veřejné finance, tzn., že její součástí není žádný akční plán včetně např. povinné participace z veřejných rozpočtů (ministerstva, kantony, obce) na realizaci jednotlivých cílů a opatření. V zásadě lze zvolit dva přístupy. První je s provázáním na finanční plnění, tj. rozpočty jednotlivých opatření. Druhý je pak deklaratorní strategií primárně určující směr a determinující aktivity jednotlivých aktérů.

Na druhé straně je nutné zmínit, že se švýcarští kolegové zabývají celkovými dopady veřejných rozpočtů ve spojitosti s demencí a jejími následky. Přímé náklady byly např. vyčísleny na 3,9 miliardy švýcarských franků.

Zaměření

Národní strategie se primárně zaměřuje na osoby trpící demencí a kvalitu jejich života, ale důraz a pozornost klade také na ostatní osoby, zejména rodinné příslušníky.

Konzultace Národní strategie

V České republice je často předmětem kritiky různých strategií nedostatečné zapojení odborné veřejnosti. V případě švýcarské Národní strategie proběhly tři stupně konzultací. V prvním šlo o tzv. rozšířené odborné grémium, ve kterém byly zahrnuty poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb a řada zástupců odborné veřejnosti. Ve druhém kole se připomínek účastnilo 70 poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, ve třetím probíhaly rozsáhlé online konzultace. Pro porovnání s českou obdobou strategie – Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR nebyla při tvorbě návrhu české koncepce přizvána vůbec.

Memory Clinics

Národní strategie klade velký důraz na včasnou diagnostiku. Ve Švýcarsku existuje zejména k tomuto účelu 36 tzv. Memory Clinic, ve kterých se stanovují diferenciální diagnózy.

Návrhová část

Inspirativní je v Národní strategii její návrhová část. Je rozdělena do jednotlivých oblastí činností, ve kterých jsou stanoveny konkrétní cíle, a dále projekty, jejichž realizace povede k dosažení cílů. Celá Národní strategie je koncipována tak, že se očekává (a v praxi se tak skutečně děje), že se jednotlivé kantony, obce, asociace či odborné společnosti přihlásí k těmto projektům a budou je realizovat.

Informace

První oblast činností je zaměřena na informace, tj. povědomí o demenci u obyvatelstva, včetně odbourávání předsudků. Kromě podávání informací široké veřejnosti jde ale i o průběžné informování osob trpících demencí v průběhu jejich onemocnění. Jde tedy o rozdělení cílové skupiny této oblasti na tzv. zainteresovanou a nezainteresovanou veřejnost.

¹ *Návrh koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v ČR, Národní strategie rozvoje sociálních služeb, Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí apod.*

Péče

Další důležitou oblastí je péče, tj. nasazení dostatečných a dostupných kapacit, včetně vybudování tzv. regionálních a propojených kompetenčních center pro rodinu. Tato oblast obsahuje několik projektů, kdy jeden je primárně zaměřen na zkvalitňování péče o osoby trpící demencí ve zdravotnických zařízeních.

Kvalita a kompetence

Kvalita je pojem, který je velmi často skloňován v souvislosti se zdravotními a sociálními službami, zejména posledních dvacet let (v ČR 10–20 let). Zajímavá je ale oblast kompetencí, která se v českých podmínkách řeší pouze okrajově. Přitom korelace kompetencí a odpovědností je základním předpokladem kvalitní péče. Za zmínku také stojí uvedení etických zásad, které je nutné, opět zvláště u osob trpících demencí, nejen brát v potaz, ale téměř denně s nimi pracovat.

Data a zprostředkování vědomostí

Jde o oblast, která se zaměřuje na monitoring poskytované péče a práci s těmito daty, dále pak na oblast výzkumu, ale i na sdílení a rozšiřování příkladů dobré praxe.

Jako rozhodující vnímám jednu větu švýcarské Národní strategie: „Většina navrhovaných projektů vychází z osvědčených modelů dobré praxe při péči o pacienty s demencí“. Jinými slovy se Národní strategie nesnaží objevovat nové cesty a zavádět nové přístupy, nýbrž rozšiřovat a podporovat to, co je již prověřené, tedy hlavně realizovatelné.

Institut projevené vůle

Pro Švýcarsko je typická (a v Národní strategii se objevuje) práce s tématem respektování vůle osoby trpící demencí, včetně např. jejich projevů či institutu tzv. dříve projevené vůle.

Od 1. ledna 2013 vstoupila ve Švýcarsku v platnost novela zákona na ochranu práv osobnosti, ve které je poprvé na celošvýcarské úrovni zakotveno i tzv. „Prohlášení pacienta“. Na základě nového zákona a medicínsko-etických směrnic a doporučení uveřejněných v roce 2009 organizacemi SAMW (Švýcarská akademie medicínských věd) a FMH (Sdružení švýcarských lékařek a lékařů) vypracovala celá řada organizací formulář „Prohlášení pacienta“. K nejdůležitějším patří neziskové organizace jako Caritas Schweiz, Pro Senectute, Dialog Ethik. U těchto organizací obdrží pacient také doklad ve formátu kreditní karty, ze které lékaři nebo příbuzní zjistí, u koho je Prohlášení pacienta uloženo. Nově platí pro nemocnice povinnost se při příjmu pacienta dotázat, zda Prohlášení vyplnil. V souvislosti s výše zmíněným zákonem mají Švýcaři od 1. ledna také možnost zaznamenat existenci Prohlášení pacienta na kartičku zdravotní pojišťovny.

Prohlášení pacienta slouží k zaznamenání jeho vůle pro případ, kdy již nebude schopen vlastního úsudku z důvodu nemoci nebo nehody. V takovém případě má ošetřující tým respektovat pacientovo přání při terapeutickém postupu. Prohlášení lze použít pouze v případě, že poškození mozku pacienta je tak velké, že již nemůže vyjádřit své přání ohledně dalšího postupu léčeni.

Prohlášení pacienta může sepsat jakákoli svéprávná osoba. Musí být sepsáno písemně, datováno a vlastnoručně podepsáno. Jeho platnost je neomezená, Prohlášení může být kdykoli změněno nebo aktualizováno. Pacient by měl být o důležitosti aktualizace informován.

Rozhodnutí o dalším terapeutickém postupu na základě Prohlášení pacienta však musí učinit ošetřovatelský tým po dohodě s příbuznými nebo/a zákonným zástupcem. V případě, že nebyla nalezena shoda, vstupuje do rozhodování etický poradce, a pokud ani tak ke shodě nedojde, musí se situace řešit v zákonem předepsané instituci (Úřad na ochranu osobnosti).

Obsahem Prohlášení pacienta jsou následující údaje:

- identifikační údaje;
- potvrzení o svéprávnosti (v situaci, kdy by svéprávnost mohla být z nějakého důvodu zpochybněna, např. kvůli začínajícímu onemocnění demencí nebo psychiatrickému onemocnění, může být toto Prohlášení k vyloučení pochybností dodatečně potvrzeno lékařem či třetí osobou);

- popis osobních hodnot (co konkrétně pro pacienta znamená kvalita života a důstojné umírání, jaká osobní přesvědčení, obavy a očekávání je nutno respektovat při medicínských rozhodnutích);
- označení alespoň jednoho zákonného zástupce;
- informace o tom, v jaké situaci lze Prohlášení pacienta použít;
- cíle léčby v konkrétních situacích;
- souhlas s případným odmítnutím specifických medicínských opatření (v případě, že je Prohlášení sestavováno již v době vážné nemoci, mělo by to v něm být zmíněno spolu s pravděpodobným průběhem nemoci, možnými komplikacemi a opatřeními);
- případný souhlas s darováním orgánů;
- zacházení s tělem po smrti (pitva);
- datum a podpis.

Jako pomoc při sestavování Prohlášení byly vypracovány otázky, které při rozhovoru pomohou zdokumentovat pacientovy hodnoty a přání. Opět je nutno mít na paměti, že odpovědi vycházejí z pacientovy aktuální situace a jeho představy a očekávání se v průběhu času mohou změnit.

V českém prostředí, resp. v novém občanském zákoníku, je nám znám institut tzv. předběžného prohlášení, který umožní člověku zejména za situace, kdy u sebe pozoruje postupné rozvíjení duševní poruchy (např. Alzheimerovy nemoci, demence), projevit závazně vůli pro případ, že posléze nebude schopen spravovat vlastní záležitosti. Vzhledem k závažnosti prohlášení a též i jeho odvolání se pro něj stanovuje přísnější formální náležitosti (forma veřejné listiny, popř. soukromé listiny opatřené datem a potvrzené dvěma svědky); totéž platí i pro změnu obsahu prohlášení. Povolá-li původce prohlášení opatrovníka a osoba povoláná za opatrovníka s ním souhlasí, soud je prohlášením vázán (vázán je ovšem i jeho odvoláním) a omezí se jen na přezkum, zda je tato osoba způsobilá pro jmenování opatrovníkem. Soud musí zjistit, zda se jedná o osobu schopnou spravovat s nezbytnou dávkou pečlivosti záležitosti jiné osoby.

5.2 Národní strategie paliativní péče

Další národní strategií reagující na demografické změny a změny nemocnosti je Národní strategie paliativní péče. V současné době ve Švýcarsku umírá méně než 5 % lidí z důvodů akutních příčin a akutních onemocnění. 50–60 % lidí umírá v důsledku relativně rychle progradujícího onemocnění (v řádu cca 2–3 let, jako tomu je například u onkologických onemocnění), zatímco stále se zvětšující skupina lidí, která představuje v současné době cca 30–40 %, umírá v důsledku chronických onemocnění a relativně pomalu, v průběhu typicky cca 8–10 let, jako tomu je například u demence a jiných chronických stavů. V současné době se ve Švýcarsku očekává definitivní přijetí a oficiální schválení (federálním úřadem) definice „všeobecné paliativní péče“. Paliativní péče se poskytuje v nemocnicích, domácím prostředí i domovech. V současné době se **měří náklady na paliativní péči**, dle toho se budou pravděpodobně alokovat další prostředky. Lékaři v akutní péči vnímají paliativní péči jako péči o lidi v terminálních fázích onemocnění, v zařízeních dlouhodobé péče se však jedná především o péči o pacienty s multimorbiditou.

Švýcarská **Národní strategie paliativní péče na léta 2013–2015** navazuje na Národní strategii paliativní péče 2010–2012 (která se zabývala zejména specializovanou paliativní péčí). Tato další strategie ještě více reaguje na demografické změny a stárnutí populace a mění se vzorce nemocnosti, paliativní péče je chápána šířeji jako podpora, provázení, péče a léčba lidí s nevléčitelným onemocněním se zaměřením na podporu a zachování kvality života. Procento lidí starších 65 let se ze současných 17 % zvýší na 28 % v roce 2060. Nelze však očekávat změnu procenta lidí, kteří budou potřebovat péči, takže zatímco v roce 2010 potřebovalo ve skupině 65+ dlouhodobou ošetrovatelskou péči 125 000 lidí, v roce 2030 to bude již 182 000 lidí. Ve Švýcarsku dochází vlivem demografických změn také ke změnám počtu úmrtí, jejichž počet vzroste ze současných 60 000 za rok na 80 000 v roce 2030 a v roce 2055 přesáhne 100 000 lidí, než se budou tyto počty stabilizovat. S narůstajícím počtem umírajících pacientů se zvyšuje také počet lidí, kteří potřebují paliativní péči. V současné době je to cca 40 000 lidí ročně. Během dvaceti let se jejich počet zvýší na 53 000 a dá se tak předpokládat, že z tohoto počtu

bude potřebovat 11 000 pacientů specializovanou paliativní péčí a 44 000 základní paliativní péči. Vychází se z předpokladu, že dvě třetiny umírajících potřebují paliativní péči. Z nich pak „vystačí“ 80 % se základní paliativní péčí, zatímco stav 20 % vyžaduje specializovanou paliativní péči. Kromě větší pozornosti, která by měla být věnována problematice onemocnění souvisejících se stárnutím, neurodegenerativním a chronickým onemocněním zkracujícím život, je zapotřebí věnovat více pozornosti také pediatrické paliativní péči.

Důležité jsou také legislativní souvislosti: Státní rada (Bundesrat) rozhodla svým usnesením z 29. června 2011, že nebude podporovat pomoc při sebevraždě, suicidii nevyлéčitelně nemocných pacientů, ani nebude tuto možnost upravovat legislativně, ale naopak bude podporovat rozvoj paliativní péče jako prevenci suicidia nevyлéčitelně nemocných pacientů a podporovat tak jejich autonomii i v průběhu nevyлéčitelných onemocnění, a to zejména s ohledem na názory a hodnoty generace, která vstupuje do seniorského věku. Stejně tak jako v jiných zemích, včetně České republiky, i ve Švýcarsku je známo, že většina lidí si přeje zemřít ve svém domácím rodinném prostředí. Avšak i tady dochází k většině úmrtí v prostředí ústavním – v nemocnicích a ve stoupající míře v ošetrovatelských domech. Situace je různá v různých kantonech. V některých je vyšší procento lidí umírajících v nemocnicích (47 %) než v ošetrovatelských domovech (37 %), v jiných je tomu naopak (36 % proti 44 %). Zpravidla platí, že tam, kde umírá více lidí v nemocnicích, jich méně umírá v domácím prostředí (18 % oproti 21 %). Například ve Francii se podařilo docílit díky podpoře strategie paliativní péče toho, že 27 % lidí umírá doma. Lze tedy uzavřít, že Národní strategie paliativní péče je zapotřebí, protože potřeba paliativní péče bude v průběhu dalších let stoupat. Cílem strategie je zavést principy paliativní péče do všech relevantních odvětví zdravotní péče, což se dosud nepodařilo, takže paliativní péče zatím není dostupná všem pacientům, kteří ji potřebují. V úvodu ke druhé strategii paliativní péče je zdůrazněno, že je zapotřebí zlepšit dostupnost pro všechny pacienty, zlepšit informovanost veřejnosti o této problematice, zajistit adekvátní financování, integraci péče a vzdělávání napříč spektrem zdravotnických profesí.

Národní strategie paliativní péče na období do roku 2015 je tedy materiálem, který vychází ze zkušeností předchozí strategie a doporučení, která z ní vyplývají. Jedná se zejména o to, aby rozvoj paliativní péče dále pokračoval, aby byli lépe zapojeni všichni potřební aktéři, a to na všech úrovních, od kantonů po obce a jednotlivé organizace, aby byly alokovány zdroje, a to zejména do oblastí vzdělávání a zajištění kvality.

Východiskem nové strategie je také vyhodnocení předchozí, a to v různých oblastech. Přes rozvoj paliativní péče je zatím situace v různých kantonech různá co se spektra i kapacity služeb týká. Rozdílná je i legislativní situace. V některých kantonech je poskytování paliativní péče upraveno zákonem, ale jsou i kantony, kde tomu tak není. V rámci prvního plánu paliativní péče došlo ke zvýšení počtu paliativních oddělení/klinik na 28 (z původních 20 v roce 2008), celkový počet lůžek se zvýšil na 295 (z původních 219), což je necelá polovina počtu doporučeného Evropskou asociací paliativní péče (EAPC), která počítá s 80–100 lůžky na milion obyvatel (v České republice by se tedy mělo jednat o 800 až 1 000 lůžek paliativní péče). Počet hospiců v rámci ošetrovatelských domů („Pflegeheimstatus“) se zvýšil ze 2 na 6 a počet mobilních paliativních služeb ze 12 na 19 (doporučení EAPC je 1 na 100 000 obyvatel). Předchozí plán se zabýval také kvalitou specializované paliativní péče a byla vydána kritéria kvality. Pro informování široké veřejnosti byla vydána brožura s informacemi o paliativní péči („Nevyléčitelně nemocný – co teď?“) v nákladu 200 000 výtisků. Byly vytvořeny národní osnovy vzdělávání v paliativní péči, a ty byly zapracovány do vzdělávacích programů jak univerzitní úrovně, lékařů a dalších odborníků, tak do profesního vzdělávání pracovníků ve zdravotní a sociální péči. Byl zaveden program podpory dobrovolníků v paliativní péči. Problematika konce života byla zohledněna ve výzkumu a byl vytvořen výzkumný program zaměřený speciálně na tuto problematiku – NFP67 (Nationales Forschungsprogramm „Lebensende“). Výzkum v paliativní péči podpořila také různými programy Národní akademie lékařských věd. Zlepšil se také sběr a zpracování dat o paliativní péči. Dále byla vypracována doporučení pro paliativní péči (guidelines) a uskutečněny výroční celostátní konference paliativní péče.

V brožuře o Národní strategii paliativní péče na léta 2013–2015 následuje po přehledné analýze výsledků a doporučení z předchozího programu vlastní text strategie. Je uveden fotografií rozestavěného domu, na kterém se velmi intenzivně pracuje, který má již své zdi a střechu, ale pokládá se krytina, chybí omítka, okna i dveře. Je to názorná ilustrace stavu paliativní péče ve Švýcarsku, ke které byly položeny dobré základy a vytvořena

hrubá stavba – je ale třeba dále pokračovat. Strategie zdůrazňuje nutnost propojení aktivit na národní úrovni (vzdělávání, výzkum) se zajištěním péče, za které zodpovídají kantony. Klade si čtyři základní cíle:

Péče a financování: Zajištění a dostupnost paliativní péče v celém Švýcarsku pro těžce nemocné a umírající, a to nezávisle na diagnóze, která k tomuto stavu vede, stáří, prostředí a socio-ekonomickém statusu.

Zlepšovat kvalitu péče, vytvářet modely dobré praxe.

Vzdělání a výzkum: Paliativní péči začlenit do vzdělávání a profesní přípravy všech relevantních profesí jak ve zdravotní, tak v sociální péči.

Informovanost („Sensibilisierung“): Odborná i laická veřejnost bude mít dostatek informací o paliativní péči a možnostech, kde tuto péči hledat.

Dobrovolnická práce a podpora rodinných příslušníků: Dostatek informací o dobrovolnictví a podpora tak, aby mohlo být v paliativní péči dostatečně využíváno.

Shrnu-li názor na problematiku paliativní péče ve Švýcarsku a na druhou Národní strategii paliativní péče, musím konstatovat, že se jedná o strategii ucelenou, vycházející z adekvátních analýz a postupně stavějící na výsledcích strategie předchozí.

6. Vývoj řešení problematiky péče o osoby s demencí v ČR

V České republice je péče o lidi trpící demencí předmětem intenzivní práce, a to nejen při přímém poskytování pomoci těmto lidem a jejich rodinám, ale i při metodickém a koncepčním snažení na úrovni vlády. Bohužel prozatím můžeme konstatovat, že i přes velké nasazení vládních i nevládních odborníků na poli koncepčního ukotvení této problematiky byl v posledních letech zaznamenán jen malý posun vpřed. Příčin tohoto stavu je mnoho, jednou z hlavních je resortismus. Neschopnost domluvy mezi gesčními ministerstvy je i přes snahy na obou stranách příčinou stagnace v hledání řešení neutěšené situace v této oblasti. Bohužel i s ohledem na „poločas“ volebního období se také pravděpodobnost významného posunu postupně snižuje. A to i přes spojenou snahu nevládních organizací, které se snaží společnými silami k posunu přispět.

6.1 Celostátní strategický dokument pro řešení problematiky péče o osoby s Alzheimerovou chorobou a obdobných onemocnění v České republice

Vláda České republiky v roce 2014 přijala Návrh koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v České republice. Tento dokument by měl být zásadním východiskem pro zlepšení systému péče o pacienty s demencí a pro vznik Národního akčního plánu se stanovením a vymezením odpovídajících cílů a úkolů. Z cílů zmiňme pro příklad zavedení odpovídajícího vzdělávání pracovníků, umožnění systémového financování zdravotní péče v rámci všeobecného zdravotního pojištění, zavedení systémového financování navazující sociální péče a financování v oblasti základního i aplikovaného výzkumu, které nebude závislé na změnách vnějších podmínek.

Pro implementaci je **Mezirezortní a mezioborovou skupinou připravován Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2014–2017**. Z hlediska sociálních služeb jsou důležité formulace cílů **posilující nové trendy v péči o lidi s demencí. S ohledem na současnou obtížnou situaci při zajišťování odpovídajících služeb v některých regionech je navrhováno, aby akční plán deklaroval jako cíl zlepšení přístupu k vhodné péči, pomoc při zajištění vhodné péče a její koordinace – využití flexibilních forem péče s cílem zajištění co nejdélejší doby, kdy je možné setrvat pobytem doma s péčí pečujících rodinných příslušníků s odbornou pomocí. V rámci systému by měla být vytvořena strukturovaná síť pracovišť s definovanou péčí poskytovanou na jednotlivých úrovních víceúrovňového systému. Garantem zpracování je Ministerstvo zdravotnictví ČR. Partnerem pro některé úkoly je Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. V rám-**

ci spolupráce při formulaci akčního plánu MPSV zvažuje **vytvoření nového druhu pobytové služby, která bude zajišťovat kvalitní a odbornou péči převážně lidem s demencí, kteří přechodně či trvale nemohou setrvat v domácím prostředí.**

Dalším tématem v návrhu je otázka podpory pečujících osob. Navrhují se opatření, která by garantovala možnost využít odlehčovací službu. Délka garantovaného pobytu by odpovídala stádiu nemoci opečovávané osoby, a to až do 3 týdnů v kalendářním roce nebo v případě ranějších stádií možnost využít 2 dny v týdnu garantovaný pobyt v denním centru nebo jiné službě poskytující ambulantní odlehčovací službu. Pobytovou odlehčovací službu by zajišťovala zařízení dlouhodobé péče, která ovšem zatím nejsou legislativně i věcně vymezena.

Další opatření by mělo pečujícím lépe zajistit (garantovat dostupnost) možnosti konzultace a psychologické podpory. Vhodnou variantou podpory jsou například svépomocné skupiny, které by byly podporovány. S ohledem na navrhovanou garanci se diskutuje o tom, zda by měla povinnost garance dostupnosti směřovat k obcím s rozšířenou působností nebo ke krajům.

Podpora pečujících by měla směřovat také k motivaci vytváření částečných pracovních úvazků, především ve prospěch pečujících rodinných příslušníků. Těto podpory může být docíleno různými nástroji, například slevou na pojistném na sociální zabezpečení nebo rozšířením náhradních dob zdravotního pojištění či zavedením „volna na péči“. Klíčová je podpora pečujících osob při sjednávání částečných úvazků a flexibilních forem práce, stejně tak při návratu bývalých pečujících osob na trh práce.

Z dosavadních jednání je ovšem zřejmé, že navrhovaná garance dostupnosti je velmi organizačně a finančně náročná. Bez zásadních změn ve financování a plánování poskytování sociálních služeb nelze garanci dostupnosti realizovat. Otevřenou otázkou také je, zda by garantovanou sítí zajišťovala úroveň obcí s rozšířenou působností nebo kraje.

Při řešení problematiky osob trpících demencí (bez ohledu na její formu) je nutné zaměřit odbornou pomoc nejen na samotné klienty, ale i na jejich okolí. Jsou to právě rodinní příslušníci, jako partner a děti, kteří poskytují v první fázi nemoci potřebnou pomoc a podporu. Na rozdíl od pomáhajících profesí však rodinní příslušníci musí pracovat i s velmi silnou emoční zátěží vyplývající z postupné ztráty blízké osoby, která sice fyzicky stále existuje, ale jejíž osobnost je postupně nemocí měněna a degradována. Podpora pečujících ve všech potřebných oblastech je nejslabším článkem systému péče o osoby trpící demencí v České republice. Proto velmi vítáme, že důležitým úkolem je v připravovaném akčním plánu zajistit edukaci rodinných pečujících o osoby s Alzheimerovou chorobou a obdobnými onemocněními. Obsahem takového školení by bylo zpočátku zaměření na pečovatelský proces s ohledem na specifika zdravotního postižení osoby, o kterou je pečováno. Je nutné konstatovat, že potřeba edukace pečujících osob není v České republice identifikována pouze u pečujících o osoby s Alzheimerovou demencí, ale u všech pečujících bez ohledu na to, o jakou osobu pečují.

7. Srovnání českého Návrhu koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v ČR a švýcarské Národní strategie demence 2014–2017

Oba strategické dokumenty od sebe dělí zhruba dva roky, kdy česká Koncepce se datuje k r. 2012, zatímco švýcarská Národní strategie k r. 2014. Dalším hlavním rozdílem je, že česká Koncepce by měla být: *zásadním východiskem pro zlepšení systému péče o pacienty s demencí a pro vznik národního plánu se stanovením a vymezením odpovídajících cílů a úkolů*. Švýcarská Národní strategie je již uceleným dokumentem, který kromě analytické části popisující současný a aktuální stav, kterou mají oba dokumenty společné, obsahuje nejen cíle, ale i konkrétní opatření (rozuměj náměty projektů), jejichž realizace má vést k naplnění stanovených cílů. Česká Koncepce naproti tomu počítá ještě se vznikem dalšího komplementárního dokumentu (Národní akční plán Alzheimer), který vzniká v současné době (tj. koncem roku 2015), a který má být právě onou návrhovou a akční součástí Koncepce.

Rozsah popisné a návrhové části je srovnatelný, stejně tak i řada navrhovaných cílů. Mezi identická témata a cíle patří oblasti kvality života (přičemž v případě české Koncepce je velmi pozitivní, že je věnována pozornost kvalitě života nejen osob trpících demencí, nýbrž i osob pečujících, a tomuto tématu je vyhrazen samostatný cíl).

Naopak na švýcarské Národní strategii je pozitivní samostatné vyčlenění problematiky, respektive oblasti *Nabídky odpovídající potřebám*. Jde o zásadní oblast, kdy právě disproporce či disharmonie mezi nabídkou a potřebami vede nejen ke zvyšování přímých i nepřímých nákladů, ale také přispívá k nižší kvalitě života, a to jak pečovaných, tak pečujících.

Oba dva dokumenty vznikaly v kontextu místních reálií a vykazují odlišnosti nejen vzhledem k aktuální situaci, ale i celkovému přístupu k problematice demence. Švýcarský dokument se po podrobnějším porovnání jeví jako kompaktnější, ucelenější a precizně zpracovaný. Česká koncepce nese známky víceautorství jednotlivých textů bez klíčové, ústřední a spojovací linie.

8. Formy bydlení a péče ve Švýcarsku

Jednotlivé formy bydlení a péče jsou ve Švýcarsku definovány následujícím způsobem: Individuální formy bydlení zahrnují jednak zcela samostatné bydlení, dále byty pro seniory (*Alterswohnungen, Seniorenwohnungen*) a bydlení se službami (*Wohnen mit Service*). Dále se jedná o skupinové bydlení (*Private gemeinschaftliche Wohnformen*) – sem patří společné seniorské byty (*Alterswohngemeinschaft*), v nichž má každý svůj pokoj a další místnosti a příslušenství využívají společně, zatímco ve společném seniorském domě (*Altershausgemeinschaft*) má každý samostatný byt a společné jsou společenské prostory. Předpokládá se, že se lidé žijící v domě budou podílet na společných aktivitách. Vícegenerační dům (*Mehrgenerationenhaus*) je obdobou předchozí formy bydlení ve vícegenerační alternativě, kdy se počítá se vzájemnou výměnou a výpomocí mezi generacemi.

Jako institucionální forma bydlení je pak definován dům pro seniory (*Altersheim, Seniorenheim*), který je určen starším lidem, kteří již nejsou schopni bydlet samostatně, ale ještě nepotřebují ošetrovatelskou péči, zatímco ošetrovatelský dům či centrum (*Pflegeheim, Pflegezentrum*) slouží lidem, kteří nejsou schopni žít samostatně a potřebují ošetrovatelskou péči. Dále se do této skupiny řadí „*Pflegewohngruppe*“, což je odborně ošetrovatelsky vedené zařízení poskytující ubytování a péči. Jedná se o jakési propojení společných seniorských bytů s lékařskou péčí. Pod pojmem centrum pro seniory (*Alterszentrum, Seniorenzentrum*) se rozumí větší komplexy, které zahrnují několik různých forem bydlení a služeb.

9. Zkušenosti z návštěv zařízení a institucí

Iva Holmerová

9.1 Bethlehemacker – domov zaměřený na péči o osoby s demencí

Tento domov vznikl z důvodu zjištění, že v původním domově zaměřeném na všeobecnou problematiku bylo stále více lidí s demencí. Domov byl zřízen na základě poznávání různých zařízení v Německu, Švýcarsku i jinde a byl postupně transformován podle toho, co pracovníci Bethlehemacker identifikovali jako potřebné a užitečné pro praxi domova. Zabývali se barevností, dostatkem světla, všemi detaily, které jsou pro péči důležité. Důraz byl kladen také na otázku pocitů a emocí. Je to jistou analogií s domovem pro nevidomé, kde se musí zlepšit poznávání jiným způsobem. Lidé s demencí, kterým ubývá kognitivních funkcí, potřebují pravděpodobně také více emocí, které tyto funkce kompenzují. Vedoucí domova Edgar Studer zdůrazňuje, že nejsou důležité ani tak jednotlivosti, ale jejich souhra. Také technické vymoženosti mají v péči o lidi s demencí své místo. Často se vztahují k různým bezpečnostním a pečovatelským systémům, zatímco zde se snaží využívat multimediální podporu emocí a jejich stimulaci. V současné době pracují na zapracování čichových a chuťových vjemů a jejich využití pro péči. Snažili se tu, jak vysvětlil vedoucí zařízení, postupovat tím nejlepším a správným způsobem. Tento domov nestojí obyvatele a rodiny o nic víc než domov, který je nedaleko a neudělal pro péči o lidi s demencí prakticky nic. Po nastěhování (respektive po návratu lidí – obyvatel po rekonstrukci) se ukázalo, že lidé s demencí jsou tu klidní, spokojení, nemají tak často stavy neklidu a jsou v „pohodě“. Vedoucí je tedy přesvědčen, že je tento „emoční dům“ dobrý. Vytvořili tu například simulaci vlaku – cestu vlakem první třídy z Bernu, o čemž se často hovoří, ale je to jen malá část celého konceptu. Někteří kritici namítají, že imitace nejsou pro nemocné vhodné, protože lidem s demencí pouze nalhávají, že se jedná o cestu vlakem. Vedoucí zdůrazňuje, že důležité je si uvědomit, že nejde o nalhávání a předstírání, ale že v domově nabízejí, co se lidem může líbit.

V každé obytné části jsou smyslové oázy, v domě je ošetřovatelská oáza, v jedné části wellness. Dále je tu zvláštní zahrádka pro lidi trpící demencí. Zařízení se snaží také o mezigenerační projekty, programy pro lidi s demencí a mladé lidi, malé a větší děti. Jde například o sociokulturní projekt s mladými lidmi, kteří pomáhají při procházkách (zařízení jim platí za hodinu 10 franků – tato činnost je podporována městem Bern). Dalšími projekty jsou projekty ve spolupráci s mateřskou školou. Za tímto účelem zde bylo zřízeno hřiště pro malé děti, kde se mohou setkávat pod vedením terapeutky lidé s demencí s dětmi a naopak. Pro úplně nejmenší děti (4–7leté) vytvořili herní skupiny pro 6 dětí a 6 lidí s demencí, kde si „hrají“ společně pod vedením terapeutky. Pracovníci si kladou otázku, jak zjistit, že to je to správné. Domnívají se (či jsou spíše přesvědčeni), že ano, protože lidem s demencí jsou děti blízké. Děti sice úplně nerozumí světu dospělých, ale emoční svět nemocných je zachován, mnohdy akcentován, hezky si povídají, vzájemně si rozumí, je to pro ně obohacující.

Vytvoření tohoto moderního a inovativního konceptu se vyplácí. Jednak si zařízení vybírají rodiny (a zařízení je stále plné), jednak tu jsou spokojeni i zaměstnanci a zejména lidé s demencí. Je to určitá konkurenční výhoda, protože velmi brzy nastane tvrdá konkurence mezi poskytovateli, tudíž si zařízení budou muset vybrat své vlastní cesty, jak poskytovat péči kvalitní.

Vývoj tohoto zařízení a péče v něm stále pokračuje, poučuje se z různých konceptů a transformuje je podle potřeby. První část prezentace domova Bethlehemacker, který je součástí organizace Domicil, působila spíše jako public relations. Sám vedoucí také uvedl, že domovů v oblasti je spíše nadbytek a že se tento domov snaží péči organizovat tak, aby byla určitou konkurenční výhodou oproti jiným domovům, což se jim podle všeho daří. Jako takovou lze tuto prezentaci přijmout s výhradou, že jsme přeci jen nebyli zcela laickým publikem a že otázky práce s psychikou a emotivitou klientů obecně, stejně tak jako senzorkou apod., mohly být pojednány odborněji.

Nicméně prohlídka zařízení nás přesvědčila, že se nejedná o pouhou rétoriku, ale že je zařízení skutečně velmi cíleně budováno a zařizováno s ohledem na potřeby lidí s demencí. Zařízení slouží zejména lidem s rozvinutou a těžkou demencí. 24 lidí žije zpravidla ve společném obývacím prostoru. Lidé sem přicházejí se stanovenou diagnózou demence (střední až těžkou). Zařízení je rozčleněno do tří pater, na každém z nich žije 24 lidí. Patra jsou však ještě volněji rozčleněna do dvou částí, z nichž každá má své „pracovní“ zázemí, kuchyňku a jídelnu, kde se při naší návštěvě zdržovalo několik lidí s demencí při činnostech s pracovníky. Někteří lidé byli ve svých pokojích, kam ošetřovatelé vcházeli po zaklepaní a vyčkání, případně si otevírali (po zaklepaní a vyčkání na reakci) univerzálními klíči. Několik lidí se zdržovalo také v již zmíněných smyslových oázách, které jsou lokalizovány v různých obměnách na každém patře. V principu se jedná o příjemně zařízené zákoutí s různými sedacími prvky, možností variabilního osvětlení, ozvučení dle potřeb a přání lidí s demencí (tyto potřeby jsou individualizovány prostřednictvím využití techniky, tabletů, pomocí kterých se zařízení ovládá a kde jsou zaznamenány preference jednotlivých lidí). Jsou tu ploché obrazovky, na nichž se promítají obrazy. V jednom z těchto zákoutí je i „kupé“ vlaku se sedadly bývalé první třídy vlaku z Bernu do Zugu, kde se na obrazovce umístěné ve tvaru vlakového okénka promítají pohledy z tohoto vlaku, a to v zimní či letní variantě. V každém patře je také „wellness“ oblast či místnost, a to s různými typy van či masážních zařízení. Tato zařízení byla demonstrována, na žádném patře jsme však nezastihli jejich využití klienty zařízení. Barevné řešení oddělení je příjemné, stěny jsou vymalovány pastelovými barvami „lipová“ zelená, žlutá a pastelová oranžová, v poněkud tmavším odstínu jsou dveře. Pokoje pacientů ústí do oválné prostorné chodby, která se rozšiřuje do „smyslové“ oázy, několika nik a zákoutí a kuchyňek, z nichž jsou také viditelné další „pracovní“ prostory. Výtahy a únikové dveře jsou bílé a splývají s okolím, aby „nelákaly“ pacienty k odchodu. Stejný účel, a navíc i účel vytvoření optické překážky, má černý oblouk před výtahem a únikovým schodištěm, který může mnohým připadat jako překážka či dokonce jáma. Přivolávač výtahu je zamaskován volně posuvným obrázkem, takže není na první pohled vidět. Odchod z oddělení není jiným způsobem znemožňován. Druhý výtah je naopak lidem s demencí dostupný, je zvýrazněný a vede do zahrady, která je pro ně určena. Odchodům ze zařízení vstupními dveřmi zabráňuje elektronický systém reagující na čipy v oblečení, které aktivují také alarm pro příslušný personál daného oddělení.

Zahrada je obehnaná plotem, který je částečně zakryt zastřiženým bukovým porostem, aby nebyl nápadný. Přesto se velmi pečlivě dbá na to, aby jej lidé nemohli překonat (tedy je dostatečně napjatý, oka pouze 3 cm), 150 cm vysoký, se zábranami proti přezení nad lavičkami atd. V zahradě je altánek, lavičky, ohrádka s králíky, které je možné pozorovat. V atriu objektu je pak zřízeno dětské hřiště. Do zahrady ústí také místnost pro aktivity a mezigenerační setkání.

Na každém patře pro skupinu 24 lidí je ve dne, tedy mezi 7. a 22. hodinou, nejméně 7 pečujících a 1 je vždy přítomen na noční službě od 22 do 7 hodin. Zdravotní sestry jsou přítomny nepřetržitě, a to minimálně jedna na celé zařízení v noci (jedná se o jednu ze tří pečujících, z nichž každý je přítomen na svém patře). Ve dne (od 7 do 22 hodin) je přítomna jedna kvalifikovaná sestra na každém oddělení. Zařízení nemá problémy se získáváním pracovníků, a to včetně kvalifikovaných sester. Péče je nastavena individuálně, podle dosavadních zvyklostí lidí s demencí. Obdobně je tomu i se spánkem, večerní i ranní hygienou, ukládáním ke spánku a vstáváním. Vedoucí ošetřovatel uvádí, že respektují zvyklosti každého člověka, které mnohdy souvisejí s povoláním, které celý život vykonával. Antipsychotika se dle jeho sdělení v současné době používají asi u 5–7 lidí ze 70, několik lidí je užívá také jen v malé dávce na noc. Bolest se zvláště nesleduje, nepoužívají se škály. Ale pokud například senzory pohybu v posteli v noci ukazují neklid pacienta, sestra se snaží tuto situaci řešit, mnohdy podává paracetamol. Jinak medikaci předepisuje lékař.

Na 72 lidí je 64 pracovních míst v přímé péči bez domácích služeb. 6,5 pracovních míst je určeno pro tzv. hotelové služby či „Betreuung“.

Spolupráce s lékaři: Zařízení má jednoho lékaře, který poskytuje péči. Pracuje dva dny v týdnu a zbývající dny je v dalším domě. Vedoucí zařízení informuje, že zajištění lékařské péče pro tato zařízení představuje problém, praktičtí lékaři o tuto spolupráci nemají zájem. Zvyšuje se také jejich věkový průměr. Proto organizace Domicil plánuje postavení polikliniky či zdravotního střediska, které by spolupracovalo s jednotlivými zařízeními.

9.2 Odbor zdravotnictví a péče kantonu Bern

Andrea Hornung, vedoucí odboru zdravotnictví a péče kantonu Bern, uvádí, že ve Švýcarsku, které má federální uspořádání, existuje celkem 26 v podstatě různých systémů zdravotnictví. To představuje určité problémy, které se týkají například spolupráce mezi kantony a spolupráce na federální úrovni. Kanton Bern má přes milion lidí a město Bern přes 100 000. Legislativu stanovuje kantonální rada, která zasedá v bernské radnici. Úkolem rady je legislativa a rozdělení finančních prostředků pro správu kantonu. Rada má 160 členů, z toho asi třetinu žen. V současné době má největší zastoupení pravicová Švýcarská národní strana. Exekutiva kantonu má 7 členů, z nichž každý vede jedno ministerstvo.

Jeden z direktorátů je zaměřen na zdravotnictví a péči. Jeho oddělení přímo spravují jednotlivé oblasti: Sozialamt (úřad pro sociální služby), Spitalamt (úřad pro nemocnice respektive zdravotní péči) a ALBA (což je úřad pro starší lidi a lidi se zdravotním postižením).

Oddělení služeb má na starosti služby. Nicméně služby nejsou řízeny jen na kantonální úrovni, ale velkou roli hrají také obce. Podpora pobytových služeb starších a zdravotně postižených přichází z kantonu, zatímco u služeb pro děti a mladistvé je financování společné.

Jaká je role státu: Jedná se o koordinaci, tedy o určení způsobu financování nemocnic, Spitexu (domácích služeb) a domovů. Financování zdravotnictví je dáno poslední změnou zákona z roku 2011, kde je přesně stanoveno financování zdravotnictví (zaměstnavatelé a zaměstnanci, stanovena maximální úhrada spoluúčasti) s tím, že kantony dofinancují to, „co zbývá“, ale není stanoveno, kolik to je.

V Bernu je v současné době 15 500 míst pro seniory (14 500 míst obsazených a 1 000 jako rezerva).

Jak jsou tato místa plánována: Počítá se s tím, že cca 22 % lidí ve věku 80 let a starších bude potřebovat ústavní péči. Avšak s nárůstem počtu starších bude toto procento rychle klesat na 15 %. V současné době mají tedy v Bernu dostatečnou kapacitu. Není však zcela zřejmé, jak se potřeba této kapacity bude vyvíjet dále a bude záležet nejen na demografickém vývoji samotném, ale i na stavu zdraví a soběstačnosti starších občanů. Pokud by došlo k takzvané kompresi nemocnosti a disability, nezvyšovala by se potřeba služeb. Pokud budou disabilita a morbidita pouze následovat demografický vývoj, může dojít v příštích desetiletích k významnému zvýšení potřeby služeb. Bern je dvoujazyčný – německy a francouzsky mluvící. Rozdíly v zajištění služeb jsou někdy i mezi jednotlivými jazykovými oblastmi.

Péče o lidi s postižením je lépe organizována v rámci federace než péče o starší lidi. V tomto případě (lidí s postižením) uznaly všechny kantony jednotnou nákladovost, takže lidé s postižením mohou užívat služby ve všech kantonech, respektive v jakémkoli z nich podle své volby. To se podařilo dojednat na federální úrovni. U služeb pro seniory tomu tak (zatím) není.

Pokud se domov rozhodne navýšit kapacitu, musí to být předem schváleno kantonem a zařazeno do plánu. Také v tomto aspektu existují rozdíly mezi jednotlivými regiony: například region Thun má mnoho míst, takže zde by nebylo povoleno nový domov otevřít. Jedná se tedy o plánování, nikoli o tržní mechanismy. Zřizovateli domovů jsou jak obce, tak i soukromé společnosti, podmínky jsou však rovné pro všechny poskytovatele, poměr mezi nimi je zhruba jedna ku jedné. V ostatních kantonech došlo k rozvoji soukromého sektoru až s výše uvedenou změnou legislativy. Hotelové služby a tzv. „Betreuung“ platí lidé sami.

Rekapitulace financování: Hotelové služby platí lidé sami. Péče je hrazena ze zdravotního pojištění, částečně ji doplácí pacienti i kanton. Péče je vyhodnocena podle náročnosti – jedná se o dvanáct stupňů náročnosti. Pojišťovna platí denně 9 franků za stupeň. Pacient zaplatí maximálně 21 franků (20% z péče) – toto maximum je dáno státem. Péče stojí denně v průměru 400 franků – bez hotelových služeb. Do roku 2011 dopláceli lidé sami, nyní hradí částečně kantony a spoluúčast lidí (za péči) je limitována. Cena za hotelové služby se pohybuje od 3 tisíc do 9 tisíc měsíčně.

Vysvětlení k výše používaným pojmům

„Pflege“ – péče: týká se člověka, jedná se tedy o ošetrovatelskou péči a dopomoc se sebeobslužnými aktivitami.

„Betreuung“ – je součást hotelových služeb, například se jedná o zábavu, výlety apod. Nicméně i zde se diskutuje, a to zejména s ohledem na péči o lidi s demencí, kteří potřebují více dopomoci a dohledu, tedy služeb, které nemají přímo charakter „péče“, zda se jedná o hotelové služby, či nikoliv. Nicméně tito lidé mívají zpravidla pouze 7. ošetrovatelský stupeň. Diskutabilní je například doprovod na toaletu a podobně. Tedy i zde se vyskytují určité problémy a nejasnosti, nicméně nikdo nepochybuje o tom, že starší lidé v domovech potřebují ošetrovatelskou péči. Na stupeň ošetrovatelské náročnosti jsou počítány minuty péče – 20 minut na každý stupeň.

Ošetrovatelský plán či plán péče („Pflegeplan“) a jeho dokumentace. Ošetrovatelský proces je celostní a komplexní. Plán obsahuje potřeby, cíle i jejich indikátory. Podle toho se vypracuje ošetrovatelský plán, a to naprosto detailně, s čím vším člověk potřebuje pomoc. Zahrnuje výkony, které se každý den opakují, v průběhu péče se dokumentují pouze odchylky. V ošetrovatelské dokumentaci je tedy stanoven velmi podrobný ošetrovatelský plán, který zahrnuje veškeré jednotlivé úkony. S touto dokumentací se seznamují všichni pečující v oblasti „Pflege“, a to jak sestry, tak méně kvalifikovaní pracovníci. Nicméně pokud je zapotřebí, aby i někteří pracovníci z oblasti „Betreuung“ znali zdravotní stav člověka, například s ohledem na různé aktivity, které pro ně organizují, mohou i oni nahlédnout do dokumentace, respektive jsou informováni o zdravotním stavu člověka v takovém rozsahu, jak je to potřebné pro adekvátní zajištění dané služby.

Přidělení ošetrovatelského stupně („Pflegestufe“) – období našeho příspěvku na péči. Dvakrát za rok se osoba s demencí velmi pozorně sleduje a pozoruje se péče, jakou vyžaduje její stav. Veškeré provedené úkony se zaznamenávají, a to včetně počtu osob, které s úkonem pomáhají (například postavování do vysokého chodítka dvakrát denně za pomoci dvou osob).

Toto pozorování se zadává do programu, který vyhodnotí potřebu péče – jeden z těchto hodnotících systémů nabízí CURAVIVA (respektive jiná soukromá společnost). Podle toho je pak stanoven ošetrovatelský stupeň, a tedy i úhrada péče ze zdravotního pojištění. V Bernu používají systémy BESER a RAI. V jiných kantonech (zejména francouzsky mluvících) systém PLAISIR, který pochází z Kanady. Zdravotní pojišťovny si tyto způsoby posuzování a evaluační systémy hlídají, kantony by se na tomto procesu rády podílely, protože musejí zbytek péče doplácet, ale to pojišťovny nechtějí připustit.

Pracovníci v péči („Pflege“) mají tři úrovně vzdělání:

1. stupeň – nejméně kvalifikovaní pracovníci, kteří mají 130hodinový kurz.
2. stupeň – tříleté vzdělání (tedy se jedná o období našeho zdravotnického asistenta či příslušného obdobného vzdělání v sociální oblasti).
3. stupeň – vzdělání na úrovni bakaláře v oblasti ošetrovatelství, které přichází v úvahu zejména pro domovy pro starší osoby s různou zdravotní problematikou. Pro práci s lidmi se zdravotním postižením se může jednat spíše o více sociálně zaměřené vzdělání. Ve Švýcarsku mají zdravotní sestry postavení partnerů v péči jak ve spolupráci s lékaři, tak i v sociální péči. Pokud se otevírá „nursing home“ tedy „Pflegeheim“ (v oblasti péče o seniory období našich domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem), musí mít ředitele, ale také osobu zodpovědnou za péči, která/ý má kvalifikaci vedoucí sestry a je zodpovědná/ý za péči „Pflege“ (tedy péči zahrnující péči ošetrovatelskou) v tomto zařízení.

Praktická výuka: Organizace mají povinnost zajistit praktickou výuku, a pokud tak nečiní, jsou dokonce pokutovány.

Sociální pracovníci ve Švýcarsku pracují spíše v komunitách, podporují lidi se sociálními problémy a řeší jejich situaci.

Lékařská péče – zde vznikají často obtíže. Mnohá zařízení mají problém se zajištěním lékařské péče. Praktičtí lékaři často nemají o tuto klientelu zájem a nechtějí se na tuto péči specializovat.

V dílčím závěru této kapitoly bych chtěla zdůraznit několik aspektů, které jsou již výše popsány. Jde zejména o skutečnost, že ve Švýcarsku se pobytová místa pro seniory a lidi s disabilitou velmi pečlivě plánují podle skutečných a předpokládaných potřeb. To je velmi zásadní rozdíl oproti situaci v České republice. Druhým zásadním rozdílem je skutečnost, že poté, co jsou zařízení zařazena do této sítě poskytovatelů, mají rovné podmínky pro financování. I tato situace se velmi liší od situace v České republice. Za velmi důležitý považují fakt, že při poskytování péče („Pflege“) jsou respektovány nedílné zdravotní a sociální potřeby lidí s omezenou soběstačností, a tato péče je v „Pflege“ integrována. V tom je zásadní rozdíl oproti situaci v sociálních zařízeních České republiky. Této potřebě odpovídá ve Švýcarsku i zajištění kvalifikované ošetrovatelské péče a požadavky na ošetrovatelskou kvalifikaci profesionálů pracujících v zařízeních pečujících o nesoběstačné (seniory či lidi s disabilitou). Působnost sociálních pracovníků je spíše v terénních službách a v sociální práci zejména s jinými cílovými skupinami. Za další důležitý aspekt považují skutečnost, že příspěvek na péči (v tomto případě tzv. „Pflegestufe“) je přiznáván na základě komplexního interprofesionálního pozorování a zevrubného posouzení stavu pacienta/klienta. To je zcela zásadní rozdíl, protože v České republice tento aspekt kvalifikovaného pohledu, a to zejména pohledu zdravotnického, na problematiku omezené soběstačnosti prakticky zcela chybí. S výše uvedeným také souvisí, že problematika zdravotního stavu je v péči respektována, jednotliví profesionálové si předávají adekvátní informace o zdravotním stavu při poskytování péče. Vysoké je také procento lidí s demencí, kteří žijí v institucích (jedná se podle různých údajů a různých sdělení asi o polovinu všech lidí s demencí). Tento podíl je velmi vysoký ve srovnání s jinými evropskými zeměmi, i Českou republikou (kde se jedná cca o 25 % všech lidí s demencí, kteří žijí v institucích).

9.3 Univerzitní psychiatrické služby v Bernu

Univerzitní klinika pro gerontopsychiatrii a psychoterapii má celkem 36 lůžek rozdělených ve dvou stanicích. V centru města se nachází ambulantní služby, všechny služby představují kontinuum s výše uvedenou lůžkovou částí. Jde o péči v domácnostech pacientů a v ošetrovatelských domech, kterou obstarávají mobilní gerontopsychiatrické týmy. Navštěvují doma pacienty s problémy s mobilitou nebo ty, kteří se z důvodu strachu ze stigmatu nechtějí na psychiatrické oddělení dostavit. Další součástí kliniky je Memory Clinic, ambulantní gerontopsychiatrie a gerontopsychiatrická denní klinika. Klinika má dva vedoucí: lékařského a ošetrovatelského, a to jak celkově, tak na jednotlivých odděleních. Výzkumný tým se zabývá gerontotechnologiemi a rehabilitací. Interprofesionální tým se skládá z lékařů, odborníků ošetrovatelství, psychologů, aktivizačních terapeutů, trenérů paměti a sociální služby.

Dr. Luca Rampa je vedoucí Memory Clinic. Připomíná, že ve Švýcarsku mají Národní strategii demence na léta 2014–2017 a jejich klinika se na této strategii podílí. Zdůrazňuje, že pro jejich práci je důležitá interdisciplinárta. Klinika provádí stovky vyšetření za rok, a to minimálně za spolupráce s neuropsychology či dalšími profesemi, které jsou k vyšetření potřebné. Dr. Rampa zopakoval, že ve Švýcarsku je celkem 36 Memory Clinic, v Bernu vyšetřují cca 500–600 lidí za rok. Jsou součástí Neurocentra, které zahrnuje další obory zabývajícími se mozkiem (neurochirurgie, neurologie, neuroradiologie...) a spolupracují s dalšími odděleními.

V současné době je ve Švýcarsku 113 000 lidí s demencí. Polovina z nich žije doma a polovina v pobytových službách. Tyto údaje se mírně liší od oficiálních údajů Národní strategie demence, nicméně rozdíl je minimální a je možné, že bylo čerpáno z jiných zdrojů. Na jednoho člověka s demencí, který zpravidla trpí depresí, závislostmi apod., obdobně mají tito lidé i vyšší somatickou morbiditu, počítají cca 3 pečující osoby. Podstatné je, že vysoké procento institucionalizovaných nemocných znamená značné náklady pro společnost, proto je důležité podporovat péči v domácím prostředí. Institucionalizace je podmíněna velmi často psychologickými a behaviorálními příznaky demence (BPSD), proto se klinika zaměřuje právě na tuto problematiku. Dalším důvodem jsou problémy s pamětí.

Indikace vyšetření v Memory Clinic (specializované vyšetření):

- Diferenciální diagnostika jednotlivých typů demence
- Vyšetření biomarkerů
- Poruchy chování
- Analýza chování
- Řízení vozidel
- Nastavení péče v případech, že je zapotřebí interprofesionálního a specializovaného přístupu

Jaký je obvyklý diagnostický postup u podezření na demenci? Zpravidla praktický lékař provede základní vyšetření, odebere anamnézu, základní screeningové vyšetření kognitivních funkcí a indikuje zobrazovací vyšetření. Pokud není závěr jednoznačný, doporučí další vyšetření v Memory Clinic. Zde se vyšetření doplní o další biochemické vyšetření a vyšetření biomarkerů demence, provede se testová baterie CERAD a doplní eventuelně další neuropsychologické vyšetření, eventuelně další zobrazovací vyšetření, lumbální punkce, pacient je dále zpravidla vyšetřen v interprofesionálním centru zabývajícím se poruchami vidění (ve smyslu nikoli pouze zraku, ale postižení vizuospeciálních funkcí v rámci demence, neboť klinika se na tuto problematiku do značné míry specializuje a výzkumně se jí zabývá).

Za velmi významnou součást své činnosti považují speciální diagnostiku schopnosti řídit motorová vozidla s ohledem na kognitivní poruchu. Cílem tohoto vyšetření je nejen stanovení a upřesnění diagnózy kognitivní poruchy a její příčiny, ale i možnosti, respektive pravděpodobnosti ohrožení sebe sama i svého okolí. Dále se zaměřují na problematiku psychologických příznaků a na zvládnutí poruch chování – agresivitu, odcházení, neklid, obrácení rytmu dne a noci a další. Snaží se podporovat nejen pacienta, ale i jeho rodinu, nastavení společné strategie, vysvětlení situace jak pacientovi, tak jeho rodině, poskytnutí podpory, zaučení v nefarmakologických metodách atd. Denní centrum funguje od pondělí do pátku cca pro 20 osob. Denní program je strukturovaný, v jeho průběhu probíhají různé diagnostické a terapeutické procesy. Podstatné pro činnost tohoto centra či stacionáře, jak bychom zařízení nazvali v našich podmínkách, je, že se jedná o zařízení odborné, interprofesionální, zaměřené jak na diagnostiku, tak na intervenci a terapii. Pacienti jsou přijímáni nejen na základě doporučení svých ošetřujících lékařů, jak praktiků, tak i specialistů, ale dostávají se do péče zařízení také v případech, kdy jejich chování představuje nebezpečí jak pro ně samotné, tak pro okolí. Toto podezření přichází někdy z úředních míst, ale mohou jej vyslovit i blízcí či jiné osoby, které takovéto chování pozorují. V případech gerontopsychiatrických diagnóz se jedná samozřejmě nejčastěji o psychologické příznaky demence a poruchy chování, které demenci provázejí (BPSD), ale může jít o jiné poruchy související s pozdními projevy psychóz atd. Konkrétně se pak jedná například o bloudění, neklid, chorobné hromadění věcí, projevy agresivity, ale i zanedbávání péče o sebe, nedostatečnou výživu vznikající v důsledku psychické poruchy apod. Pacienti sem docházejí na pozorování, průběžně se s nimi pracuje a celý interprofesionální tým potom navrhuje potřebná řešení jak jim samotným, tak jejich rodinným příslušníkům a dalším pečujícím.

Mobilní gerontopsychiatrický tým pracuje přímo doma nebo v pobytových institucích, působí na území města Bern. Složení klientely je následující: asi 50 % představují pacienti s demencí, 10 % se schizofrenií, 30 % s afektivními poruchami, zejména depresí. V týmu pracují 3 kvalifikovaní lékaři na úrovni primáře, 2 asistující lékaři, 4 psychologové, 2 sestry. K dispozici mají 1 automobil a 4 elektrokola. Toto vybavení považují za velmi praktické, protože doprava v Bernu je problematická a elektrokolo je mnohdy rychlejší než automobil. Kontakt zprostředkovává zpravidla úřad pro opatrovnictví, přátelé pacientů, domácí péče, praktici, nemocnice, rodiny a podobně. Na základě tohoto doporučení a vyhodnocení situace převezme pacienta do péče mobilní geriatrický tým, který potom řeší další situace a potřebnou péči.

Závěrem k této části: Odborné služby pro pacienty s demencí jsou zajištěny ve Švýcarsku daleko komplexněji a mají daleko hustší síť než v České republice. Je tedy vcelku logické, že na takto rozvinuté a husté síti odborných služeb je možné „stavět“ Národní strategii demence. Za zajímavé považují ještě některé další dílčí aspekty. Jedná se například o údaj, že o člověka s demencí ve Švýcarsku pečují asi 3 rodinní příslušníci včetně primárního pečujícího, u nás je tento počet podle našeho výzkumu poloviční. Velmi významné je nepochybně i poradenství ohledně schopnosti řídit motorová vozidla a specializovaná diagnostika, která se touto proble-

matikou zabývá. Specifikem tohoto univerzitního oddělení je pak odborný a vědecký zájem o poruchy vidění, respektive vnímání a interpretaci zrakových vjemů, ke kterým dochází v rámci syndromu demence velmi často a kterým není věnována dosud dostatečná pozornost, přestože některé atypické manifestace lobárních forem Alzheimerovy choroby (v tomto případě se jedná o tzv. Bensonův syndrom) byly popsány již před mnoha lety. Promítnuto do situace u nás má tento aspekt význam zejména v souvislosti s inspekcemi sociálních služeb, které mnohdy vyžadují „alternativní“, tedy obrázkové formy smluv, takže vznikají různé modifikace se symboly, obrázky, fotografiemi atd., přestože u mnoha pacientů s demencí je chápání těchto vizuálních symbolů horší než porozumění prostému vysvětlení situace.

Dalším významným aspektem, který zasluhuje naši pozornost, je skutečnost, že se jedná o oddělení, které je jaksi „spádové“ pro psychiatrickou problematiku v přesně definované oblasti. Řeší tedy situace, které psychická onemocnění vyššího věku přinášejí, a to nejen na úrovni lékařské ve smyslu vyšetření, stanovení diagnózy a předpisu medikace (jako je tomu zpravidla u nás), ale komplexně a ve spolupráci s dalšími odborníky, pacientem samotným a jeho rodinnými příslušníky. Jsou nastavena taková opatření, která umožní co nejkvalitnější život v původním prostředí. Tým se komplexně a s cílem najít pro pacienta optimální řešení zabývá skutečnostmi, kterým se v naší psychiatrické praxi zpravidla nedostává dostatečné pozornosti, jako je možnost setrvání v domácím prostředí či volby alternativního prostředí, možnost či omezení v řízení motorových vozidel a podobně.

9.4 Centrum Schönberg

Jde o centrum kompetence pro demenci a paliativní péči AG – společný projekt organizace Tilia, která je jedním z velkých poskytovatelů ústavní péče a Spitexu (organizace zabývající se domácí péčí). Centrum bylo otevřeno v roce 2014. Luca Lo Faso, současný vedoucí centra, který nás v centru provázel, se podílel na jeho koncipování. Koncepce centra vychází z Národní strategie demence, kterou velmi silně podporovala Švýcarská alzheimerovská společnost. Strategie demence je velmi široká, obsahuje různá témata a různé projekty. Centrum může mít přínos pouze pro některé oblasti, kterými se zabývá. Otázka rodinných pečujících je jednou z klíčových oblastí Národní strategie. Studie Gerontologického centra prokázala, že více než polovina pečujících potřebuje podporu a oddech. V současné době jsou služby domácí péče poskytovány Spitexem, a to zpravidla osobami, které se střídají. Je tedy zapotřebí je zkvalitnit, co se týká kvalifikace i personálního zajištění vůbec. V roce 2006 poukázala Švýcarská alzheimerovská společnost na nedostatek denních center, nyní je 124 denních center pro lidi s demencí, ale jejich využití není až takové, jaké by bylo zapotřebí. Existuje mnoho problémů personálních i finančních. Jsou zdůrazněny velké nároky na péči o lidi s demencí: ať jde již o finanční náklady, personál, přizpůsobení potřebám lidí s demencí. Další Národní strategie se zaměřuje na problematiku paliativní péče. I tato strategie je zohledněna v záměru a koncepci Centra Schönberg.

Proč a jakým způsobem je Centrum Schönberg kompetenčním centrem: Snaží se sblížit či spojit ambulantní a pobytové služby. Zadání kantonu je vytvořit model integrované péče. Dalším cílem je vytvořit znalostní centrum, tedy centrum, které se bude zabývat výzkumem a vzděláváním. Za důležité aspekty považují kvalitu péče, etické souvislosti. V oblasti vlastního poskytování služeb je pak důraz na dostatečné zajištění informací, poradenství, flexibilní možnost respitní péče, kompetence v diagnostice a v neposlední řadě i dlouhodobou péči pro lidi s demencí, která bude respektovat jejich specifické potřeby.

Centrum bude také usilovat o vzdělávání a posilování kompetencí a dále zejména o spojení výzkumu a praxe. V péči o lidi s demencí je nutné nejen zajistit profesionální služby. Je to otázka celé společnosti. „Caring community“ se zdá být jedinou možností a optimálním řešením problematiky demence, protože bez zapojení rodin, přátel, sousedů, dobrovolníků a obcí není prakticky možné péči zajistit. I v Centru Schönberg chtějí integrovat teorii s praxí, ambulantní a ústavní služby, pozvednout téma demence na důležité téma v celé společnosti.

V ústavní péči ve Švýcarsku je dosud pro lidi s demencí k dispozici bydlení společné pro lidi s lehčí demencí, skupinové bydlení pro lidi s těžší demencí, ošetrovatelská oáza, gerontopsychiatrické oddělení. To je původní koncept, ale praxe ukazuje na poněkud jiné potřeby, takže je možné, že se situace bude měnit tak, aby lépe

odpovídala lidem s demencí a pokročilostí progresu tohoto syndromu.

Cílem integrovaných služeb ZiBB (integrované poradenství a péče) je podpořit co nejdéle péči v domácím prostředí, a to prostřednictvím **case managementu**, který je spatřován jako centrální prvek celého systému.

Dále se Centrum zabývá výzkumnými projekty, paradigmatem kultury péče. Na výzkumných projektech spolupracuje s univerzitami ve Vídni a Klagenfurtu. Jeden z projektů se týká paliativní péče o lidi s demencí. Druhý projekt se zabývá konceptem RECOVERY, který je etablován v psychiatrii. Jedná se o integrovanou dlouhodobou péči o lidi s demencí. Metoda RECOVERY se snaží člověka pozvednout z role pasivně ošetřovaného či pečovaného do role člověka, který formuluje své potřeby. K tomu je zapotřebí změna kultury péče.

V současné době se vytváří některé vzdělávací programy, většinou jsou zaměřeny na obvyklé formy péče, hledají však nové formy studia, počítají s vytvářením vzdělávacích programů ve spolupráci s univerzitami v Berlíně a Vídni. Potřebují nové formy vzdělávání, převzít nové formy vzdělávání i z jiných odvětví, hledat inovace.

V zařízení samotném je celkem 158 pokojů, 168 klientů (po 27 na oddělení) a k tomu ošetřovatelská oáza; dále 20 míst v denním centru. Zaměstnanců je celkem 300 včetně vzdělávacího a vědeckého oddělení, které má zatím jen 5 zaměstnanců.

9.5 Wirrgarten

Jedná se o denní centrum situované přímo ve městě, název Wirrgarten je mnohoznačný – zní jako populární „Biergarten“ (zahrádka restaurace, kde se popíjí pivo), ale Wirr naznačuje problematiku duševní nemoci. Centrem nás provázela paní Irene Leu, vedoucí denního centra. Nadace Wirrgarten je významně podporována jednou bohatou dámou, což není ani ve Švýcarsku příliš typická situace, neboť bohatí lidé se zpravidla věnují sponzorování kultury nebo sportu. Centrum je zaměřeno nejen na denní péči, ale slouží jako poradenské centrum pro rodinné příslušníky, kteří pečují o pacienty s demencí. Poradenství je zaměřeno nejen na rodinné příslušníky, ale také například na další zúčastněné, včetně sousedů, zaměstnavatelů u mladších lidí apod. Poradenství ve Švýcarsku je poskytováno také Švýcarskou alzheimerovskou společností, která má kontaktní místa v každém kantonu. Kantony nezřizují poradenská místa. Kapacita denního centra je 12 míst a je zaměřeno spíše na poruchy chování u demence, na atypické situace vyžadující řešení, stavy komplikující demenci. Proto je také věkový průměr lidí, kteří sem docházejí, o něco nižší než u lidí v dalších denních stacionářích.

Když před 16 lety začínali, vzdělávání o problematice demencí prakticky neexistovalo, proto se tu začaly organizovat různé vzdělávací aktivity pro rodinné pečující, zaměstnance pracující v péči o pacienty s demencí atd. V současné době se paní Irena věnuje nejvíce vzdělávání a spolupracuje s různými vzdělávacími institucemi, včetně různých vysokých škol v německy mluvící oblasti. Zabývá se také metodou Dementia Care Mapping a strategií péče vycházející z teorie Toma Kitwooda. Dementia Care Mapping je metodou, která vychází z prací Toma Kitwooda, jednoho z britských průkopníků kvalitnější a laskavější péče o lidi s demencí. Při Dementia Care Mapping se sledují v průběhu definovaných období daného dne příznivé a nepříznivé momenty v péči a interakce pracovníků s lidmi s demencí. Toto mapování se poté analyzuje a vznikají z něj doporučení ke zlepšení péče o lidi s demencí. Další součástí aktivit je sociokulturní činnost, jednou za čtrnáct dní pořádají Alzheimer Tanz Café, koncerty, naposledy se uskutečnil koncert sólistů Basilejského symfonického orchestru a podobně.

Denní centrum je situováno v původní „dělnické“ zástavbě, oblasti, kde žili původně řemeslníci. Každý dům tu měl v přízemí dílnu. Jedna z těchto dílen, zámečnictví, slouží nyní jako hlavní multifunkční místnost denního stacionáře. K tomu náleží ještě několik účelových místností jak v přízemí, tak v patře. Ve vlastní kuchyňce si klienti spolu s pracovníky připravují jídlo, společně pak i stolují. Hygienické kontroly zpravidla požadují pouze doložení původu jídla. Specializované terapie (například Snoezelen) nabízejí také proto, že je to určitým zdůvodněním pobytu v denním centru. Nepovažují je však za klíčové, klíčovým prvkem je individualizovaný přístup ke každému člověku s demencí.

Cena za denní pobyt je 120 franků, což představuje pro pečující rodiny relativně velkou částku. Je to také problémem systému, protože pečující rodiny by měly mít podle názoru vedoucí denního centra větší podporu, a to i z toho důvodu, aby mohly péči v domácím prostředí poskytovat déle a bez vlastního vyčerpání, ke kterému v důsledku dlouhodobého poskytování péče dochází.

9.6 Dandelion, centrum pro lidi s demencí v Basileji

Dandelion, mající ve svém znaku uzralé a částečně opadající okvěti pampelišky, je centrum pro pacienty s demencí, rezidenční zařízení pro 72 lidí a denní centrum pro 15 lidí. Na jednotlivých odděleních žije vždy 9 lidí. Jsou tu jednolůžkové pokoje s vlastním WC a umyvadlem, společné prostory a kuchyňka-jídelna, někde i terasa do zahrady. Objekt pochází ze 70. let, tomu je poplatná i architektonická dispozice, která podle ředitelky Regine Dubler již zcela neodpovídá současným požadavkům na péči ve Švýcarsku (a to včetně požadavku na obytnou plochu, která je 18 m² u jednolůžkového pokoje a 32 m² vlastního obytného prostoru u dvoulůžkového pokoje, do čehož nejsou započítány WC a koupelna). V přízemí objektu jsou společné prostory pro klienty, návštěvy i personál. V atriu objektu, respektive prostoru mezi obytnými bloky, je upravená zahrada s fontánkou, sedacími prvky a zastíněním tak, aby ji mohli co nejvíce využívat lidé s demencí a jejich rodiny.

Objekt je uzavřený, což v současné době znamená, že je otevřený ke vstupu, ale dvojí posuvné vstupní dveře na heslo znemožňují lidem s demencí odchod. V současné době však zvažují zpřísnění bezpečnostních opatření, protože se zařízení nachází v bezpečnostně problémové oblasti Basileje a dochází tu v poslední době ke vniknutím cizích lidí a krádežím.

Jednotlivé prostory jsou barevně řešeny, různé detaily umožňují a usnadňují péči. V době kolem oběda, kdy jsme zařízení navštívili, byla většina lidí ve společných prostorách, stoly se společně a úhledně prostíraly. U stolu je „zasedací“ pořádek usnadněn zapsáním jmen na plastové prostírací podložky. Lidé s demencí jedli sami, na ošetřovatelském oddělení jim pomáhali ošetřující. Strava byla někde mechanicky upravená, kašovitá, avšak úhledně servírovaná, maso, kaše i cuketa upraveny zvlášť, ozdobeny na talíři zelenými bylinkami. S jídlem byl podáván nápoj. V zařízení vládla klid a pohoda, jakási samozřejmost vyplývající z kvalifikované a individualizované péče.

Kolegové z Curavivy i paní Dubler objasnili, že v poslední době došlo ve Švýcarsku ke změnám legislativy, které se týkají také péče o lidi s demencí. Eventuální omezení je třeba zvážit v interprofesionálním týmu, který vždy zahrnuje lékaře a další pracovníky (ošetřující, pracovníky domova, sociální pracovníky atd.) a je třeba vzít v úvahu všechny možné alternativy (než je omezení samotné). Tento proces, jeho výsledek a návrh péče je nutné řádně dokumentovat. Toto opatření vedlo ke zlepšení situace a k redukci používání omezovacích prostředků, a to včetně různých pásů a popruhů při sezení, které se dříve používaly velmi často. Co se týká uzavřeného oddělení – tedy prostředí znemožňujícího odchody lidí s demencí – z povahy syndromu demence vyplývá, že jsou tito lidé ohroženi odchodem ze zařízení, a tedy by mohli být vystaveni nebezpečím dopravy, zabloudění atd. Proto jsou zařízení uzavřená, a to různým způsobem – některá používají elektronické zabezpečovací systémy, kódy, automatické dveře či mechanické zabezpečení. V jádru se však jedná o stejný princip a rovnocennou funkci – zabránit tomu, aby lidé s demencí z oddělení bez doprovodu a kontroly odcházeli. Význam různých sofistikovaných systémů je spíše pro veřejnost, která může tyto systémy vnímat lépe než uzavřené dveře a jejich aplikace tak představuje určitou výhodu oproti konkurenci.

V péči se snaží také zavádět psychosociální intervence, nefarmakologické přístupy, měnit prostředí v péči o lidi s demencí. Jedná se o různé metody vycházející z vědeckých poznatků, v tom vidí také jednu z důležitých rolí Národní strategie. Benno Meichtry například uvádí, že biografický model podle Böhma je ve Švýcarsku v současné době považován za nemoderní. Je pro něj překvapivé, že se u nás těší takové oblibě, stejně jako některé jiné metody, které se u nás podle jeho názoru příliš zdůrazňují. Ve Švýcarsku se v péči zpravidla aplikují různé nefarmakologické metody, které se však stávají součástí individualizované péče. Existuje mnoho metod v péči o lidi s demencí, ne všechny však vycházejí z vědeckých důkazů. Proto je důležité, aby pracovníci uměli rozpoznat evidence-based metody, využívat je a prosazovat v praxi. Klade se důraz na minimalizaci používání restriktivních opatření. Stále se tu také diskutuje o tom, zda tito lidé mají žít na samostatných odděleních, nebo být integrováni. V současné době jsou prakticky oba modely možné, záleží na individualizaci.

Závěrem k návštěvě centra Dandelion považují za vhodné poznamenat, že se podle mého názoru jedná o zařízení, jehož organizace a péče jsou dobře zvládnuty, je vytvořeno adekvátní prostředí pro péči. Vládne tu klid, pohoda, jakási samozřejmost a „normálnost“. Zařízení jsme mohli navštívit po krátké domluvě, přestože původně nebyla naše „exkurze“ plánována. To znamená, že jsme se seznámili s provozem, jaký je, bez jakéhokoli „aranžování“ pro případnou návštěvu a bez příprav. Terapeutické prostředí i způsob pečování je podle mého

názoru nepochybně stejně efektivní jako u centra Bethlehemacker, které však veškeré aspekty péče daleko spektakulárněji prezentuje.

9.7 Závěr

Závěrem ke studijní cestě do Švýcarska bych chtěla poznamenat, že seznámení se švýcarskou Národní strategií demence a Národní strategií paliativní péče, způsobem práce organizace CURAVIVA a jednotlivých navštívených zařízení, stejně tak jako odboru zdravotnictví a péče kantonu Bern, bylo velmi poučné. Jednotlivé, zejména pozitivní poznatky jsem shrnula již u dílčích podkapitol. Jako pozitivní aspekty péče o lidi s demencí mohu hodnotit strategické zakotvení této problematiky v rámci Švýcarska a skutečnost, že tato strategie v podstatě uspořádává relativně dostatečnou kapacitu a hustou síť již existujících služeb jak ve zdravotní, tak sociální oblasti. Další významnou skutečností, která se týká zejména poskytování „Pflege“, je právě integrované poskytování ošetrovatelské péče a jiných služeb péče. Tato skutečnost je velmi významná a podle mého názoru se jedná o příklad dobré praxe i pro Českou republiku. Obdobně je to i s evaluací stavu a potřeby péče, kdy se ve Švýcarsku vychází z komplexního několikadenního interprofesionálního sledování péče o lidi s omezenou soběstačností.

V několika ohledech představovala návštěva Švýcarska i jisté překvapení, a to nikoli pozitivní, neboť mám možnost srovnání s návštěvou, kterou jsme se spolupracovníky uskutečnili již v průběhu 90. let, a mám tedy určitou možnost porovnání dřívější a aktuální situace. Tehdy jsme měli možnost navštívit zařízení ve Wetzikonu (jak jsme se při nynější návštěvě dozvěděli, jednalo se o jedno z prvních zařízení rezidenčního typu, které se zaměřilo na problematiku péče o pacienty s demencí), domov Sonnweid (také zaměřený na péči o lidi s demencí) a několik pracovišť Spitexu. Vnímala jsem jako velmi důležité právě propojení činnosti praktických lékařů, domácích služeb zajišťovaných organizací Spitex a spolupráci s rezidenčními zařízeními. Domnívám se, že tento potenciál spolupráce a komunikace, který se mi tehdy jevil jako zřejmý, nebyl ve Švýcarsku za uplynulou dobu využit a došlo k rozvoji sektoru institucionálních služeb a odděleně od toho rozvoji Spitexu, tedy služeb v terénu. Jak jsme se v několika zařízeních dozvěděli, tyto systémy spolu příliš dobře nespolupracují. Důkazem potřeby tuto spolupráci nějak institucionalizovat a zakotvit je právě Centrum Schönberg. Významný je podle mého názoru v tomto kontextu také údaj o značném procentu lidí s demencí (50 %), kteří žijí v institucích. Domnívám se, že i z těchto skutečností bychom si měli vzít určité poučení. Lepší spolupráce terénních a ústavních služeb je podle mého názoru jednou z cest, jak je možné zajistit efektivnější a kvalitnější služby a využít i potenciál pečujících rodin a neformálních struktur. Strategie společnosti přátelské k demenci je strategií, která byla opakovaně zmíněna také v průběhu naší návštěvy. Jedná se i o strategii Alzheimer Europe a Alzheimer's Disease International.

10. Příklady dobré praxe ze Švýcarska

Jiří Horecký

Přístup komplexnosti

Ve většině zařízení bylo znát, že je prověřován každý, zdánlivě i nesouvisející detail, a tyto detaily jsou posléze zasazeny do celkového rámce. Dalo by se říct, že vše, co se v daném zařízení odehrává, má své opodstatnění, svůj důvod. Švýcarští poskytovatelé sociálních služeb si stanovují před zahájením poskytování sociální služby svůj koncept. Nejde přitom o nějaké všeobecné poslání či cíl, kterým by se omezili na poskytování kvalitních služeb a s různými obměnami by byl stejný nebo podobný u všech. Nejde ale také pouze o ošetrovatelské koncepty. Jde o celkové pojetí poskytované služby, vizi, která určuje všechny ostatní procesy. Přenos této praxe do České republiky by však vyžadoval radikální změnu paradigmatu péče o osoby s demencí v pobytových zařízeních sociálních služeb v ČR.

Přístup inovativnosti

Přístup inovativnosti lze popsat tak, že všechny struktury nastavené z procesů a stávajících konceptů mají svá časová omezení. Švýcarští poskytovatelé přemýšlejí, a v dobrém slova smyslu zpochybňují, stávající stav za účelem se posunout dál, nalézat nové přístupy, postupy a přemýšlet o nových výzvách.

Vytváření virtuální reality

Vyváření virtuální reality, tj. zdání něčeho, co ve skutečnosti není tím, co osoby trpící demencí vnímají jako reálné, je občas předmětem různých diskuzí, a to jak v České republice, tak ve Švýcarsku. Vytváření těchto „zdání“ v domovech má za úkol zejména zklidnění osob trpících demencí, a to vytvořením asociací s existujícími vzpomínkami, respektive příjemnými vzpomínkami. Dá se také říci, že poskytovatel aktivně vytváří prostor a prostředí představám, které nemají spojitost s realitou. Zmíněné diskuze a rozporuplné reakce akcentují etická dilemata a používají argumenty, že jde o uvádění v omyl, „šálení“ apod. Je však nutné uvést, že většina poskytovatelů má s takovými koncepty, resp. jejichmi prvky zkušenosti, vítají je, zavádějí je a lze se také domnívat, že je tomu tak z toho důvodu, že v rámci každodenní péče vidí a vnímají pozitivní dopady těchto aktivit.

V praxi se jedná o již rozšířené autobusové či vlakové zastávky s imitací laviček, jízdnicích řádů, ale i zvuků příjezdějících a odjíždějících vlaků. Dále je to použití LCD obrazovek s vysokým rozlišením, na kterých se pouští imitace akvária, krby a krbového ohně nebo výhledu z okna, jehož výhled se v pravidelných sekvencích mění.

Diskuzi vyvolal ve Švýcarsku virtuální vlak v centru Bethlehemacker. Jde o vytvoření vlakového kupé, včetně autentických sedaček a okénka, za kterým je opět umístěna LCD obrazovka s vysokým rozlišením, ve které je pouštěn film, resp. cesta vlakem mezi dvěma místními obcemi (v zimní a v letní variantě).

Práce s barvami, světlem a stíny

Používání barev v pobytových zařízeních sociálních služeb je již běžným standardem i v České republice. Kromě zvolení jiné barvy než bílé např. na určitém podlaží je možné přemýšlet o celkovém konceptu, tj. možnosti barevných světel a osvětlení v určitých částech budovy (odpočinkový koutek, společenská místnost). Dále je vhodné pracovat s barvami systematicky, používat je v jednotlivých prostorách podle reakce osob trpících demencí na jednotlivé odstíny (dle dosavadních znalostí), a to nejen na stěnách.

Práce se světly je neméně důležitá. Ve Švýcarsku se zdůrazňuje, že se má světlo blížit co nejvíce dennímu světlu, které eliminuje stíny a je prevencí „depresivního syndromu“.

Zajímavým poznatkem bylo vyřešení barvy podlahy u výtahů opět v centru Bethlehemacker. Zdejší personál měl problém s klienty, kteří přivolávali výtah či se snažili otevřít dveře blízko výtahu. Celkové barevné provedení podlah je béžové, u výtahu a u dveří je však černý okraj, široký zhruba 30–40 cm. Osoby trpící demencí mají nyní strach přejít přes tuto část podlahy, vnímají ho jako konec cesty, nerovnosti, příkop atp. Je tak vytvořena optická bariéra.

Technologie

Používání moderních, zvláště pak asistivních technologií je zcela běžné i v českém prostředí. Přesto stojí některé modely či prvky za zmínku.

Zajímavé a ve Švýcarsku rozšířené je otevírání dveří (většinou při výstupu ze zařízení), ke kterému je potřeba nějaká jednoduchá matematická kombinace. Např. při východu musíte zadat aktuální rok + 1. Každý zdravý člověk tuto „překážku“ zvládne, osoba trpící demencí již nikoliv.

V některých zařízeních využívají elektronický systém signalizace, který reaguje na různé hlasové projevy klienta a v případě potřeby informuje personál. Zařízení je schopno rozlišit agresivní křik od běžných výkřiků a jiných zvuků. Někde je zařízení natolik sofistikované, že nejprve monitoruje a zaznamenává hlasové projevy klientů, a poté již upozorňuje pouze na odchylky.

Další oblastí je monitorování pohybů klienta. Pomínu-li různá čidla a hlásiče indikující např. vlhkost na lůžku, opuštění lůžka či pokoje, pak jde ještě o monitoring klientů ve volném prostoru, konkrétně v zahradě zařízení. V jednom zařízení dostávají klienti po nástupu náramkové hodinky, které kromě klasické časové funkce upozorňují personál v případě, že daná osoba opustila zahradu či zařízení. Příslušnému pracovníkovi začne systém hlásit, kdo a ve kterých prostorách zařízení opouští. Zařízení je tedy vždy otevřené a klienti nejsou konfrontováni se „zavřenými dveřmi“, což u nich může často vyvolat agresivní chování.

Etické komise

V několika zařízeních jsme narazili na existenci tzv. etických komisí. Etická komise řeší, resp. může řešit řadu každodenních situací osob trpících demencí (střety zájmů, rozpoznání a respektování vůle klienta apod.) či etických problémů.

Členy etické komise zpravidla mohou být např. lékař, rodinný příslušník, opatrovník, ředitel zařízení, vrchní sestra/zdravotnický pracovník, sociální pracovník, klíčový pracovník, pečovatel, psychoterapeut, aktivizační pracovník, zástupce zřizovatele. Složení etické komise musí vždy odpovídat charakteru a závažnosti řešení situace.

Zaměstnance poskytovatele doplňují externí odborníci spolupracující s poskytovatelem, například psycholog, psychiatr, terapeut nebo odborník jiného poskytovatele sociální služby. Tyto osoby mají především přínést pohled zvenčí na řešený problém nebo dilema, který není ovlivněn zvyklostmi v zařízení nebo přístupy či osobními vztahy k uživateli. Je tedy účelné, aby alespoň jedním členem etické komise byla osoba, která není v pracovně právním vztahu s poskytovatelem.

Do etické komise je taktéž přizván rodinný příslušník uživatele nebo jeho opatrovník, a to především proto, aby bylo do řešeného problému vneseno dostatečné množství informací o uživateli sociálních služeb. Rodinný příslušník tak má možnost napřímo ovlivnit metody práce s blízkým nebo doplnit chybějící, avšak pro rozhodování důležité informace.

Signifikantní je také důraz vzdělávacích programů zaměřených na etiku, což odpovídá více evropské tradici, než jak je tomu u nás. V ČR je obdobné téma zúženo pouze na téma práv klienta a etický rozměr není tak explicitní. V evropském prostoru však existuje tradice filozofie etiky a dosud zde docela dobře fungují etické argumenty a apely.

Komunikace s rodinou

Velký důraz je kladen na komunikaci, a to zejména s rodinnými příslušníky klienta. Výjimkou není např. evaluační rozhovor s rodinou klienta 6 měsíců po nástupu do zařízení (rozhovoru bývají účastni klíčoví pracovníci a vedení domova, řeší, jak se členům rodiny daří po odchodu jejich člena, často řeší výčitky svědomí s umístěním rodinného příslušníka do zařízení, spokojenost s péčí, nastavením služby, financováním apod.).

Samozřejmostí je vstupní analytický pohovor v domácím prostředí (kde jsou předány informace o zařízení a o klientovi).

Párkrát ročně pak probíhají další setkání s rodinami, pořádají pro ně workshopy a přednášky na téma, které rodiny zvolí.

Další drobné příklady

Místnost pro rozloučení, kde jsou otisky rukou zemřelých klientů v plastické hmotě, má vysoký emoční náboj. Jedná se o prostor pro vyrovnání se s faktem smrti. Ve Švýcarsku lze ocenit vysokou kulturu celého procesu rozloučení se s životem a vyrovnávání se smrtí, což je důležité nejen pro příbuzné, ale také pro personál.

Řada aktivit je provázána s prací se všemi smysly. V jednom zařízení nabízejí klientům lůžko s „vlnobitím“. Jde o klasickou relaxační vanu doprovázenou hudbou a projekcí např. moře či zvířat.

Bezpodmínečná láska znamená akceptovat člověka takového, jaký je, se všemi jeho potřebami. Není nutné ho přesvědčovat, že nemá pravdu. Nejsou pevně stanovena žádná pravidla, vše se přizpůsobuje člověku.

Časté je také spojení osob trpících demencí a dětí (v různých soutěžích, hrách či dalších aktivitách ve spojení dvojic: jeden dospělý – jedno dítě).

11. ROZUMĚT DEMENCI

– příručka pro praxi

V roce 2011 vznikl ve Švýcarsku ojedinělý projekt společností SeneCura, Senevita a domova Sonnweid, jehož cílem bylo nejen zvýšit kvalitu poskytovaných sociálních služeb v pobytových zařízeních pro osoby trpící demencí, ale vytvořit i praktickou příručku pro konkrétní situace a řešení. Na téměř 400 stránkách mohou jednotliví pracovníci v sociálních službách najít informace s rozdělením do základních oblastí.

Kapitola Kvalita života

Otevírá otázky, jak lze kvalitu života u osob trpících demencí definovat, měřit, zvyšovat a jak vnímat subjektivní nebo i měnící se individuální vnímání kvality života každého jednotlivce. Demence však neovlivňuje pouze kvalitu života nemocných, ale i jejich okolí.

Kapitola Vědění

Tato kapitola přináší základní informace o demenci z medicínského, ale i sociálního pohledu. Dále přináší informace o možných souvisejících onemocněních, úlohách poradenských center, Memory Clinic a řadu dalších informací.

Kapitola Biografie

Práce s biografií klienta v různých modelech se stala již automatickou součástí péče o klienta trpícího demencí. Příručka se věnuje tomuto přístupu ve Švýcarsku, ale i v Rakousku a Německu a popisuje i konkrétní přínosy a výsledky práce s biografií ve zvyšování kvality života klienta, ale i jeho vztahů s okolím.

Formy života a bydlení

Akcent na architektonické řešení a uspořádání bydlení je ve Švýcarsku běžný, ale v našem prostředí je stále ještě trochu opomíjeným faktorem. Architektonická řešení a praktická uspořádání se zabývají hlavně působením na smysly (světlo, barvy, zvuky, vjemy, vůně apod.), a to nejen ve vnitřních prostorech domova, ale i v zahradách. Uváděny jsou např. smyslové zahrady, ale i systémy nekonečných cest či akcent na detaily, jako např. co je a není ze zahrady vidět, jaký typ oplocení zahrada má apod. Relativní novinkou je ve Švýcarsku tzv. koncept ošetřovatelských oáz, kdy je předem definovaná menší skupinka klientů na jednom velkém pokoji (převážně nebo zcela upoutaní na lůžko), a to nejen během dne, ale i v noci.

Kapitola Nabídka péče

Oblast péče je klíčovým a jedním z hlavních determinantů v hodnocení kvality života osob trpících demencí. Tato kapitola příručky se zabývá individualizovanou péčí, prací s agresivitou, komunikací s klientem, schopností učit se, síťováním a propojováním jednotlivých prvků atd. Součástí je i představení rozšířených

a osvědčených modelů, jako jsou bazální stimulace, validace podle Naomi Feil nebo paliativní péče u osob trpících demencí. Pozornost je věnována i etickým problémům a dilematům, které se často vyskytují v práci a péči o tuto cílovou skupinu.

Kapitola Aktivizace

Příručka se zaměřuje na dílčí aktivity a jejich možné využití, jako je malování, vytváření různých děl a výrobků, hudba, zpěv, vnímání vůní, uspořádání běžného dne, skupinová práce, jídlo, ale i humor v každodenní práci. Důležitá je i oblast tzv. přetěžování klientů, stanovení rozumné hranice a řešení možných důsledků.

Kapitola Institucionální témata

Tato kapitola je zaměřena na poskytovatele a věnuje se tématům, jako je celková firemní kultura, komunikace se zaměstnanci, vzdělávání zaměstnanců a supervize, ale i praktické otázky kdy a do jaké míry tolerovat „nepořádek“ a vyžadovat „pořádek a řád“. Opomíjená není ani problematika dobrovolnictví u osob trpících demencí.

Zdroje

HAUKE M. Pečovatelská služba a individuální plánování. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011, 135 s., ISBN 978-80-247-3849-9.

HOLMEROVÁ I. a kolektiv. Dlouhodobá péče - geriatrické aspekty a kvalita. Praha: Grada Publishing, a. s., 2015, 176 s. ISBN: 978-80-247-5439-0 .

KALVACH Z., ČELEDOVÁ L., HOLMEROVÁ I., JIRÁK R., ZAVÁZALOVÁ H., WIJA P. a kolektiv. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada Publishing, a. s., 2012, 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

MALÍKOVÁ E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010, 328 s., ISBN 978-F80-247-3148-3.

Kolektiv autorů Pečovatelská služba v České republice. Tábor: APSS ČR, 2010, ISBN 978-80-904668-0-7.

<http://wko.at/statistik/eu/europa-lebenserwartung.pdf>.

Návrh řešení koncepce problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v ČR, MZ ČR 2012.

Nationale Demenzstrategie 2014–2017, Bundesamt für Gesundheit 2013.

Zpráva o stavu demence 2014, Česká alzheimerovská společnost 2015.

ISBN: 978-80-906320-2-8



9 788090 632028