



Univerzita Palackého v Olomouci Cyrilometodějská teologická fakulta

Katedra Institut sociálního zdraví

Diplomová práce

2023 Mária Krajčovičová

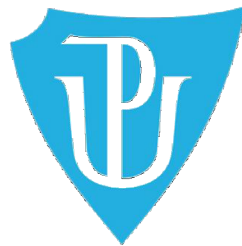


Univerzita Palackého v Olomouci Cyrilometodějská teologická fakulta

Katedra Institut sociálního zdraví

Aplikovaná psychoterapie a inovace v sociální práci

Mária Krajčovičová



Komparácia sociálnej podpory rodiny pacientov s demenciou v Českej a Slovenskej republike – príprava odbornej prednášky

Diplomová práce

vedoucí práce: prof. Ing. Mgr. et Mgr. Peter Tavel, Ph.D.



Prehlasujem, že som prácu vypracovala samostatne a všetky použité informačné zdroje som uviedla v zozname literatúry.

.....

Mária Krajčovičová



Pod'akovanie

Ďakujem **prof. Ing. Mgr. et Mgr. Petrovi Tavelovi, Ph.D.**, vedúcemu diplomovej práce, za jeho cenné poznatky, rady a odborné pripomienky, ktorými mi bol nápomocný pri tvorbe tejto práce. Za podnetné informácie ďakujem aj Centru MEMORY v Bratislave, občianskemu združeniu Spoločnosť z Banskej Bystrice, za čas a ochotu pri poskytovaní informácií Ústrediu práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky, Generálnému ředitelství Úřadu práce České republiky a sociálnej pracovníčke Charity Kyjov. V neposlednom rade aj môjmu manželovi a deťom Janke a Filipovi za ich podporu počas celého štúdia a pri písaní záverečnej práce, za postaranie sa o deti v pestúnskej starostlivosti, v čase keď som sa venovala štúdiu. Bez pomoci všetkých spomenutých by som sa ani štúdiom ani touto prácou nemohla tak dlhodobo a so záujmom zaoberať.



Anotácia

Diplomová práca opisuje problematiku demencie z pohľadu rodiny, ktorá sa o chorého stará. Prehľadne skúma možnosti vyžitia pre samotného pacienta a aj podmienky sociálnej podpory pre jeho rodinu. Zaujíma sa o súčasný stav v Českej a Slovenskej republike separátne, a následne vyhodnocuje a porovnáva rozdiely. V závere sú k dispozícii podnetné návrhy do praxe, na elimináciu problémov, ktoré sme zistili. Samostatnú kapitolu tvoria zaujímavosti a poznatky k odbornej prednáške.

Kľúčové slová: demencia, choroba, rodina, sociálna pomoc, podporné skupiny, odborná prednáška

Abstract

This thesis provides essential information about the dementia disease from the perspective of a family that care for their relative – the patient with dementia. At the same time, it studies possibilities of activities for the patient and the options of social support for their family. Analysing these two issues, it separately explores and researches status in the Czech and the Slovak Republic at the present. Afterwards it compares the differences which we found out. At the end there are useful proposals for use in practice. The final part describes interesting points about the scholarly presentation.

Key words:

dementia, disease, family, social support, support groups, scholarly presentation



Obsah:

	ÚVOD	8
1	DIAGNÓZA DEMENCIE	11
1.1	Pamäť	11
1.2	Porucha pamäti	12
1.3	Diferenciálna diagnostika, vyšetrenie pacienta s demenciou, klinické delenie demencií	14
1.4	Mierna kognitívna porucha	17
1.5	Klinický obraz, pomocné vyšetrenia	18
1.6	Alzheimerova choroba	18
1.7	Vaskulárna demencia	19
1.8	Demencia s Lewyho telieskami	19
1.9	Frontotemporálne demencie	19
1.10	Priebeh demencie	20
1.10.1	Prvé štádium: ľahká demencia	21
1.10.2	Druhé štádium: stredná demencia	21
1.10.3	Tretie štádium: ťažká demencia	22
1.10.4	Štvrté štádium: terminálne	22
2	STAROSTLIVOSŤ RODINY O PACIENTA	23
2.1	Podpora rodiny starajúcej sa o svojho člena s demenciou	23
2.2	Možnosti pre osobu s demenciou a jeho rodinu	24
2.3	Správne informácie	26
2.4	Podporná skupina pre rodinu i pre pacienta	27
2.5	Poradenstvo	28
2.6	Respite ako odpočinok	28
2.7	Multikomponentálne intervencie	29



2.8	Alternatívne terapie a iné možnosti	29
2.8.1	Záhradná terapia	29
2.8.2	Reminiscenčná terapia	30
2.8.3	Arteterapia	30
2.9	Denné centrá pre osoby s demenciou	30
3	SOCIÁLNA PODPORA PACIENTA S DEMENCIOU	32
3.1	Sociálna podpora v Českej republike	33
3.1.1	Starostlivosť v domácom prostredí, príspevok na starostlivosť	33
3.1.2	Povinnosti žiadateľa a oprávnenej osoby	36
3.1.3	Jednanie o príspevku	38
3.1.4	Kontrola využívania príspevku	39
3.2	Sociálna podpora v Slovenskej republike	40
3.2.1	Náležitosti príspevku na opatrovanie	42
3.2.2	Výška príspevku na opatrovanie	44
3.3	Možnosti využitia získaného príspevku	44
4	SOCIÁLNA PODPORA RODINY PACIENTA S DEMENCIOU	45
4.1	Dôležitosť, význam, ciele a náležitosti podporných skupín	46
4.1.1	Typy podporných skupín	48
4.1.2	Praktické náležitosti	48
4.2	Podporná terapia pre starajúcich sa	50
4.3	Odľahčovacia služba	51
4.4	Psychosociálne intervencie	51
5	ZISTENÉ ROZDIELY, VÝHODY, NEVÝHODY, ODPORÚČANIA	52
5.1	Rozdiely v možnostiach pre pacienta	52
5.2	Rozdiely pre opatrovateľov a rodinu pacienta	52
5.3	Záver	61



6	ODBORNÁ PREDNÁŠKA	63
6.1	Časti odbornej prednášky	63
6.2	Úvod prednášky	64
6.3	Osnova prednášky	64
6.4	Hlavná časť prednášky	65
6.5	Záver odbornej prednášky	66

Úvod

Počet ľudí s diagnózou demencie je v súčasnosti tak vysoký, aký v histórii ešte nikdy nebol. Napriek tomu sa informácie o prístupoch k človeku s demenciou, zvlášť nefarmakologických, v našich publikáciách objavujú veľmi málo a odborníci sa tejto oblasti venujú nedostatočne. Preto vnímame zaoberanie sa samotnou témou demencie a sociálnej podpory rodiny starajúcej sa o chorého ako nevyhnutné. Ako je rozumné myslieť na starobu či chorobu vo veku, keď je ešte ďaleko, tak je rozumné uvažovať nad týmito problémami v spoločnosti s predstihom, v čase keď sú ešte ľahšie riešiteľné (Tavel, 2009, s. 12-13). Komparáciu, na tému podpory v nezamestnanosti v Českej a Slovenskej republike, sme robili i v predchádzajúcej bakalárskej práci. Zistené rozdiely môžu aj pri našej aktuálnej komparácii pomôcť týmto krajinám sa medzi sebou navzájom inšpirovať, vylepšiť a obohatiť, či spolupracovať veď sú to susedné krajiny so spoločnou históriou.

Hoci na trhu existuje kniha s názvom Sociální péče o seniory od Hrozenskej a Dvořáčkovéj, opisujúca súčasný systém zdravotnej a sociálnej starostlivosti o seniorov v Českej republike a Slovenskej republike, jej cieľom nebolo navzájom tieto systémy porovnávať. Cennou publikáciou je i článok v časopise Psychiatrie pro praxi s názvom - Nové pohledy na léčbu demence. Tu už je významne podporovaná nefarmakologická liečba ako jeden z pilierov pri liečbe demencie a zároveň osoba, ktorá sa stará o pacienta s demenciou je tu nazvaná ako neviditeľný druhý pacient (Bajtošová, Holmerová, Rusina, 2021). Komparáciu sociálnej podpory rodiny, do hĺbky zameranú na pacientov s demenciou, medzi Českou a Slovenskou republikou sme nenašli. Naša práca obsahuje asi 30 percent zahraničných zdrojov, nakoľko v zahraničí je množstvo kvalitných informácií na tému podpory rodiny v prípade domácej starostlivosti. Sociálna podpora rodín je tam zároveň rozvinutejšia a dostupnejšia ako v Českej či Slovenskej republike.

Cieľom práce bolo preto zistiť aký je momentálny stav sociálnej podpory pre rodinu starajúcu sa o pacienta s demenciou ale i pre samotného pacienta v Českej a Slovenskej republike. Následne porovnať, v ktorej krajine je viac možností, kde je sociálna podpora dostupnejšia, aký je postup pri vybavovaní. Pokúsili sme sa tiež navrhnúť, čo by v tej ktorej krajine mohlo lepšie fungovať.

Okrem toho, zmyslom diplomovej práce bolo aj hlbšie vniknutie do sveta rodín a osôb s demenciou a pokusom o destigmatizáciu tohto ochorenia. Po absolvovaní moderného štúdia programu aplikovanej psychoterapie v Olomouci a inovácií v sociálnej práci, sa naša práca pokúsila inovatívne prinášať nápady k zlepšeniu sveta ľudí s demenciou, aby okrem farmakologickej liečby v rámci bio-psycho-sociálne-spirituálneho vnímania osoby mohli byť do liečby pacienta zaradené aj iné pomocné prvky, napríklad podporné skupinové sedenia osôb, skupinové či individuálne terapeutické stretnutia, či ďalšie inovatívne nápady rozpísané v závere práce.

V čase absolvovania povinných praxí v centre duševného zdravia, nás prekvapil prístup niektorých pacientov s duševnou chorobou, ktorí tam vnímali program, stretnutia a debaty ako svet bezpečia a pohody. Svet tam vonku, náš bežný život, však vnímali ináč a jedna z užívateľov dokonca vtipne poznamenala, že „toto tu nie je blázinec, tam vonku je blázinec“. Boli to momenty, kedy nás nutne napadlo, ako je možné, že svet ľudí s duševným ochorením môže byť pre nich oveľa príjemnejší, ako svet zdravých. A čo ľudia s demenciou? Ich vnútorný, uzatvorený svet, je často spojený okrem smútku a nechápania situácie aj s preveľkým zmätkom. Nezaslúžili by si aj oni poznať „lepší svet“ a cítiť sa v ňom bezpečne? Oni už sami veľa nezmôžu, a preto nemohli by sme im pomôcť vybudovať tento prístav, aby i oni mohli spoločne pocítiť, že sú v takejto skupine „na jednej lodi“? Potom i stav rodiny pacienta s demenciou by bol spokojnejší, nakoľko samotná rodina je tiež preveľmi ovplyvnená tým ako žije jej najslabší člen.

Vlastnou inšpiráciou k napísaniu tejto práce, týkajúcej sa problematiky sociálnej podpory rodiny pacienta s demenciou bola aj osobná skúsenosť počas doopatrovania matky s Alzheimerovou chorobou a otca s demenciou a nenaplnená túžba aby i oni mohli zažívať pekné chvíle v rámci svojho postihnutia, napríklad pri stretnutiach s podobnými ľuďmi, či možnosťou porozprávať sa s odborníkmi aspoň v skorších štádiách choroby. Dovoľme si prirovnať človeka trpiaceho demenciou za tak krehkého a zraniteľného ako sú napríklad deti z rôzneho problematického prostredia, ktoré neskôr vyrastajú v pestúnskych rodinách. Tak isto ako príslušné orgány či inštitúcie v oboch krajinách pochopili, že deti ktoré vyrastajú v pestúnskych či adoptívnych rodinách svoj život prežijú oveľa bezpečnejšie, socializovanejšie a spokojnejšie ako keď vyrastajú v detských domovoch, inštitúciách - tak je potrebné tento poznatok aplikovať aj

u ďalších skupín obyvateľstva – seniorov, či ľudí s duševným ochorením. Je fascinujúce sledovať deti prosperujúce v pestúnskych rodinách a ich úspechy, ale netreba zabúdať ani na populáciu starších, ktorej takisto vdáčíme za súčasný pokrok. Stredná generácia by tiež mohla vidieť, že o zopár rokov kedy sa ich bude staroba, či demencia tiež týkať, má predsa mnoho krásnych možností dožiť svoj život čo možno najplnohodnotnejšie. Nemalo by sa stávať, že jedinou možnosťou dožitia svojho mnohokrát bohato prežitého života je byť „odložený“ v nejakom domove seniorov.

V diplomovej práci sme sa snažili o zrozumiteľnosť a postupnosť s logickou nadväznosťou na každú časť. Je rozdelená do šiestich kapitol, kde sa na začiatku venuje samotnej diagnóze demencie s podkapitolami so stručným prehľadom o jednotlivých formách a priebehu demencie. Druhá kapitola je venovaná starostlivosti rodiny o pacienta s podkapitolami o možnostiach ktoré sú u nás či vo svete. Nasleduje kapitola o samotnej sociálnej podpore pacienta s demenciou a ďalej o podpore rodiny tohto pacienta. Samozrejmosťou je kapitola o zistených výhodách, nevýhodách a celkových rozdieloch či odporučeniami. Samostatnú kapitolu tvorí opis prípravy odbornej prednášky ako takej – informácie, charakteristiky a zaujímavosti.

1 Diagnóza demencie

Každý človek je jedinečnou osobou. Samotná informácia, že človek trpí demenciou je nedostatočná. Existuje viacero typov neurologických poškodení pri demencii. Existuje aj niekoľko typov či podtypov demencie. Existujú takisto rôzne fázy tohto ochorenia a do jeho priebehu vstupujú náhodné prvky. Odlišnosti sú aj v osobných záujmoch, preferenciách, prioritách, vlastnostiach či životnom štýle pacienta. I skúsenosti, ktoré ho ovplyvňovali a formovali jeho život počas mnohých rokov sú rozličné (Woods, 2006, s. 313). Pri diagnostikovaní demencie je dôležitá opatrnosť a rozvážnosť. Je potrebné rozlišovať medzi demenciou a zabúdaním, ktoré k normálnemu starnutiu patrí. Bežné poruchy pamäti pri starnutí sú ľahké a nenarušujú dennú činnosť. I príznaky zneužívania alkoholu sa môžu nesprávne zamieňať s demenciou (Shahpesandy, 2005, s. 40–47).

Ľudský mozog je nepochybne tým najkomplexnejším útvarom, ktorý je v prírode vytvorený. Je v ňom zhromaždená múdrosť a poznanie za päť-sto miliónov rokov evolúcie. Ak sa budeme mozgom zaoberať detailnejšie, neubránime sa úctivému úžasu. Komplexita mozgu presahuje všetky naše predstavy. Už len počet stavebných prvkov je závažný. Množstvo neurónov sa odhaduje asi na sto miliárd. Je veľmi nepravdepodobné, že by evolúcia svojou prísnu selekciou dopustila, aby sme mali v mozgu tak obrovské množstvo buniek, ak by neplnili nejakú veľmi dôležitú funkciu, zvlášť ak počítame s malým priestorom ktorý je mozgu k dispozícii. Každý neurón je spojený s ostatnými neurónmi pomocou zhruba desaťtisícich synapsií. Okrem toho každá nervová bunka obsahuje vo svojom bunečnom jadre celú dedičnú výbavu daného jedinca. Jedná sa asi o 35 tisíc génov. Proces, ktorým sa v priebehu ontogenézy naša genetická výbava cielene aktivuje a exprimuje tak, že sa každá nervová bunka dostane presne na miesto kde má byť aby tam mohla plniť svoju funkciu, je niečo naozaj fascinujúce (Grawe, 2004, s. 46-47).

1.1 Pamäť

Pamäť má tri fázy. V prvej fáze – kódovanie sa fakty ukladajú do pamäti. K tomu dochádza napríklad pri štúdiu. V druhej fáze, ktorú označujeme ako uchovávanie sú

fakty uskladnené v pamäti. Tretia fáza – vybavovanie nastáva pri snahe spomenúť si na uložené fakty, napríklad pri skúške. Pamäť môže zlyhať v ktorejkoľvek z týchto troch fáz. Z hľadiska časových parametrov rozlišujeme tri typy pamäti: senzorickú pamäť - uchováva informácie po dobu niekoľkých stoviek milisekúnd, krátkodobú označovanú aj ako pracovnú pamäť - ukladá informácie po dobu niekoľkých sekúnd a dlhodobú pamäť, ktorá funguje v rámci minút až rokov. Rozlišujeme aj explicitnú – vedomú pamäť a implicitnú – nevedomú pamäť. (Nolen-Hoeksama, Fredrickson, Loftus, Wagenaar, 2012, s. 321–323).

1.2 Porucha pamäti

K starnutiu populácie sa pripisuje i častejší výskyt porúch pamäti a ďalších kognitívnych funkcií hlavne myslenia, úsudku, reči a priestorovej predstavivosti. Tieto poruchy vznikajú ako dôsledok ochorenia mozgu. Sú nezvratné a prehlbujú sa. Demencia postihuje všetky skupiny ľudí po celom svete. Nie je súčasťou bežného starnutia ale prejavom choroby. I keď je u starších ľudí častejšia, môže postihnúť i mladšie ročníky. Demenciu spôsobuje rad ochorení, ktoré ničia nervové bunky a poškadzujú mozog. Často sa používa aj pojem starecká demencia, čo však nie je správny pojem ani konkrétna diagnóza. Ak sa jedná o mierne problémy, ktoré jedina v podstate nijako výrazne neobmedzujú, hovoríme o miernej kognitívnej poruche, nie o demencii. O demencii hovoríme až vo chvíli, keď chorý trpí problémami obmedzujúcimi každodenný život (NZIP, n.d.a).

Demenciou rozumieme získanú progresívnu poruchu pamäti a ďalších kognitívnych funkcií, ktoré spôsobujú významné obmedzenie sociálnych, pracovných a bežných denných aktivít. Okrem kognitívnych zmien sa môžu objaviť aj poruchy správania, nálad. K najčastejším patrí podráždenosť, agresivita alebo naopak apatia, úzkosť, depresia, takisto poruchy spánku, príjmu potravy či sexuálneho správania (Rektorová, 2009). Demencia je teda syndróm, súbor príznakov, ktoré sú spôsobené spravidla nevratným poškodením mozgu, hlavne mozgovej kôry. Najčastejšou príčinou syndrómu demencie sú neurodegeneratívne ochorenia, hlavne Alzheimerova choroba, ale tiež napríklad frontotemporálne lobárne degenerácie, Parkinsonova choroba a ďalšie vzácnejšie ochorenia. Druhou najčastejšou príčinou syndrómu demencie sú cievne

zmeny a poruchy krvného zásobovania mozgu (Holmerová, Jurašková, Müllerová, Vidovičová, Habrcetlová, Matoulek, Suchá, Šimůnková, 2014, s. 65).

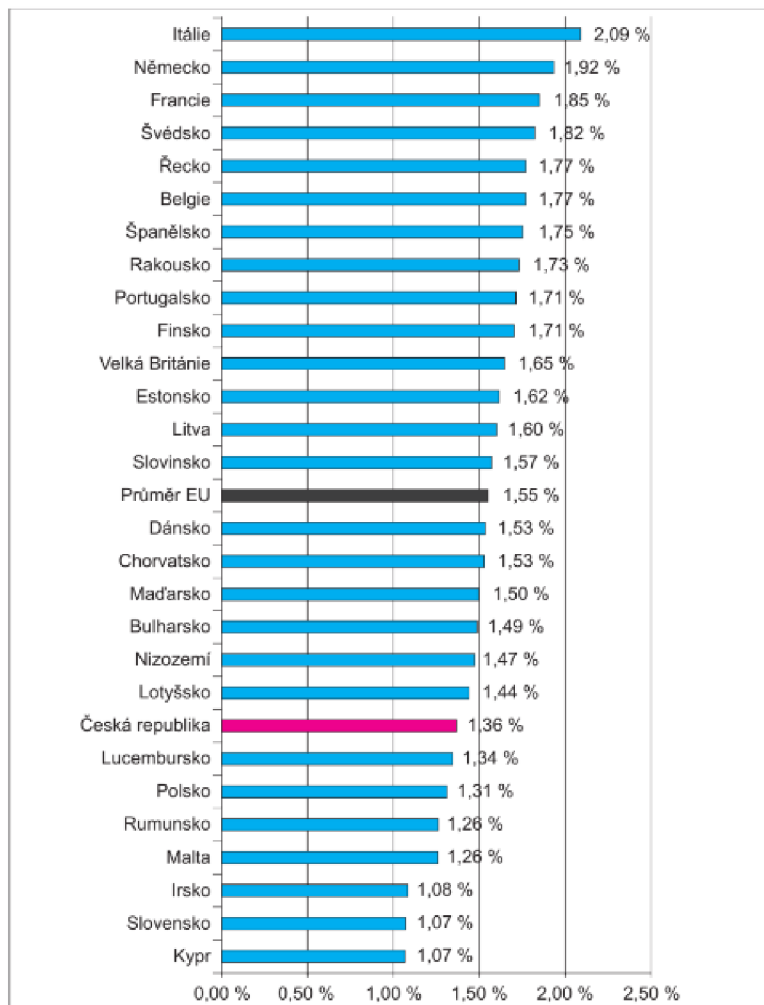
Medzi potvrdené rizikové faktory demencie všeobecne počítame vyšší vek, ženské pohlavie, pozitívnu rodinnú anamnézu, vysoký krvný tlak, opakované traumy na mozgu, genetické faktory a nižšiu úroveň vzdelania. Ďalšími rizikovými faktormi môžu byť anamnéza infarktu myokardu, cievne rizikové faktory, depresie či poruchy osobnosti a nevhodné socio-ekonomické zázemie (Rektorová, 2009).

Demencia je syndróm spôsobený chorobou mozgu, obvykle chronickej alebo progresívnej povahy, kde dochádza k porušeniu mnoho vyšších nervových kortikálnych funkcií, ku ktorým patrí pamäť, myslenie, orientácia, chápanie, počítanie, schopnosť učenia sa, jazyk a úsudok. Vedomie nie je zastrené. Obvykle je pridružené narušené chápanie a príležitostne mu predchádza aj zhoršenie emočnej kontroly, sociálneho správania alebo motivácie. Tento syndróm sa vyskytuje u Alzheimerovej choroby, cerebrovaskulárneho ochorenia a u iných stavov, ktoré primárne postihujú mozog (MKN-10).

Pre diagnózu demencie musia byť splnené tieto body: 1. porucha pamäti, 2. jeden z príznakov – afázie, apraxie, agnózie, či porucha exekutívnych funkcií; 3. zníženie úrovne výkonnosti; 4. obmedzenie pracovných a sociálnych aktivít v dôsledku vyššie popísaných zmien. I keď tieto kritéria sú relatívne spoľahlivé pre diagnostiku Alzheimerovej choroby, nehodia sa napríklad pre skorú diagnostiku frontotemporálnej demencie, keďže včasný amnestický syndróm nie je charakteristický pre toto ochorenie (Rektorová, 2009).

Obrázok 1

Prevalencia demencie v štátoch EU



Zdroj: (Zvěřová, 2017, s. 20)

1.3 Diferenciálna diagnostika, vyšetrenie pacienta s demenciou, klinické delenie demencií

V rámci diferenciálnej diagnostiky je nutné od demencie odlíšiť hlavne tzv. pseudodemenciu pri depresii - poruchy pozornosti, znížené výkonové tempo, poruchy pamäti a exekutívnych funkcií, sú časté u pacienta s prebiehajúcou depresívnou epizódou a ďalej delírium. Jedná sa o kvalitatívnu poruchu vedomia, ktorá sa rozvíja behom krátkeho časového obdobia a v priebehu dňa stav fluktuuje. Je charakterizované globálnymi poruchami mozgovej funkcie – poruchy vigility a prebúdzacích reakcií s poruchou pozornosti a sústredenia, tak aj narušeným vnímaním a myslením,

poruchami správania, dezorientáciou, kognitívnymi poruchami a možné sú i pohybové príznaky – tras a dysartrie, či autonómne poruchy – potenie, zrýchlenie srdečnej akcie.

Vyšetrenie možnej príčiny demencie je veľmi dôležité prinajmenšom z troch hľadísk. Až 10% všetkých demencií je alebo môže byť reverzibilných pri včasnej diagnostike a správnej liečbe (napríklad chronický subdurálny hematóm, tumor, normotenzný hydrocefalus, niektoré metabolické ochorenie, avitaminózy, liekmi navodené kognitívne poruchy). Diagnóza je navyše dôležitá z hľadiska genetického poradenstva.

Klinické delenie demencie:

1 Primárne degeneratívne demencie:

S parietotemporálnou prevahou (Alzheimerova choroba), s frontotemporálnou prevahou (frontotemporálne lobárne degenerácie), s subkortikálnou prevahou (napr. Huntingtonova choroba, Parkinsonova choroba s demenciou), Prionové choroby (transmisívna spongiformná encefalopatia, napr. Creutzfeldtova-Jakobova choroba).

2 Sekundárne demencie:

Vaskulárna demencia, Normotenzný hydrocefalus, metabolické poruchy (napr. Hypotyreóza, hypoparatyreóza, Wilsonova choroba, získaná hepatocerebrálna degenerácia, demencia pri dialýze), poruchy výživy (napr. nedostatok vitamínu B12, B1, B6, folátu, vitamínu E), intoxikácie (napr. alkohol, CO, ťažké kovy, organofosfáty, niektoré lieky), zápal CNS (napr. neurosyfilis, neuroborelióza, sclerosis multiplex, AIDS), úrazy (napr. chronický subdurálny hematóm, kontuze mozgu), kombinácie niekoľkých ochorení spôsobujúcich demenciu (Rektorová, 2009).

Obrázok 2

Rozdelenie demencie podľa etiológie, lokalizácie a kurability

Rámeček 3 Rozdělení demencí

- **Podle etiologie:**
 - demence neurodegenerativního původu – atroficko-degenerativní demence (Alzheimerova demence, parkinsonská demence aj.)
 - demence sekundární (symptomatické):
 - vaskulární
 - metabolicky podmíněné
 - infekčního původu
 - prionového původu
 - další
- **Podle lokalizace:**
 - kortikální
 - subkortikální
 - kortikosubkortikální
- **Podle kurability:**
 - léčitelné – reverzibilní
 - neléčitelné – ireverzibilní

Zdroj: (Zvěřinová, 2017, s. 27)

Anamnesticky sa pátra výskyt demencie v rodine, zisťuje sa intravenóznny abúzus drog, krvné transfúzie, hemofílie (demencie u AIDS), bolesti a úrazy hlavy (chronický subdurálny hematóm, mozgová kontuze, mozgový nádor). Pacient je vyšetrený celkovo a neurologicky, podľa klinického obrazu i psychiatricky. Veľmi prínosné je neuropsychologické vyšetrenie, ktoré robí psychológ. K orientačnému zhodnoteniu prítomnosti a tiahly kognitívneho deficitu v praxi pomáha niektorý zo skriningových testov. Najpoužívanejší je MMSE (Minimal State Examination), prínosnejším môže byť tzv. MoCa test (Montre al Cognitive Assessment) alebo ACE (Addenbrookský kognitívny test). Oba testy detailne vyšetrujú pamäť, reč, zrakový priestor a aspoň čiastočne aj exekutívne funkcie, ktoré MMSE nehodnotí vôbec. Exekutívne funkcie zahrňujú naplánovanie stratégie spracovania úlohy až po zakončenie vedúce k špecifickému cieľu. Úbytok týchto funkcií súvisí s postihnutím prefrontálneho kortexu a fronto-parietálnych i kortiko-subkortikálnych sietí. Od začiatku ochorenia sú výrazne postihnuté hlavne tieto funkcie najmä u frontotemporálnej demencie, ale aj u vaskulárnych demencií alebo napr. Parkinsonovej choroby s demenciou.

Ďalej sa vyšetrujú funkcie fatické, praktické a gnostické. Súčasťou skríningu by mal byť aj štruktúrovaný pohovor zameraný na schopnosť vykonávať inštrumentálne (napr. telefonovanie, nakupovanie, manipulácia s financiami, koníčky) a základné denné aktivity (jedlo, osobná hygiena, schopnosti obliekania a pod.) aj na poruchy chovania a afektívne poruchy. Jedná sa o behaviorálne a psychologické symptómy pri demencii (BPSD): halucinácie, bludy, poruchy príjmu potravy, poruchy sexuálneho chovania, úzkosť, depresiu, apatiu, iritabilitu, agresivitu, poruchy spánku, aberantné motorické prejavy (zvýšená psychomotorická aktivita, ktorá nesmeruje k žiadnemu špecifickému cieľu a subjekt je ňou fascinovaný, napr. neustále prekladanie oblečenia v skrini). Na určenie klinicky pravdepodobného typu demencie slúžia platné klinické diagnostické kritéria. S istotou diagnózu určí až patologické vyšetrenie mozgu alebo v niektorých prípadoch genetické vyšetrenie (napr. Huntingtova choroba).

V rámci pomocných vyšetrení sa odporúča previesť vyšetrenie k upresneniu diagnózy alebo posúdenie prípadných pridružených chorôb: sedimentácia, kompletný krvný obraz, elektrolyty, vápnik, glykémia atď. Zobrazovacie vyšetrenie mozgu je dôležité hlavne pre vylúčenie nádoru, krvácania a normotenzného hydrocefalu, ale aj pre diagnostiku typu demencie (napr. vaskulárnej). Genetické vyšetrenie môže byť využité najmä u pacientov s rodinnou anamnézou a pri utozomálne dominantnej demencii. Malo by sa robiť len v špecializovaných centrách s príslušným poradenstvom pre pacientov a rodinných príslušníkov.

Klinické delenie demencie na kortikálny a subkortikálny typ má svoje opodstatnenie z hľadiska včasnej diferenciálnej diagnostiky, avšak z klinicko-patologických korelácií vieme, že v určitom stupni rozvoja u demencií s kortikálnou prevahou dochádza tiež k postihnutiu podkôria (napr. Alzheimerova choroba) a naopak napr. u demencie Parkinsonovej choroby dochádza k patologickým zmenám nie len u podkôry ale i v kortexu.

1.4 Mierna kognitívna porucha

Ako medzistupeň medzi normálnym starnutím a demenciou sa podľa niektorých autorov vyčleňuje ako zvláštna skupina tzv. mierna kognitívna porucha (Mild Cognitive Impairment). Prevalencia MCI v populácii nad 65 rokov sa uvádza medzi 12–18%,

jedná sa o heterogénnu skupinu ochorení, z ktorých do demencie progreduje asi 10-12% pacientov za rok (Rektorová, 2009). Mierna kognitívna porucha je pomerne široký pojem používaný k popísaniu miernych ale merateľných porúch pamäti či poznávacích funkcií, napríklad sústredenie, rozhodovanie alebo orientácia. Človek s miernou kognitívnou poruchou má teda s pamäťou väčšie problémy ako odpovedá jeho veku, ale nespĺňa kritériá pre diagnózu demencie. Táto porucha, na rozdiel od demencie, nijak zásadne nebráni v každodenných aktivitách a sebestačnosti (ČALS, n.d.).

1.5 Klinický obraz, pomocné vyšetrenia

Pacienti sa sťažujú na výraznejšie kognitívne poruchy, ktoré nezodpovedajú veku ani vzdelaniu, ale ich symptómy nespĺňajú súčasne uznávané kritériá pre diagnózu demencie. To znamená neobmedzujú chorého v pracovných a sociálnych aktivitách a neznižujú úroveň jeho výkonnosti. Najčastejšia je amnestická MCI (s dominujúcou poruchou pamäti objektivizovanou neuropsychologickým vyšetrením). Jedná sa o vysoko rizikovú skupinu pre vznik Alzheimerovej choroby, pretože z epidemiologických štúdií je známe, že 80% týchto jedincov dospeje do obrazu Alzheimerovej choroby behom šiestich rokov. Kognitívne postihnutie ale môže byť i v iných kognitívnych doménach (dysexekutívny syndrom, afázia, apraxia, agnózia) nakoľko sa jedná o multidoménové postihnutie, deficit je prítomný vo viacerých kognitívnych doménach súčasne. Okrem Alzheimerovej choroby môže dôjsť k progresii do iných typov demencie. V rámci diferenciálnej diagnostiky je potrebné vylúčiť psychiatrickú príčinu deficitu. V súčasnej dobe sa hľadajú včasné biologické markery, ktoré by stanovili, akí pacienti budú skutočne progredovať do štádia demencie (Rektorová, 2009).

1.6 Alzheimerova choroba

Najčastejšou príčinou demencie je Alzheimerova choroba. Dochádza pri nej k odumieraniu nervových buniek, ktoré vedie k úbytku mozgového tkaniva. To spôsobuje pokles tzv. kognitívnych funkcií – myslenia, pamäti, úsudku, schopnosti sa učiť, rozumieť či orientovať sa. Pretože v prepojení mozgových buniek sú uchovávané i spomienky, vedie odumieranie mozgu k ich pozvoľnému vytrácaniu. Prvé príznaky prichádzajú nenápadne a okolie im spočiatku neprpisuje veľký význam, aj sám chorý

často dôjde k záveru, že ide iba o bežný prejav starnutia. To je však chyba, ktorá môže následne nepriaznivo ovplyvniť liečbu. Včasným podávaním liekov sa dá oddialiť nástup ťažkých štádií choroby. Ochorenie postupne vedie k závislosti chorého na každodennej pomoci iného človeka, avšak dĺžku obdobia kedy je schopný sa postarať sám o seba je možné pomocou liekov predĺžiť. V ideálnom prípade tak môže prirodzeným spôsobom dožiť svoj život iba s malým či stredným obmedzením.

1.7 Vaskulárna demencia

K vaskulárnej demencii dochádza keď sú poškodené krvné cievy, do mozgu sa nedostáva dostatok kyslíku a v dôsledku toho mozgové bunky odumrú. Medzi príznaky vaskulárnej demencie patrí depresia, koordinácia zmyslových funkcií, napríklad zraku, môžu sa objaviť buď náhle, po cievnej mozgovej príhode, alebo postupne následkom série menších mŕtvíc. Časté sú aj zmiešané formy demencie, pri ktorých nastáva ako aj vaskulárne postihnutie mozgu, tak aj postihnutie, ktoré vidíme u Alzheimerovej choroby.

1.8 Demencia s Lewyho telieskami

Demencia s Lewyho telieskami je podobná Alzheimerovej chorobe v tom zmysle, že je spôsobená zhoršovaním stavu nervových buniek v mozgu a ich odumieraním. Volá sa podľa abnormálneho ukladania Lewyho teliesok v nervových bunkách mozgu. Kombinuje v sebe príznaky Alzheimerovej a Parkinsonovej choroby. Ďalej sú pre ňu typické zrkové halucinácie a výrazné kolísanie problémov v čase.

1.9 Frontotemporálne demencie

Ako frontotemporálnu demenciu označujeme skupinu ochorení postihujúcich čelnú a spánkovú mozgovú kôru. U formy frontálnej prevažujú skoré zmeny chovania a poruchy osobnosti. Pri temporálnej forme dochádza k výraznej poruche reči, pozvoľna prechádzajúcej do demencie frontálneho typu, kde je viac postihnutá osobnosť a správanie ako pamäť. Chorému sa často úplne mení povaha, napríklad človek ktorý bol celý život slušný a kultivovaný, začne byť agresívny a hovorí vulgárne. Existujú

rôzne vzácnejšie príčiny demencií, ako je napríklad demencia súvisiaca s alkoholom či HIV/AIDS (NZIP, n.d.a).

Demencia nepostihuje iba pacienta samotného, ale dochádza k zvýšenej záťaži i tých ktorí sa starajú – preto nestačí iba preskripcia kognitív, ale je nutná komplexná starostlivosť o celú rodinu, a to už od okamžiku stanovenia diagnózy (Bajtošová a kol., 2021). Demencia vedie ku strate sociálnych rolí a ku zmene pozície chorého nielen v spoločnosti ale predovšetkým v jeho rodine. Menia sa i vzájomné vzťahy a hierarchia rodinného usporiadania. Pre rodinu je postupná strata kompetencií aj úpadok osobnosti jedného z jej členov veľkou záťažou. A to najmä z dôvodu náročnej starostlivosti o takto postihnutého človeka a prijatia premeny osobnosti chorého (Vágnerová, 2008, s. 284-285).

1.10 Priebeh demencie

Úpadok jednotlivých psychických funkcií prebieha v rôznom tempe, v závislosti na príčine. Priebeh ochorenia je vždy individuálne špecifický, aj keď ide o rovnakú diagnózu. Príčinou tejto variability sú genetické dispozície, premorbidná osobnosť, celkový psychický i somatický stav chorého. Ešte pred tým ako je možné diagnostikovať demenciu, sa v oblasti poznávacích funkcií objavujú drobnejšie problémy, označované ako mild cognitive impairment (MCI), mierna kognitívna porucha, o ktorej sme sa už zmienili. Ide predovšetkým o poruchy pamäti spojené s problémami v oblasti exekutívnych funkcií, môže sa zhoršovať aj výkonnosť. Problémy tohto druhu sa často plne prejavia v záťažových situáciách. Toto obdobie sa dá chápať ako inkubačné štádium demencie (Vágnerová, 2008, s. 282). Jednotlivé štádia demencie je možné rozlišovať napríklad podľa pokročilosti neurodegeneratívnych zmien mozgu či podľa výsledkov niektorých testov. Na doporučenie Českej alzheimerovskej spoločnosti používame stratégiu P-PA-IA a v nej charakterizované jednotlivé štádia demencie, ktoré do značnej miery zodpovedajú bežne používaným kritériám testov. Za podstatné považujeme, že klasifikácia P-PA-IA reflektuje potreby pacientov a eventuálne i rodinných príslušníkov a to v našich podmienkach zaistenia starostlivosti s ohľadom na potrebu multidisciplinárneho prístupu (Holmerová a kol., 2014, s. 72).

1.10.1 Prvé štádium: ľahká demencia

Prvé štádium P-PA-IA (P = pomoc a podpora) charakterizujeme ako stav, keď je pacient ešte prevažne sebestačný. V tomto štádiu sa objavujú miernejšie poruchy pamäti, predovšetkým krátkodobej, problémy pri vybavovaní niektorých slov, občasné výkyvy v časovej a miestnej orientácii, problémy pri porozumení zložitejšiemu príbehu či verbálnemu prejavu, pri počítaní a riešení menej obvyklých problémov, uvažovanie býva pomalé a ťažkopádne. Chorý sa snažia úbytok svojich kompetencií kompenzovať dôrazom na staré skúsenosti, na zafixované spôsoby chovania, vyhýbaním sa náročným situáciám. Objavujú sa občasné signály narušenej kritičnosti. Problémy vznikajú hlavne v nových situáciách, stereotyp väčšiny bežných činností zatiaľ zostáva zachovaný (Vágnerová, 2008, s. 282-283).

1.10.2 Druhé štádium: stredná demencia

Druhé štádium P-PA-IA (PA = programovanie aktivít) je fáza, kde nastane výrazné obmedzenie sebestačnosti v inštrumentálnych aktivitách a dochádza k postupnej nesebestačnosti aj v základných aktivitách denného života (Holmerová a kol., 2014, s. 74). Porucha pamäti je závažnejšia, prejavuje sa aj v oblasti dlhodobej pamäti. Chorý je dezorientovaný časom a miestom. Má problémy s riešením i celkom obvyklých problémov, nechápe ani bežné súvislosti a vzťahy, nerozumie mnohým požiadavkám, stráca súdnosť. Môžu sa objaviť bludné presvedčenia. Problémy v komunikácii sú dané nielen problémami v porozumení, ale aj porušením aktívneho verbálneho prejavu, reč je obsahovo chudobná, chorý má zjavne obmedzený slovník a problémy s použitím i základných slovných výrazov. Objavuje sa apraxie, chorý nezvláda všetky oblasti sebaobsluhy. Chovanie je nápadné úbytkom návykov a nerešpektovaním bežných sociálnych noriem, neprimeranou agitovanosťou alebo apatiou. Dochádza k strate kontroly emócií. Chorý nie je schopný adekvátneho sociálneho chovania, menia sa medziľudské vzťahy. Upadá osobná hygiena, objavuje sa inkontinencia. Chorý potrebuje dohľad a trvalú pomoc, oporu potrebujú aj rodinní príslušníci, ktorí sa o neho starajú (Vágnerová, 2008, s. 282-283).

1.10.3 Tretie štádium: ťažká demencia

Tretie štádium demencie (IA = individualizovaná asistencia) je fáza, kedy ľudia potrebujú asistenciu, pretože ochorenie už prešlo do stavu, keď im pravidelný rytmus dňa naplnený aktivitami prináša viac diskomfortu ako úžitku. (Holmerová a kol., 2014, s. 75). Chorý je úplne dezorientovaný, nielen časom a miestom ale i osobou. Stráca sa schopnosť myslenia, možnosti komunikácie sú veľmi obmedzené, verbálnemu prejavu väčšinou už vôbec nerozumie a nie je ani schopný sa vyjadriť. Apraxie vedie ku strate väčšiny bežných schopností. V chovaní sa prejavuje úpadok náhľadu, úplné nerešpektovanie sociálnych pravidiel, negativizmus. Nie je schopný vykonávať ani tie najjednoduchšie seba obslužné úkony, nedokáže kontrolovať vyprázdňovanie, bežná je úplná inkontinencia. Jeho aktivita spočíva maximálne v opakovaní neúčelných pohybov či nezmyselnom potulovaní. Chorý je úplne odkázaný na starostlivosť okolia, pomoc rodine je nevyhnutná, v krajnom prípade je nutné premiestnenie do ústavného zariadenia.

1.10.4 Štvrté štádium: terminálne

Chorý je upútaný na lôžko, naviazanie kontaktu je silne limitované, nekomunikuje, nerozumie, stráca schopnosť akejkoľvek aktivity, je už úplne závislý na ošetrovateľskej starostlivosti (Vágnerová, 2008, s. 282-283).

Očakávaný nárast pacientov s demenciou v krajinách pre hospodársku spoluprácu a rozvoj (Organization for Economic Co-operation and Development – ďalej len OECD) do roku 2050 je 40,9 miliónov oproti súčasným 19 miliónom. I štúdia z OECD potvrdzuje morálnu nutnosť a ekonomickú nevyhnutnosť k zlepšeniu životov ľudí s demenciou. Mnoho ľudí s demenciou nie sú ani diagnostikovaní a pre tých, ktorým je diagnóza demencie diagnostikovaná táto môže byť devastujúca. Stigmatizácia tohto ochorenia je bežná a príliš veľa ľudí sú nechaní napospas bez adekvátneho prístupu k zdravotným a sociálnym službám, ktoré by im pomohli (OECD, 2018, s. 3).

2 Starostlivosť rodiny o pacienta

Populácia v našich končinách starne, naša spoločnosť však nie je na dôsledky pripravená. Dlhodobo sa síce hovorí o potrebách dôchodkovej reformy, avšak o dôsledkoch očakávaného demografického vývoja na systémy sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti sa prakticky nehovorí a to aj napriek tomu, že dopady starnutia obyvateľstva na tieto systémy budú výrazne vyššie než na dôchodkový systém. Je preto žiadúce hľadať inšpiratívne riešenia, ktoré prispejú k odstráneniu existujúcich nedostatkov tak, aby starostlivosť o seniorov či osoby s postihnutím bola i v budúcnosti poskytovaná na úrovni, ktoré zodpovedá 21. storočiu.

Podľa definície WHO je cieľom dlhodobej sociálne-zdravotnej starostlivosti „zachovanie čo najvyššej možnej kvality života v súlade s individuálnymi preferenciami a čo najvyššej miery nezávislosti, autonómie, participácie, osobného naplnenia a dôstojnosti“. Dlhodobá sociálne-zdravotná starostlivosť ako taká predstavuje „súbor služieb určených osobám so zníženou mierou funkčnou, fyzickou alebo kognitívnou, kapacity, ktoré sú po dlhšie časové obdobie závislé na pomoci pri základných činnostiach každodenného života“ (Wija, Bareš, Žofka, 2019).

2.1 Podpora rodiny starajúcej sa o svojho člena s demenciou

Pre seniorov sú rodina, vzťahy v rodine a kontakt s blízkymi veľmi dôležité. Dalo by sa povedať že čím je človek starší tým viac sa pre neho rodina stáva prioritou. Sú radi keď v rodine vládnu harmonické vzťahy a trápia sa ak tomu tak nie je. Fungujúca rodina znamená pre seniorov hlavne psychické bezpečie. Pre starších seniorov je dôležitá aj potreba nebyť na obtiaž. Spravidla už nepotrebujú rozhodovať ale chcú mať prehľad o tom čo sa v rodine a okolí deje. Chcú byť užitoční a sú radi za povinnosti spojené s chodom domácnosti, radi tiež predávajú svoje životné skúsenosti mladšej generácii (Příbyl, 2015, s. 71-73).

Rastúca potreba dlhodobej sociálne-zdravotnej starostlivosti je odrazom aktuálnych demografických trendov. Tento trend je navyše ovplyvnený rozpadom viacgeneračného spoluzitia rodín, rastúcim zapojením žien na trh práce a zvyšovaním vekovej hranice pre vznik nároku na starobný dôchodok. Vo svojom dôsledku sa tak znižuje dostupnosť

starostlivosti poskytovanej rodinnými príslušníkmi alebo príbuznými, ale aj starostlivosť poskytovaná profesionálnymi poskytovateľmi služieb. Všetky tieto skutočnosti znamenajú pre tento systém radu výziev. Jednou z najdôležitejších je zaistenie podpory rodiny starajúcich sa, prevažne žien, ktoré poskytujú väčšinu starostlivosti. Hmotné zaistenie starajúcich sa osôb je efektívnym riešením ako pre prijímajúcich starostlivosť, ktorí preferujú starostlivosť zo strany rodiny či známych, tak aj pre osoby opatrujúce, ktoré nesú ekonomické, zdravotné a sociálne dôsledky vyplývajúce z poskytovania starostlivosti spravidla dobrovoľne. Zaistenie hmotnej podpory starajúcich sa osôb je ekonomicky výhodné aj z hľadiska zvýšenia dostupnosti starostlivosti poskytovanej profesionálnymi sociálne-zdravotnými poskytovateľmi služieb.

Z hľadiska samotnej potreby zaistenia starostlivosti príbuznými je kľúčovou otázkou zaistenie určitej rovnováhy medzi vlastnou ekonomickou aktivitou osôb, ktoré starostlivosť poskytujú a ich súkromným životom, na úkor ktorého je starostlivosť poskytovaná. V prípade nižšej intenzity poskytovania starostlivosti spravidla nedochádza k zníženiu pracovného úväzku, avšak s rastom intenzity potrebnej starostlivosti je nutné hľadať možnosti zladenia vlastných pracovných úväzkov s potrebou zaistenia starostlivosti (Průša a kol. 2021, s. 17–33).

2.2 Možnosti pre osobu s demenciou a jeho rodinu

V posledných dekádach sa prevalencia demencie dramaticky zvýšila. Zároveň je možné demenciu diagnostikovať presnejšie a v skorších štádiách oproti minulosti, čím sa zvyšuje počet rodín, ktoré sa musia o svojho blízkeho postarať a zároveň potrebujú podporu pre nich samých. Termín demencia či strata pamäte sú často prezentované ako nevyhnutný deficit a úpadok, čo môže byť stigmatizujúce (Harman, Clare, 2006, s 484-502).

Nedostatočné porozumenie diagnózy spolu s nedostatočným prístupom ku kvalitným informáciám, vzdelaniu a podpory osôb s demenciou, zapríčiňuje, že títo ľudia často upravujú svoj život tým čo nemajú alebo by nemali robiť, či už šoférovať alebo pracovať. Približne 25% ľudí s demenciou nežije s nikým kto by sa o nich staral (Alzheimer's Association, 2016).

O osobu s demenciou sa môže starať partner, dospelé deti, či iní príbuzní – súrodenci, synovci, netere, vnuci, vnučky, občas pomáhajú i kamaráti, susedia. Samotné rozhodnutie starať sa o nesebestačného člena rodiny je významným okamžikom v živote celej rodiny, ktorá bude v starostlivosti zainteresovaná. Jednou zo skutočností je, že takouto starostlivosťou sa mení doterajší chod a zvyklosti rodiny, zvlášť vtedy ak senior žil vo vlastnom byte. O takéhoto seniora je vhodné starať sa tak, aby nebol izolovaný a pasívny príjemca starostlivosti, ale aktívne ho podporovať v čo najširšom začlenení. Aby rodina mohla zaistiť kvalitnú starostlivosť je nutné aby sa o neho chcela starať, aby vedela ako sa o neho starať, no a vo finále aby si to vôbec mohla dovoliť sa o neho postarať. Teda je dôležité mať fyzické, sociálne, psychické, bytové, časové i finančné podmienky k takejto starostlivosti (Příbyl, 2015, s. 15).

V čase keď sa osoba s demenciou nedokáže sama rozhodovať, nie je nezvyklé, že rozhodovanie preberá osoba starajúca sa o pacienta. Týmto sa postupne uzatvára možnosť pacienta aktívne sa podieľať na spôsobe starostlivosti o seba. Vo finále dochádza k strate identity, či charakteristických črt jedinca. Ako postupuje choroba, starajúci sa podieľa o bežné činnosti života od nákupov, plánovanie vyšetrení, odvoz až po hygienu, obliekanie, podávanie liekov, kŕmenie atď., zvyčajne bez náhradného - záložného plánu, v dobe keď starajúci sa ochorie, alebo už ďalej starostlivosť poskytovať nemôže (Pearce, Forsyth, Boyd, Jackson, 2012, s. 695-698). Pokiaľ ide o situáciu zástupného rozhodovania, malo by sa rozhodovať v záujme zastúpeného a nie namiesto neho. To je v našej kultúre veľký problém. Preto je dôležité pýtať sa a hľadať pravdepodobnú vôľu zastupovaného, ako by sa v takej situácii pravdepodobne rozhodol sám a pokiaľ ju nenájdeme, zisťovať či zvažované jednanie je v jeho priamom záujme či pre jeho priamy prospech (Pechová, Lejsal, 2020).

Podľa Bajtošovej a kolektívu (2021) liečba demencie kladie dôraz na komplexnú starostlivosť a je založená na štyroch vzájomne previazaných pilieroch: psychosociálne intervencie (nefarmakologické prístupy a podpora starajúcich sa), kognitíva (symptomatická farmakoterapia a ovplyvnenie priebehu choroby), neuropsychiatria (liečba behaviorálnych a psychologických prejavov demencie) a paliatívnej starostlivosti (skorá paliatívna intervencia, komplexný paliatívny prístup v pokročilom štádiu demencie).

2.3 Správne informácie

Mnoho kvalitatívnych štúdií dokazuje jasnú potrebu väčšej podpory po diagnostikovaní demencie aj pre pacienta aj pre jeho rodinu, či tých čo sa o pacienta s demenciou starajú. Chýbajú im znalosti k diagnóze, zrozumiteľné zdroje informácií, a nevedia ani spôsob ako sa k nim dostať (Bunn, Goodman, Sworn, Rait, Brayne, Robinson, Iliffe, 2012).

Informácie o chorobe zahŕňajú rôzne oblasti od procesu choroby, farmakologické liečebné možnosti, rizikové faktory, zvládanie stresujúcich situácií s touto diagnózou, psychické symptómy demencie, možnosti starostlivosti a pomoci. Prístup k rozličným typom informácií sa môže meniť v závislosti od štádia demencie. Miesto všeobecných informácií pre všetkých sú užitočnejšie detailnejšie podľa súčasných potrieb a podľa toho kto ich práve potrebuje (Etters, Goodall, Harrison, 2008; Lauriks a kol., 2007., Van Mierlo, Meiland, Van der Roest, Dröes, 2012). Významnú úlohu zohráva edukácia seniorov pri prípravách na starobu. Príprava na starobu znamená začať včas investovať do svojho nového ja, tak aby človek, až ho postihnú problémy staroby, mal možnosti a zdroje k tomu aby im dokázal čeliť (Špatenková, Smékalová, 2015, s. 41).

Ďalším užitočným typom informácií pre ľudí s demenciou a ich blízkych sú informácie o budúcich potrebách a rozhodnutiach, ktoré bude nutné urobiť, keď sa stav zhorší. Rodinní príslušníci, ktorí rozumejú hodnotám chorého, dokážu presnejšie zabezpečiť podporu jeho potrieb aj v neskorších fázach ochorenia. Je to veľmi dôležité pre rodinne zameranú starostlivosť nakoľko reflektujú individuálne potreby, hodnoty a preferencie chorého. Jedná sa aj o právne a finančné záležitosti (Whitlatch, Feinberg, 2003, s. 50-61). Podľa niektorých zahraničných publikácií majú odborníci rad nástrojov ako rodinám poskytnúť či odporučiť služby a programy počas celého obdobia choroby (Whitlatch, Orsulic 2018, s. 60). Jedná sa najmä o podporné skupiny, poradenstvo, možnosť odpočinku, podporu pre starajúcich sa či pre samotných chorých, multikomponentálne intervencie, alternatívne terapie a podobne. V našich oblastiach takáto podpora nie je automatická, ani častá.

2.4 Podporná skupina pre rodinu i pre pacienta

Podporná skupina je jednou z možných foriem sociálnej práce s rodinou, ktorá sa snaží postarať o svojho člena v domácom prostredí. Má históriu najmä v škandinávskych krajinách a v USA. Pomoc osobám s demenciou a založenie skupín je v zahraničí častou možnosťou poskytovaná odborníkmi, dobrovoľníkmi a charitatívnymi organizáciami. Hlavnou prioritou je psychosociálna podpora príbuzným, vytvorenie bezpečného priestoru pre zdieľanie emócií, výmenu skúseností ako aj získavanie informácií. Niektoré podporné skupiny môžu mať formu stretnutia pri káve alebo aj relaxácií. V Dánsku napríklad Červený Kríž ponúka program pod názvom Podpora rodinného opatrovateľa formou návštevy kamaráta (dobrovoľníka) v domácnosti osoby s demenciou na hodinu – dve, kým príbuzný má možnosť odísť z domácnosti a venovať sa iným činnostiam mimo domácnosti. Východiskom podpornej skupiny je tu konkrétna pomoc konkrétnej rodine v pravidelnom cykle (Tokovská, 2016).

Nefarmakologický prístup k pacientovi nemá takú dlhú históriu ako farmakologický prístup. Popri farmakologickej intervencii je dôležitý aj vľúdny prístup k pacientovi, snaha o jeho aktiváciu a úprava okolia. Musí sa k nemu pristupovať s rešpektom ako k dospelému, ktorí má stále možnosť rozhodovať sa. Avšak často k takémuto človeku pristupujú tak, že je zbavený svojej jedinečnosti a stáva sa z neho objekt. Toto žiaľ prispieva k úpadku a k zhoršeniu jeho neurologického stavu. I keď väčšina starajúcich sa to myslí dobre, bez porozumenia, vcítania, fantázie, schopnosťou pozrieť sa na svet z jeho perspektívy samotný úmysel nestačí (Tavel, 2009, s. 137-138). Aj podľa Čunderlíkovej, Kiseľákovej a Zigmundovej (2020) nefarmakologické prístupy poskytujú benefity pacientom s demenciou, nakoľko pôsobia na schopnosti zvládať každodenné aktivity, prežívanie, náladu, ale aj na kognitívne schopnosti a samozrejme majú dosah aj na fyzický stav a záťaž opatrovateľa. Novo vyvíjané lieky môžu predĺžiť čas mierneho až stredného štádia demencie, avšak ak sú pre pacienta vytvorené priaznivé prístupy, pracujúce so zachovanými schopnosťami, zručnosťami a prežívaním pacienta, napomáhajú zároveň k vytvoreniu priaznivého prostredia v mozgu, pre pôsobenie lieku. Práve preto je dôležité až nevyhnutné začať používať alebo podporovať navýšenie používania nefarmakologickými prístupmi ako účinný spôsob na zlepšenie kvality života pacientov.

2.5 Poradenstvo

Rodiny pozitívne hodnotia osobné stretnutia s poradcami, sociálnymi pracovníkmi či ďalšími lekármi, ktorí poskytujú individuálne, dyadické a rodinné poradenstvo či psychoterapiu (Vernöoij-Dassen, Joling, van Hout, Mittelman, 2010, s. 769-777). Aj keď sa v mnohých krajinách zvyšuje post-diagnostická pomoc, cesta k nej je často náročná. Napriek tomu, že existujú rôzne zdravotné a sociálne služby, ktoré môžu pomôcť pacientovi a rodine, je časté že ľudia o nich nevedia alebo nevedia ako sa k takýmto službám dostať. Spolupráca medzi lekármi a podpornými sociálnymi službami je tu veľmi prínosná (OECD, 2018, s. 87).

2.6 Respíte ako odpočinok

Respiračný servis v zahraničí bol vyvinutý za účelom poskytnúť voľno alebo nejaký čas mimo starostlivosti, ako stratégia že opatrovatel' si odpočinie a uľaví od povinností. Tento servis môže poskytovať profesionálna služba, kamarát či člen rodiny, aby opatrovatel' mohol zmeniť prostredie, odísť z domu. Ideálne je, keď opatrovatel' využije tento oddych na vybavenie svojich záležitostí, cvičenie, návštevu kamarátov či rodiny alebo iné jemu príjemné a obohacujúce aktivity. Zároveň umožnením návštevy iných osôb v domácnosti je zabezpečený dohľad v zmysle supervízie starostlivosti (Zarit, Whetzel, Kim, Femina, Almeida, Rovine, Klein, 2014). V Českej republike existuje väčšinou pri každom domove so starostlivosťou i takzvaná odľahčovacia služba, kam sa dá na nejaký čas umiestniť chorá osoba a opatrovatel' má tak možnosť si odpočinúť.

Program podpory pre opatrujúcich zahŕňa informácie, koučovanie, či emocionálnu podporu pre rodinu opatrujúcu chorého a v niektorých prípadoch i priamo chorému. Program sa realizuje online, telefonicky i osobne. Vznikol za účelom vzdelávania a poskytovania informácií o chorobe, doporučenia vhodných stratégií zvládania stresu, poradenstva ohľadom starostlivosti o seba a zahŕňa i plánovanie opatrovania. Takáto koordinácia môže ponúknuť pravidelné hodnotenia, a návrhy potrebných zmien na základe aktuálnych potrieb opatrovateľa či chorého.

2.7 Multikomponentálne intervencie

Zahŕňajú kombináciu viacerých metód na podporu opatrovateľov a ich schopností. Najčastejšie sa jedná o rôzne tréningy, vzdelávanie, rady a odporúčania pre opatrovateľov, no taktiež o plánovanie ich aktivít alebo môžu obsahovať aj cvičenia pre opatrovateľov (Whitlatch, Orsulic, 2018, s. 58–73).

2.8 Alternatívne terapie a iné možnosti

U každého pacienta je veľmi dôležitý výber terapie aj stanovenie jej cieľov. Ciele by mali byť kreatívne a dôsledné. Napríklad terapia zameraná na orientáciu pacienta v realite je často kritizovaná. Je totiž diskutabilné či človek s demenciou naozaj potrebuje poznať dni v týždni alebo meno prezidenta a podobne. Takýto pacient má obmedzenú kapacitu adaptácie, preto by zmeny v jeho živote mali mať význam pre jeho dobro. Kým pre jedného pacienta môže byť dôležité naučiť sa kde je toaleta, pre druhého môže mať význam zručnosť pri obliekaní a pre ďalšieho zase dôležitosť sociálneho kontaktu. Nakoľko schopnosť učiť sa pri demencii je špecifická, ciele by sa mali vyberať po dôkladnom zvážení daného jedinca a nastaviť individuálne (Woods, 2006, s. 314-315).

2.8.1 Záhradná terapia

Niektoré zariadenia pre seniorov používajú ako aktivizačnú techniku záhradnú terapiu. Podľa Haubenhofera (2013) je to proces zameraný na účastníka, pri ktorom školení odborníci definujú a kontrolujú individuálne ciele, plánujú a realizujú činnosti týkajúce sa práce na záhrade alebo práce s rastlinami ako terapeutického prostriedku. Hlavným cieľom je podporiť u účastníkov terapie zdravotne dôležité aspekty.

Nejedná sa iba o obyčajné zasadenie rastlín či kvetov. Je tu dôležité, že činnosť je vedená odborníkom, záhradným terapeutom, teda človekom, ktorý sa nielen vyzná v aktivizácii klientov, v sociálnej práci s klientmi, v botanike a záhradníčení, ale má aj príslušné školenia záhradného terapeuta a certifikát. Táto terapia má byť teda plánovaným odborným procesom, ktorý vedie k daným cieľom. V sociálnych službách

je naviazaná na individuálnu prácu s klientom a je tiež začlenená do individuálneho plánu (Slavičková, 2018).

2.8.2 Reminiscenčná terapia

V tejto terapii sa využívajú spomienky. V práci s pacientom s demenciou je pomerne často využívaná. Pacienti spomínajú na rôzne staré udalosti zo svojho života s pomocou fotografií či videozáznamov. Táto terapia je užitočná, nakoľko pacient s demenciou trpí poruchami krátkodobej pamäti, no udalosti z dávnej minulosti si pamätá väčšinou dobre. Navyše, spomienky z minulosti sa osvedčili ako výborný prostriedok interakcie a komunikácie. Dajú sa využiť aj na nadviazanie kontaktu a prebudenie záujmu v rámci terapie zameranej na orientáciu pacienta v realite. Pre pacienta sa jedná o atraktívnu metódu a v psychoterapii toto zaoberanie sa spomienkami pomáha pacientovi nájsť si miesto v jeho živote. Zároveň posilňuje pocit ľudskej dôstojnosti (Tavel, 2009, s. 155-156).

2.8.3 Arteterapia

Arteterpia je Britskou asociáciou umeleckých terapeutov definovaná ako forma psychoterapie, ktorá využíva umelecké médiá ako primárny prostriedok komunikácie. V užšom poňatí vnímame arteterapiu ako terapiu umením. Tá sa ale neobmedzuje len na vytváranie malieb a kresieb, ale zahŕňa aj modelovanie, keramiku a sochárstvo. Cieľom arteterapie je umožniť pacientovi rásť v osobnej rovine, posilniť ňho vedomie jeho vlastnej hodnoty, pomocou umeleckým materiálom v bezpečnom prostredí. Považuje sa za účinnú intervenciu na zvládanie manifestácie prejavov demencie u pacientov, môže spomaliť kognitívnu progresiu, stimulovaním krátkodobej pamäti a sústredenosti, trénovaním jemnej motoriky (Bajtošová a kol., 2021).

2.9 Denné centrá pre osoby s demenciou

Poslaním takýchto centier je udržanie či zlepšenie kvality života seniorov a ľudí s demenciou, ktorí z dôvodu zníženej sebestačnosti nemôžu zostať sami doma. Služba je určená ľuďom s príznakmi syndrómu demencie, ktorí sú schopní pobytu v kolektíve osôb s poruchami pamäti a netrpia výrazným nepokojom, ktorý by mohol narúšať

prevádzku centra či obťažovať ostatných klientov. Je vhodná pre ľudí, ktorí sa chcú zúčastniť aktivít a činností v centre podľa svojich schopností. Nevykazujú známky verbálnej alebo fyzickej agresie a ich stav je stabilizovaný, nevyžaduje nepretržitú ošetrovateľskú starostlivosť. Takéto centrá zaisťujú starostlivosť a primeranú podporu v každodenných aktivitách. Klienti sú podporovaní v primeranom pohybovom režime, vo verbálnej aj neverbálnej komunikácii a sú zapájaní do spoločenských aktivít. Centrá ponúkajú pomoc pri osobnej hygiene alebo poskytujú podmienky pre osobnú hygienu. Poskytujú stravu alebo pomoc pri zaistení stravy, vzdelávacie a aktivizačné činnosti, sociálne terapeutické činnosti a aj pomoc pri uplatnení práv, oprávnených záujmov a pri obstarávaní osobných záležitostí (NZIP, n.d.b).

Nazdávame sa, že práve rozvoj denných centier, či denných odľahčovacích služieb je správnou cestou k zaisteniu bezpečného programu, či sociálneho kontaktu pre osobu s demenciou a zároveň umožňujú vlastný život pre primárne starajúcich sa. Denné centrá tiež pomáhajú oddialiť alebo úplne vylúčiť umiestnenie osoby s demenciou do pobytového zariadenia. Pacient s demenciou má takto umožnené bývať vo vlastnom byte a stretávať sa ako so svojou rodinou, tak i s osobami s podobnými starosťami či problémami.

3 Sociálna podpora pacienta s demenciou

Na kvalitu života pacienta s demenciou majú veľký vplyv postoje, životná pohoda a správanie zamestnancov či opatrovateľov, terapeutov a ošetrovateľov. Pre opatrujúcich zas má veľkú oporu vedomie, že ich úsilie má hodnotu. Na vzťah medzi ošetrovateľmi a pacientmi pozitívne vplýva znižovanie napätia a záťaže (Tavel, 2009, s. 141). Dobrá starostlivosť o rodinu pacienta ide ruka v ruke s kvalitnou starostlivosťou o pacienta samotného. Až keď rodina ako celok vidí, že sa jeho člen má dobre, prípadne je o neho dobre postarané, až potom sa väčšinou dokáže sústrediť a zaujímať o seba a zvyšok rodiny. I pacient s demenciou by mal cítiť zmysel svojho bytia. Tvorba zmyslu a nachádzanie zmysluplnosti života je základný a podstatne dôležitý ľudský psychický proces. Vystupuje v priebehu celého života človeka, ale zvlášť sa hlási v najťažších životných situáciách napríklad v chorobe a starobe (Křivohlavý, 2006, s. 49-50). WHO odporúča osobám s demenciou pozisťovať čo najviac informácií o chorobe, viesť si denník kde budú denné úlohy i termíny lekárskeho prehliadok, udržiavať myseľ aktívnu čítaním či cvičeniami ako krížovky či sudoku. Takisto je podľa nich vhodné tráviť čas s priateľmi i rodinou a zostávať čím najdlhšie aktívny, zdravo sa stravovať, dodržiavať lekárske prehliadky (WHO, 2019).

V nasledujúcej časti sme sa najskôr oboznámili s tým, akej podpory sa dostane samotnému pacientovi v Českej republike a na Slovensku a zistené skutočnosti porovnali. Komparácia, porovnávanie, je jednou z najpoužívanejších vedeckých metód práce. Umožňuje stanoviť zhody a rozdiely javov či objektov. Hlavným účelom porovnávania v našej práci je vysvetľovať ako funguje sociálna podpora v Českej a Slovenskej republike. Aby sa toto mohlo realizovať je nutné identifikovať sociálny systém v oboch krajinách, zistiť v čom sa odlišuje, prípadne poukázať na niektoré výhody či nevýhody. Dlhodobé spolužitie v jednom štáte a spoločná príprava prakticky všetkých zákonov v sociálnej oblasti na začiatku 90. rokov minulého storočia zároveň vytvára priestor pre veľmi dobre pochopenie odlišností súčasných právnych úprav v jednotlivých krajinách (Průša, 2021, s. 80). Na základe zistených informácií fungovania sociálnej podpory pacientov s demenciou a ich rodiny v Českej a Slovenskej republike bola prevedená komparácia získaných údajov.

3.1 Sociálna podpora v Českej republike

V Českej republike sociálne služby rozdeľujeme na terénne, ambulantné a pobytové. Informácie o tom, kde sa aká služba nachádza, vrátane kontaktných údajov je možné vyhľadať v registri poskytovateľov sociálnych služieb. Vyhláška č. 505/206 Sb., ktorou sa prevádzajú niektoré ustanovenia zákona o sociálnych službách, určuje rozsah úkonov poskytovaných v rámci základných činností u jednotlivých druhov sociálnych služieb a maximálnu výšku úhrad za poskytovanie niektorých služieb, vrátane aktuálnej výšky maximálnych úhrad za ubytovanie v domove pre seniorov, za stravu s piatimi jedlami, za obedy dovezené domov, za hodinu starostlivosti atď. (NZIP, n.d.b).

3.1.1 Starostlivosť v domácom prostredí, príspevok na starostlivosť

Nakoľko podporujeme myšlienku deinštitucionalizácie, v našej práci sa zaoberáme hlavne situáciami kedy osoba s demenciou žije doma, menej keď už skončí v inštitucionálnej starostlivosti. Presťahovanie do domova pre seniorov je pre starého človeka veľmi náročné, stresujúce. Je v novom prostredí, s novými ľuďmi, sú tu zavedené nejaké pravidla ktorým sa musí prispôbiť. Táto zmena je pre seniorov omnoho náročnejšia ako sťahovanie k príbuzným (Příbyl, 2015, s.79). Takisto krajiny OECD v posledných rokoch podporujú dožívanie ľudí v domácom prostredí čím najdlhšie. Starší ľudia, vrátane tých s demenciou, si želajú byť súčasťou komunity tak dlho ako je to len možné. Nakoľko samota urýchľuje zhoršovanie demencie, je veľmi dôležité aby sa ľudia s demenciou vyhli sociálnej izolácii a udržali si priateľstvá a vzťahy čím najdlhšie. Dožitie doma umožňuje ľuďom s demenciou zostať nezávislými a tiež v kontakte so svojou komunitou (OECD, 2018, s. 82). V Českej republike prebiehalo viacero projektov z Európskeho sociálneho fondu, Operačného programu Zamestnanosť, na podporu života v domácom prostredí, zameraný na posilnenie významu opatrovateľskej služby, ktorá vykonáva svoje služby v domácom prostredí. Ďalšie projekty boli na podporu opatrovateľských služieb a domovov pre seniorov so zvláštnym režimom na ich ceste k transformácii. Jadrom projektu bolo poskytovanie takej starostlivosti, ktorá ľuďom umožní zostať čo najdlhšie v prirodzenom prostredí a v ústavnom prostredí potom poskytovať skutočne dôstojnú a individuálnu starostlivosť (Institút sociálnej práce, 2020).

Ak sa rodina rozhodne, že ich člen s demenciou zostane bývať vo svojom domácom prostredí, okrem profesionálnych sociálnych služieb môže využiť aj možnosť, že sa o chorého môže starať niektorý člen rodiny, prípadne iná fyzická osoba, ktorú zákon o sociálnych službách 108/2006 Sb. nazýva asistentom sociálnej starostlivosti. V týchto prípadoch si osoba závislá na pomoci inej fyzickej osoby požiada o príspevok na péči (ďalej len príspevok). Týmto príspevkom sa štát podieľa na zaistení sociálnych služieb alebo iných foriem pomoci pri zvládaní základných životných potrieb osôb. Náklady na príspevok sa hradia zo štátneho rozpočtu. Nárok na tento príspevok má osoba, ktorá z dôvodu dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu potrebuje pomoc inej fyzickej osoby pri zvládaní základných životných potrieb v rozsahu stanovenom stupňom závislosti, pokiaľ jej túto pomoc poskytuje osoba blízka alebo asistent sociálnej starostlivosti či poskytovateľ sociálnych služieb, ktorý je zapísaný v registri sociálnych služieb. O príspevku rozhoduje krajská pobočka Úradu práce.

Pre častejšie diagnostikovanie demencie u starších osôb sa vo svojej práci ďalej venujeme len tým starším ako 18 rokov, nakoľko zákon rozdeľuje stupne závislosti i príspevky zvlášť osobám do 18 rokov a zvlášť osobám nad 18 rokov.

Podľa bodu 2 § 8 zákona o sociálnych službách sa osoba nad 18 rokov považuje za závislú na pomoci inej fyzickej osoby v stupni:

I (ľahká závislosť), ak z dôvodu dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu nie je schopná zvládať tri alebo štyri základné životné potreby

II (stredne ťažká závislosť), ak z dôvodu dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu nie je schopná zvládať päť alebo šesť základných životných potrieb

III (ťažká závislosť), ak z dôvodu dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu nie je schopná zvládať sedem alebo osem základných životných potrieb

IV (úplná závislosť), ak z dôvodu dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu nie je schopná zvládať deväť alebo desať základných životných potrieb a vyžaduje každodennú pomoc, dohľad alebo starostlivosť inej fyzickej osoby.

Pri posudzovaní stupňa závislosti sa hodnotí schopnosť zvládať tieto základné životné potreby: mobilita, orientácia, komunikácia, stravovanie, obliekanie a obúvanie, telesná hygiena, výkon fyziologickej potreby, starostlivosť o zdravie, osobné aktivity, starostlivosť o domácnosť.

Výška príspevku u osôb nad 18 rokov za kalendárny mesiac činí 880 Kč ak ide o stupeň I (ľahká závislosť), 4 400 Kč ak ide o stupeň II (stredne ťažká závislosť), 12 800 Kč ak ide o stupeň III (ťažká závislosť), 19 200 Kč ak ide o stupeň IV (úplná závislosť). Tento príspevok je možné v niektorých prípadoch (§12) zvýšiť o 2 000 Kč mesačne (Zákon č. 108/2006 Sb.).

V Českej republike sa po uznaní príspevku pacient sám rozhoduje akým spôsobom tento príspevok využije, teda či využije na starostlivosť niekoho v rodine alebo si nájde asistenta sociálnej starostlivosti, či využije možnosti tzv. pečovatelských služieb. Túto starostlivosť môže i kombinovať a časom aj meniť.

Takzvaná **pečovatelská služba** – môže sa jednať o terénnu aj ambulatnú službu, zameranú na konkrétne dohodnuté úkony poskytované vo vopred určenom čase priamo v domácnostiach osôb a v zariadeniach sociálnych služieb. Služba zahŕňa pomoc pri zvládaní všetkých bežných denných činnostiach, napríklad pomoc pri osobnej hygiene a samoobsluže, poskytovanie stravy, či pomoc pri jej príprave, pomoc s chodom domácnosti, sprostredkovanie kontaktu so spoločenským prostredím. Pracovníci služby poskytujú takú mieru podpory, ktorá v maximálnej možnej miere zachováva rozvoj schopnosti klienta a snaží sa znižovať závislosť na pomoci niekoho ďalšieho.

Osobná asistencia je terénna služba poskytovaná ľuďom v ich domácnostiach bez časového obmedzenia, teda až 24 hodín denne. Umožňuje tak klientom, aby mohli zostať v známom domácom prostredí a žiť bežným spôsobom, na ktorý sú zvyknutí. Poskytuje ale vždy iba takú podporu, ktorá v maximálnej možnej miere zachováva a rozvíja schopnosti klienta a znižuje závislosť na pomoci inej osoby. Služba zahŕňa pomoc pri zvládaní všetkých bežných denných činnostiach – pomoc pri osobnej hygiene, poskytovanie stravy či pomoc pri jej príprave, pomoc pri chode domácnosti, sprostredkovanie kontaktu so spoločenským prostredím, ponúka výchovné, vzdelávacie

a aktivizačné činnosti, pomoc pri uplatňovaní práv alebo vybavovanie osobných záležitostí.

Odl'ahčovacia služba, môže mať formu terénnu, ambulantnú aj pobytovú a umožňuje rodinným opatrovateľom odpočinúť si od záťaže, ktorú opatrovanie prináša alebo si vybaviť osobné záležitosti. Odl'ahčovacia služba teda dočasne preberá starostlivosť o chorého. Služba zahŕňa pomoc pri zvládaní všetkých bežných denných činností – pomoc pri osobnej hygiene, poskytovanie stravy alebo pomoc pri jej príprave, sprostredkovanie kontaktu so spoločenským prostredím, ponúka sociálne terapeutické činnosti, pomoc pri uplatňovaní práv alebo vybavovaní osobných záležitostí a v prípade pobytovej služby poskytuje ubytovanie. Odl'ahčovacia služba sa poskytuje na obmedzenú dobu (NZIP, n.d.b). Ďalšie informácie čerpáme zo zákona 108/2006 Sb. skrátené pre potreby našej práce.

3.1.2 Povinnosti žiadateľa a oprávnenej osoby pri príspevku na starostlivosť

Žiadateľ o príspevok a oprávnená osoba, ktorých zdravotný stav je potrebné posúdiť pre stanovenie stupňa závislosti, sú povinní podrobiť sa sociálnemu šetreniu, podrobiť sa vyšetreniu zdravotného stavu lekárom plniacim úlohy okresnej správy sociálneho zabezpečenia, prípadne lekárom určeným Českou správou sociálneho zabezpečenia alebo jej odbornému vyšetreniu, predložiť určenému poskytovateľovi zdravotných služieb lekárske nálezy ošetrojúcich lekárov, ktoré im boli vydané, informovať a doložiť ďalšie údaje, ktoré sú významné pre vypracovanie posudku alebo poskytnúť inú súčinnosť, ktorá je potrebná k vypracovaniu posudku, ak sú k tomu okresnou správou sociálneho zabezpečenia vyzvaní a to v lehote, ktorú okresná správa sociálneho zabezpečenia určí. Ďalej osvedčiť skutočnosť rozhodné pre nárok na príspevok jeho výšku alebo výplatu, písomne ohlásiť príslušnej krajskej pobočke Úradu práce v priebehu konania o príspevku zmeny v skutočnostiach, ktoré boli uvedené v žiadosti o príspevok, a zmeny rozhodné pre priebeh konania a to v lehote do 8 dní odo dňa, kedy takáto zmena nastala, táto povinnosť musí byť splnená i v dobe prerušenia konania. Písomne ohlásiť príslušnej krajskej pobočke Úradu práce, že je mu poskytovaná u jedného alebo postupne u viacerých poskytovateľov zdravotných služieb následná alebo dlhodobá lôžková starostlivosť pre tú istú chorobu alebo úraz trvajúcí nepretržite

dlhšie ako 60 dní a doložiť túto skutočnosť potvrdením od poskytovateľa zdravotných služieb. Písomne ohlásiť príslušnej krajskej pobočke Úradu práce prepustenie zo zdravotníckeho zariadenia lôžkovej starostlivosti v prípadoch uvedených vyššie v lehote 5 dní.

Príjemca príspevku je povinný písomne ohlásiť príslušnej krajskej pobočke Úradu práce do 8 dní zmeny v skutočnostiach rozhodných pre nárok na príspevok, jeho výšku alebo výplatu. Na výzvu príslušnej krajskej pobočky Úradu práce osvedčiť skutočnosť rozhodnú pre nárok na príspevok, jeho výšku alebo výplatu a to v lehote 8 dní odo dňa doručenia výzvy, ak krajská pobočka Úradu práce neurčila lehotu dlhšiu. Písomne ohlásiť príslušnej krajskej pobočke Úradu práce zmeny takajúce sa zaistenia pomoci a to v lehote do 8 dní odo dňa kedy táto zmena nastala. Túto povinnosť plní príjemca príspevku na tlačive predpísanom ministerstvom, ktorého súčasťou je písomný súhlas osoby blízkej alebo inej fyzickej osoby či právnickej osoby s poskytovaním pomoci oprávnenej osobe. Využívať príspevok na zaistenie pomoci osobou blízkou alebo asistentom sociálnej starostlivosti alebo poskytovateľom sociálnych služieb, ktorý je zapísaný v registri poskytovateľov sociálnych služieb. Písomne ohlásiť príslušnej krajskej pobočke Úradu práce do konca kalendárneho mesiaca nasledujúceho po uplynutí kalendárneho štvrtroku výšku príjmu rozhodnú pre zvýšenie príspevku podľa § 12 odstavcu 1. Pri nesplnení týchto povinností môže byť po predchádzajúcom písomnom upozornení výplata príspevku zastavená, príspevok môže byť odňatý alebo nepriznaný. Výplata príspevku sa zastaví aj ak príjemca príspevku nesplní oznamovaciu povinnosť, a to ani na písomnú výzvu krajskej pobočky Úradu práce v lehote 8 dní odo dňa doručenia výzvy, v ktorej bol príjemcovi príspevok na následok porušenia oznamovacej povinností upozornený. Výplata príspevku sa zastaví od prvého dňa kalendárneho mesiaca, v ktorom táto lehota uplynula. Výplata príspevku sa obnoví od prvého dňa kalendárneho mesiaca, v ktorom bola oznamovacia povinnosť dodatočne splnená.

3.1.3 Jednanie o príspevku

Jednanie o príspevku sa zahajuje na základe písomnej žiadosti podanej na tlačive vydanom ministerstvom. Krajská pobočka Úradu práce stanoví na jednanie o príspevku opatrovníka tej osobe, ktoré nie je schopná vzhľadom k svojmu zdravotnému stavu jednať samostatne a nemá zástupcu. O stanovení opatrovníka rozhoduje krajská pobočka Úradu práce na základe lekárskeho posudku vydaného poskytovateľom zdravotných služieb. Žiadosť o príspevok musí okrem náležitostí stanovených správnym poriadkom ďalej obsahovať označenie fyzickej alebo právnickej osoby, ktorá osobe poskytuje alebo bude poskytovať pomoc, rozsah pomoci a písomný súhlas fyzickej alebo právnickej osoby s ich poskytovaním. Spôsob akým má byť príspevok vyplácaný. Doklad o výške príjmu oprávnenej osoby a spoločne posudzovaných osôb v rozhodnom období v prípadoch keď má byť príspevok zvýšený.

Krajská pobočka Úradu práce prevádza pre účely posudzovania stupňa závislosti sociálne šetrenie, pri ktorom sa zisťuje schopnosť samostatného života osoby v prirodzenom sociálnom prostredí. Sociálne šetrenie prevádza príslušná krajská pobočka Úradu práce aj v priebehu hospitalizácie osoby v zdravotníckom zariadení lôžkovej starostlivosti pre túto chorobu alebo úraz trvajúci nepretržite dlhšie ako 60 dní, podmienkou je, že táto skutočnosť bola oznámená a doložená. Sociálne šetrenie prevádza sociálny pracovník. O prevedenom sociálnom šetrení vyhotovuje sociálny pracovník písomný záznam, ktorý na požiadanie predkladá posudzovanej osobe.

Krajská pobočka Úradu práce pošle príslušnej okresnej správe sociálneho zabezpečenia žiadosť o posúdenie stupňa závislosti osoby, súčasťou tejto žiadosti je písomný záznam o sociálnom šetrení a kopia žiadosti osoby o príspevok. Pri posudzovaní stupňa závislosti osoby vychádza okresná správa sociálneho zabezpečenia zo zdravotného stavu osoby doloženého nálezom vydaným poskytovateľom zdravotných služieb. Okresná správa sociálneho zabezpečenia zašle príslušnej krajskej pobočke Úradu práce rovnopis posudku vydaného podľa zvláštného predpisu s uvedením základných životných potrieb, ktoré osoba nie je schopná zvládať aj s uvedením či ide o osobu s plnou alebo praktickou hluchotou alebo hlucho slepú, ak táto osoba nezvláda základné

životné potreby v oblasti orientácie. Toto posúdenie je súčasťou rozhodnutia o priznaní či zamietnutí príspevku, ktoré obdrží žiadateľ.

3.1.4 Kontrola využívania príspevku

Krajská pobočka Úradu práce kontroluje či bol príspevok využitý k zaisteniu pomoci, či je pomoc poskytovaná osobou blízkou alebo asistentom sociálnej starostlivosti či poskytovateľom sociálnych služieb. Ďalej kontroluje či je pomoc poskytovaná osobne tým, kto bol uvedený v žiadosti o príspevok. Kontroluje, či spôsob poskytovanej pomoci a jej rozsah odpovedá stanovenému stupni závislosti a či je zameraná na základné životné potreby, ktoré podľa výsledku posúdenia stupňa závislosti okresnou správou sociálneho zabezpečenia nie je osoba schopná zvládať. V prípade keď je pomoc poskytovaná osobou blízkou alebo asistentom sociálnej starostlivosti kontroluje, či táto osoba je zdravotne spôsobilá. Za zdravotne spôsobilú osobu k poskytovaniu pomoci sa nepovažuje osoba, ktorá má sama nárok na príspevok, iba ak lekársnym posudkom vydaným poskytovateľom zdravotných služieb doloží, že je schopná takúto pomoc poskytovať. Ďalej sa kontroluje, či s poskytovateľom sociálnych služieb bola uzatvorená zmluva o poskytovaní sociálnych služieb.

Zamestnanci štátu zaradení k výkonu práce v krajskej pobočke Úradu práce a zamestnanci štátu zaradení k výkonu práce na ministerstve sú na základe súhlasu osoby oprávnení vstupovať do obydlija, v ktorom osoba žije, za účelom prevedenia sociálneho šetrenia a kontroly využívania príspevku.

O výsledku kontroly prevedie krajská pobočka Úradu práce záznam do spisu, ktorý obsahuje hlavne popis zistených skutočností s uvedením nedostatkov a označením ustanovení právnych predpisov, ktoré boli porušené. Záznam o výsledku kontroly podpisujú osoby, ktoré kontrolu robili. So záznamom musí byť kontrolovaný oboznámený. Ak pobočka zistí pri kontrole závažné nedostatky v poskytovaní sociálnych služieb alebo zistí že sociálne služby sú poskytované bez oprávnenia k ich poskytovaniu je povinná okamžite písomne informovať príslušný krajský úrad.

Ak poskytuje oprávnenej osobe pomoc osoba blízka alebo asistent sociálnej starostlivosti, krajská pobočka Úradu práce vydá týmto osobám na ich žiadosť bezplatne

písomné potvrdenie preukazujúce dobu tejto starostlivosti na účely hmotnej núdze, zdravotného poistenia, dôchodkového poistenia a zamestnanosti, v tomto potvrdení vždy uvedie stupeň závislosti osoby, ktorej je starostlivosť poskytovaná. Pre účely dôchodkového poistenia sa v potvrdení uvádza aj údaj o výške príspevku, ktorá oprávnenej osobe v dobe poskytovania pomoci náležala (Zákon 108/2006 Sb., s. 125-129).

3.2 Sociálna podpora v Slovenskej republike

Rovnako i na Slovensku sa rodina môže rozhodnúť či sa o osobu s demenciou postará niekto z rodiny, či iný opatrovatel' v domácom prostredí, alebo sa môžu rozhodnúť o umiestnení svojho blízkeho do špecializovaného domova pre seniorov.

Od januára 2009 prešla sociálna pomoc a starostlivosť legislatívnymi zmenami, hlavne delegovaním kompetencií na obce a vyššie územné celky (ďalej VÚC) a kompetencie sa rozdelili medzi verejnú a štátnu správu. Sociálne služby rieši zákon č. 448/2008 Z. z. Zákon o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov. Podľa § 8 obec a vyšší územný celok zabezpečuje dostupnosť sociálnej služby pre osobu, ktorá je odkázaná na sociálnu službu. O takúto službu musí fyzická osoba požiadať písomne a môže žiadať aj o finančnú podporu poskytovania tejto sociálnej služby z verejných prostriedkov za podmienok ustanovených týmto zákonom. Okrem osobných údajov ako je meno a priezvisko fyzickej osoby, je potrebné vyplniť názov poskytovateľa sociálnej služby, miesto poskytovania sociálnej služby, druh a formu sociálnej služby, právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu a posudok o odkázanosti na sociálnu službu. Jedná sa o zariadenia podporovaného bývania, zariadenia pre seniorov, zariadenia opatrovateľskej služby, rehabilitačné strediská, domov sociálnych služieb, špecializované zariadenia, denný stacionár aj opatrovateľská služba. Obec a VÚC v rozsahu svojej pôsobnosti poskytne sociálnu službu sama, ak je poskytovateľom tejto sociálnej služby zapísanej do registra sociálnych služieb alebo zabezpečí poskytovanie sociálnej služby u iného poskytovateľa sociálnej služby zapísanej do registra (Zákon 448/2008 Z. z.).

V praxi to znamená, že v domácom prostredí môžu využiť sociálne služby miesta či obce v ktorom žijú, avšak tie nie sú zabezpečované v každej obci rovnako, niektoré, i väčšie obce dokonca ani nemajú vlastné možnosti opatrovateľskej služby ale ponúkajú tieto služby sprostredkovane cez komerčné agentúry. I k poskytovaniu základných služieb akým je trebárs podanie stravy, udržiavanie domácnosti v poriadku, nákupy a pod. je nutné vyplňovať množstvo formulárov a dodať lekárske posudky, na základe ktorých obec schváli počet hodín, ktoré by mala obec či agentúra poskytnúť pacientovi, zároveň mu časť nákladov na tieto služby preplatí. Avšak i po schválení takejto pomoci nie je ďalší postup automatický, nakoľko v obciach je nedostatok personálu na takýto typ práce a mnohokrát sa vo finále osobe s postihnutím poskytne akurát donáška obedu v pracovných dňoch. Ak sa fyzická osoba, ktorá potrebuje napríklad opatrovateľskú službu rozhodne využiť túto službu cez obec, nemôže podľa zákona žiadať o príspevok na opatrovanie. A naopak ak sa rozhodne požiadať o príspevok na opatrovanie, ktorý už nespadá pod obce a vyššie územné celky, nemôže požiadať obec a VÚC o opatrovateľskú službu.

Príspevok na opatrovanie osoby s demenciou na Slovensku upravuje zákon 447 Zákon o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov č. 8/2009 Z. z. Z tohto zákona čerpáme ďalšie informácie i my, zhrnuté pre naše potreby, a tiež z web stránky Ministerstva práce sociálnych vecí a rodiny.

Podľa spomenutého zákona kompenzácia sociálneho dôsledku ťažkého zdravotného postihnutia je zmiernenie či prekonanie sociálneho dôsledku takéhoto postihnutia poskytovaním peňažných príspevkov na kompenzáciu podľa zákona alebo poskytovaním sociálnych služieb podľa osobitného predpisu. Sociálnym dôsledkom ťažkého zdravotného postihnutia je znevýhodnenie, ktoré má fyzická osoba z dôvodu jej ťažkého zdravotného postihnutia v porovnaní s fyzickou osobou bez zdravotného postihnutia rovnakého veku a ktorá nie je schopná z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia prekonať sama. Ťažké zdravotné postihnutie je postihnutie s mierou funkčnej poruchy najmenej 50 %. Funkčná porucha je nedostatok telesných schopností, zmyslových schopností alebo duševných schopností fyzickej osoby, ktorý z predpokladaného vývoja zdravotného postihnutia bude trvať viac ako 12 mesiacov.

Sociálne dôsledky ťažkého zdravotného postihnutia sa kompenzujú v oblasti mobility a orientácie, komunikácie, zvýšených výdavkov, sebaobsluhy. Znížená pohybová schopnosť a znížená orientačná schopnosť je obmedzená schopnosť samostatne sa premiestňovať pre narušenie telesných funkcií, zmyslových funkcií či duševných funkcií. Účelom kompenzácie je zmierniť alebo prekonať znevýhodnenia v prístupe k veciam osobnej potreby a k stavbám a uľahčiť orientáciu a premiestňovanie sa. Narušená schopnosť komunikácie je obmedzená schopnosť komunikovať. Účelom kompenzácie v tejto oblasti je umožniť styk so spoločenským prostredím a sprístupniť informácie.

V oblasti zvýšených výdavkov sa kompenzujú výdavky na diétne stravovanie, či súvisiace s hygienou alebo opotrebovaním šatstva, bielizne, obuvi a bytového zariadenia, so zabezpečením prevádzky osobného motorového vozidla, so starostlivosťou o psa so špeciálnym výcvikom.

Obmedzená schopnosť sebaobsluhy je stav keď fyzická osoba s ťažkým zdravotným postihnutím v dôsledku poškodenia alebo straty telesných funkcií, zmyslových funkcií alebo duševných funkcií si sama nemôže zabezpečiť úkony sebaobsluhy, úkony starostlivosti o svoju domácnosť alebo realizovať základné sociálne aktivity. Účelom kompenzácie je poskytnúť pomoc pri úkone sebaobsluhy alebo poskytnúť osobitnú starostlivosť.

3.2.1 Náležitosti príspevku na opatrovanie

Fyzická osoba s ťažkým zdravotným postihnutím je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, ak je odkázaná na osobnú asistenciu, opatrovanie alebo sociálnu službu. Fyzická osoba so zdravotným postihnutím je odkázaná na opatrovanie, ak stupeň jej odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby je V alebo VI podľa osobitného predpisu.

Opatrovaním sa rozumie pomoc fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorá je na to odkázaná. Zmyslom a účelom je zabezpečiť pomoc pri úkonech sebaobsluhy, pri úkonech starostlivosti o domácnosť a pri realizovaní sociálnych a vzdelávacích aktivít.

Príslušný orgán vypracúva komplexný posudok na účely kompenzácie, ktorý obsahuje mieru funkčnej poruchy, vyjadrenie, že ide o fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím a dôsledky postihnutia vo všetkých oblastiach kompenzácie, návrh druhu peňažného príspevku na kompenzáciu, vyjadrenie druhu peňažného príspevku na kompenzáciu, vyjadrenie či fyzická osoba je odkázaná na sprievodcu a na individuálnu prepravu osobným motorovým vozidlom, termín opätovného posúdenia zdravotného stavu, ak ho určí posudkový lekár, odôvodnenie komplexného posudku. Takýto posudok sa nevypracúva, ak miera funkčnej poruchy fyzickej osoby na základe lekárskeho posudku je menej ako 50%.

K priznaniu príspevku na opatrovanie sa posudzuje a zisťuje príjem a majetok fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím a spoločne posudzovaných osôb, napr. manžela, manželky za kalendárny rok, ktorý predchádza kalendárnemu roku, v ktorom fyzická osoba požiadala o peňažný príspevok na kompenzáciu. Na účely poskytovania peňažných príspevkov na kompenzáciu sa príjem zisťuje ako priemerný mesačný za kalendárny rok. Fyzická osoba, na ktorú sa žiada peňažný príspevok na opatrovanie nesmie vlastníť majetok, ktorého hodnota je vyššia ako 39 833 €. Za majetok sa na účely poskytovania peňažných príspevkov považujú nehnuteľné a hnutel'né veci vo vlastníctve fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím vrátane peňažných úspor. Preukazuje sa podľa stavu v čase podania žiadosti. Za majetok fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím sa nepovažuje nehnuteľnosť, ktorú užíva na trvalé bývanie, pôda, ktorú užíva pre svoju potrebu. Hnutel'né veci, ktoré tvoria nevyhnutné vybavenie domácnosti, ošatenie, obuv, jedno osobné motorové vozidlo.

Peňažný príspevok na opatrovanie môže žiadať manžel, manželka, vnuk, vnučka, súrodenec, nevesta, zať, svokor, svokra, švager, švagriná, neter, synovec. Tento príspevok možno poskytnúť aj inej fyzickej osobe, ktorá opatruje fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím a býva s fyzickou osobou s ťažkým zdravotným postihnutím. Táto podmienka bývania sa považuje za splnenú, ak má fyzická osoba, ktorá opatruje osobu so zdravotným postihnutím, trvalý pobyt alebo prechodný pobyt v mieste trvalého pobytu fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím. Prípadne ak osoba s ťažkým zdravotným postihnutím má prechodný pobyt v mieste trvalého pobytu fyzickej osoby, ktorá ju opatruje a s ktorou býva. Peňažný príspevok na opatrovanie

možno poskytnúť len jednej fyzickej osobe. Fyzická osoba môže vykonávať opatrovanie, ak je plnoletá, má spôsobilosť na právne úkony v plnom rozsahu a je fyzicky a psychicky schopná vykonávať opatrovanie. Fyzická osoba s ťažkým zdravotným postihnutím musí udeliť písomný súhlas s opatovaním, ak je toho schopná.

3.2.2 Výška príspevku na opatrovanie

Peňažný príspevok na opatrovanie je mesačne 525,65 € pri opatovaní jednej fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím a 699,15 € pri opatovaní viacerých osôb. Tento príspevok dostáva fyzická osoba v produktívnom veku. Ak opatrovanie vykonáva dôchodca, ktorý poberá starobný dôchodok, predčasný starobný dôchodok alebo invalidný dôchodok z dôvodu poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 70%, výsluhový dôchodok alebo invalidný výsluhový dôchodok, tak sa nezohľadňuje ani neskúma príjem opatrovanej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím a suma peňažného príspevku na opatrovanie je mesačne 262,85 € pri opatovaní jednej osoby či 349,60 € pri opatovaní dvoch alebo viacerých osôb s ťažkým zdravotným postihnutím (MPSV SR, zákon 447/2008 Z. z.).

3.3 Možnosti využitia získaného príspevku

Nakoľko v Českej republike si príspevok žiada priamo osoba s postihnutím demencie, po priznaní príspevku sama rozhoduje o tom ako tento príspevok využije. Môže ho využiť tak, že osloví poskytovateľa sociálnych služieb, napríklad opatrovateľskú službu, charitu, denný stacionár, či denné centrum pre seniorov alebo ho môže použiť na zaplatenie za starostlivosť osobe blízkej či asistentovi sociálnej starostlivosti. O tento príspevok osoba s diagnózou demencie nepríde ani keď by sa pacient presťahoval z domáceho prostredia do domova so špecializovanou starostlivosťou.

Na Slovensku takáto variabilita nie je možná, nakoľko opatrovateľský príspevok nenáleží osobe s demenciou, ale opatrovateľke. Osoba s demenciou ani jeho rodina nemajú žiadnu možnosť získať financie na riešenie ich nepriaznivej situácie. Pokiaľ sa rodina rozhodne umiestniť osobu s demenciou do pobytovej služby, potom štát prispieva na tento pobyt podľa výšky príjmu a majetku takejto osoby, priamo poskytovateľovi tejto služby.

4 Sociálna podpora rodiny pacienta s demenciou

Podporou rodinných príslušníkov starajúcich sa o človeka s demenciou sa zaoberala Dragomirecká v časopise Sociálni práce, z ktorého čerpáme nasledujúcu časť.

Podpora rodín alebo jednotlivcov, ktorí sa starajú o blízku osobu trpiacu demenciou je jednou z dôležitých súčasných úloh sociálnej práce. Verejnosť, odborníci i vládne programy sa zhodujú v dôležitosti podpory života v prirodzenom sociálnom prostredí vo všetkých životných etapách. Rodinná starostlivosť umožňuje chorým žiť v známom prostredí s blízkymi ľuďmi a minimalizuje stratu užších i širších sociálnych väzieb a obľúbených aktivít. V porovnaní s rezidenčnými zariadeniami je lacnejšia, zachováva kvalitu života chorého a predlžuje i aktivitu a sebestačnosť takto chorých. Starostlivosť o blízkeho trpiaceho demenciou predstavuje vo väčšine prípadov značnú záťaž pre toho kto sa o chorého stará, s negatívnymi dôsledkami v oblasti psychickej, somatickej, sociálnej a finančnej.

Zákonom vymedzené sociálne služby nie sú primárne zamerané na starajúcich sa z rodiny ako na cieľovú skupinu, ale znižujú záťaž starajúcim sa tým, že preberajú časť priamej starostlivosti o chorého, napríklad asistenčné služby, pečovateľské služby, denné stacionáre, pobytové odľahčovacie služby, sociálne aktivizačné služby apod. Priama podpora starajúcim sa býva poskytovaná ako súčasť služieb určených pre seniorov, resp. pre osoby s demenciou a máva podobu individuálnej, skupinovej alebo rodinnej intervencie.

Medzi najčastejšie poskytované psychosociálne intervencie starajúcim sa osobám patrí poradenstvo, podporné skupiny a edukatívne programy. Cieľom intervencií je zníženie pociťovanej záťaže starajúceho sa vrátane depresívnych a úzkostných príznakov ako aj zvýšenie vedomostí čo sa týka znalosti problematiky starostlivosti, ošetrovateľských a komunikačných schopností a informovaného rozhodovania o liečbe a starostlivosti o chorého.

Prvým kritickým momentom rodinnej starostlivosti je jej samotný začiatok, kedy rodina začne u svojho člena pozorovať poruchy pamäti a problémy s vykonávaním určitých aktivít a nie je jasné, či sa jedná o príznaky závažného ochorenia alebo nevýznamné

involučné zmeny súvisiace s vekom, prípadne dočasnú reakciu na somatickú či psychickú záťaž. Situáciu neľahčuje ani to, že chorý sám zhoršenie nepozoruje či dokonca popiera a odmieta návštevu špecialistu, a že príznaky v mnohých prípadoch bagatelizuje aj lekár, na ktorého sa rodina obráti. Rodinný starajúci sa na ceste k vhodnej odbornej starostlivosti mnohokrát stretávajú s nepochopením a nedostatkom informácií. Včasná diagnostika Alzheimerovej choroby je pritom zásadná ako pre zahájenie liečby, ktorá pozitívne ovplyvní priebeh choroby, tak aj na vyhľadanie formálnych i neformálnych zdrojov starostlivosti a podpory. Je to problém, ktorý vyžaduje multidisciplinárny prístup a sociálni pracovníci môžu v roli koordinátorov starostlivosti podstatne prispieť k jeho riešeniu.

Tradičnou intervenciou poskytovanou rodinám v priebehu starostlivosti je individuálne poradenstvo, či už formou osobnej, telefonickej alebo internetovej konzultácie. V poslednej dobe sa rozvíjajú takisto skupinové intervencie psychoedukačné programy a svojpomocné podporné skupiny.

4.1 Dôležitosť, význam, ciele a náležitosti podporných skupín

Primárnym cieľom podporných skupín je poskytovať emocionálnu podporu tým, ktorý sa starajú o človeka s demenciou. V krajinách západnej Európy a Severnej Ameriky má združovanie ľudí starajúcich sa o pacientov s demenciou dlhšiu tradíciu, u nás sa mohlo rozvíjať až od 90. rokov. Dôležité je vzájomné zdieľanie emócií a vzájomná podpora. V prípade závažnejších psychických starostí je účastníkom ponúknutá psychoterapeutická pomoc. Účasť v skupine starajúcich sa posilňuje, pomáha im prekonať pocity izolácie a bezmoci a učí je prijímať vlastné limity. Podporné skupiny organizujú na svojich pobočkách napríklad Diakonie CČE a Život 90 (Dragomirecká, 2018).

Okrem poskytnutia psychosociálnej, emocionálnej a informačnej podpory tým, ktorí sa o blízkeho s demenciou starajú je cieľom svojpomocných skupín aj zdieľať svoje pocity a zážitky, dozvedieť sa viac o chorobe a poskytovaní starostlivosti, prechádzať problémy, s ktorými sa trápia či možnosti voľby ktoré majú, počúvať ostatných, ktorí zdieľajú podobné pocity a zážitky, pomáhať ostatným prostredníctvom zdieľania myšlienok, informácií a poskytovaním podpory, možnosť byť inde ako doma, postarať

sa sami o seba a tým ochrániť svoje zdravie a pohodu, uvedomiť si že nie sú v tejto situácii sami.

Podporné skupiny by sa mali riadiť základnými princípmi:

Každý člen skupiny môže niečím prispieť alebo získať. Podporná skupina pracuje na princípe vzájomného zdieľania a spolupráce, ktorá odpovedá potrebám členov a je im k prospechu. Každý člen skupiny má čo ponúknuť – náhľad na svoje skúsenosti so starostlivosťou alebo iné užitočné informácie, ktoré môžu obohatiť ostatných. Rovnako tak môže každý člen skupiny získať tým, že sa podelí o svoje emócie a zážitky a redukuje tak svoje obavy a starosti.

Neexistuje perfektný starajúci sa. V našej spoločnosti sa môže javiť roľ starajúceho sa zidealizovaná. Pokiaľ sa človek stará o niekoho s demenciou, ľahko získa pocit viny. Je potrebné si uvedomiť, že starajúci sa zostávajú ľuďmi so svojimi chybami a omylmi. Byť starajúcim sa neznamená byť úplne dokonalým. Občas môžu na seba klásať nerealistické nároky alebo zisťovať že ich kladú iní. Podporné skupiny majú byť miestom, kde sa starajúci cíti natoľko slobodný, že sa nehanbí priznať svoje chyby a slabosti, ale taktiež podeliť o svoje silné stránky. Ľudia budú chybovať vždy a podporná skupina im má umožniť hovoriť o tom a poučiť sa od ostatných.

Poskytuje si navzájom informácie, nie rady. Ľudia, ktorí sa starajú o pacienta dlho, majú dostatok skúseností na to, aby sa o nich mohli podeliť so začiatkovníkmi. Možnosť výmeny informácií patrí k dôležitým funkciám podporných skupín. Je však potrebné dbať na to, aby sa táto funkcia nezúžila na jednoduché rady typu: „Jediné, čo musíte urobiť je...“

Situácia každého starajúceho sa a každého človeka s demenciou je iná. Každý človek s demenciou a každý starajúci sa je individualitou a tak sa k nim musí aj pristupovať. Rozhodnutie, ktoré urobil jeden starajúci sa, napríklad ako jednať pri zložitom chovaní alebo pri umiestňovaní do inštitucionálnej starostlivosti, nemusí byť nutne správne pre iného. Daná situácia sa dá obvykle riešiť niekoľkými spôsobmi, každý spôsob môže byť pre rôzne členy podpornej skupiny v ich situácii inak vyhovujúca, a pritom obecné rovnako platná a hodnotná.

4.1.1 Typy podporných skupín

Niektoré podporné skupiny majú pravidelný program prednášok. Skupina má rôzny počet členov, ktorý môže presahovať aj dvadsať účastníkov. Keď skončí prednáška, členovia skupiny majú pri občerstvení možnosť sa vzájomne neformálne stretnúť. Malá podporná skupina je tradičná. Skupina máva päť až dvanásť členov a stretáva sa v pravidelných intervaloch, časť u niekoho doma. Stretnutie má presne určený začiatok a koniec. Účastníci hovoria o svojich pocitoch a vzájomne si ponúkajú podporu. Uzavretá skupina je vhodná pre získanie plnej dôvery a vytvorenia hodnotných vzťahov. To znamená, že do skupiny nie sú prijímaní žiadni noví účastníci. Táto forma nie je vhodná ak je jedinou ktorá na danom území funguje. Informatívna a terapeutická skupina je variantou uzavretej skupiny. Je časovo obmedzená, obvykle na 8 až 12 týždňov. Zahŕňa informácie a fakty, zaoberá sa pocitmi straty a ďalšími témami pre starajúcich sa. Obsahuje aj tréningovú súčasť a je vysoko štruktúrovaná. Cieľom je dať novým starajúcim sa nástroje k tomu, aby si vedeli dať rady, porozumeli chorobe a spôsobom ako ňou môže byť človek zasiahnutý. Mali by taktiež porozumieť svojim vlastným pocitom.

4.1.2 Praktické náležitosti

Zahájenie práce so skupinou a jej udržanie v chodu vyžaduje mnoho času a energie. V prvej rade by si členovia mali zistiť či sa v ich okolí nevyskytuje iná podporná skupina zriadená inou organizáciou. Môže sa stať že ľudia, ktorí sa starajú o osoby postihnuté demenciou pocítia, že majú svoje špecifické starosti a skúsenosti a že sa chcú stretávať samostatne. Môže byť prospešné, aby sa pred zriadením podpornej skupiny jej zakladatelia stretli so zástupcami ČALS a konzultovali konkrétny postup. Pri diskusii je potrebné popremýšľať o tom, čo konkrétne pomôže každodennému hladkému chodu skupiny. Cieľom je zaistiť, aby podporná skupina ponúkla bezpečné a spoľahlivé prostredie každému kto sa stará o chorého, či už sa zúčastňuje každého stretnutia alebo dochádza iba príležitostne.

Je nutné sa rozhodnúť ako často sa bude skupina stretávať. Niektoré skupiny sa stretávajú každý mesiac, iné raz za štrnásť dní. Pokiaľ je potrebné usporadovať schôdzky častejšie, je nevyhnutné zaistiť aby sa organizátori a kľúčoví členovia skupiny

zaviazali k prítomnosti na každej schôdzke. Ak majú pacienti zaistnú dennú starostlivosť vhodnou dobou schôdzok môže byť dopoludnie alebo časné odopoludnie. Večerné skupiny sú vhodné v prípade, že ľudia s demenciou nepotrebujú trvalú prítomnosť inej osoby, alebo sa nájde niekto kto u nich po dobu stretnutia zostane.

Založenie podpornej skupiny by mal organizovať človek, ktorý je srdečný a priateľský k ľuďom, ktorí navštevujú podpornú skupinu. Vďaka takémuto prístupu sa členovia ukludnia a tiež povzbudia k tomu, aby boli otvorení a vyjadrovali svoje pocity. Nie je dôležité čo robil organizátor v minulosti, ale je dôležité aké skúsenosti, schopnosti a znalosti vnesie do svojej novej funkcie. Mal by si byť vedomý, čo do jeho súčasnej role prináša jeho rola minulé a aké má limity. Niektoré podporné skupiny sú vedené opatrovateľmi a bývalými opatrovateľmi, iné sú vedené profesionálmi. Ďalej by mal organizátor mal mať dobré znalosti z oblasti demencie, mal by poznať ponuku služieb v regióne, kde môže byť opatrovateľom poskytnutá pomoc. Dôležitou súčasťou úlohy organizátora je predávanie všetkých dostupných informácií opatrovateľom, ktorí ho kontaktujú alebo sa zúčastňujú stretnutí skupiny. Neočakáva sa, že by organizátor poznal všetky informácie naspamäť. Je tiež dôležité aby vedel, kde sú hranice jeho možností. V prípade potreby musí vedieť vyhľadať človeka, ktorý má lepšie znalosti v určitej špecifickej oblasti ako má on sám, napríklad v oblasti sociálnych dávok (ČALS, 2019).

Slovenská Alzheimerova spoločnosť na svojich stránkach uvádza, že na Slovensku existujú kontaktné miesta, kde je poskytovaná pomoc rodinám s Alzheimerovou chorobou pomocou podporných skupín a to v Banskej Bystrici - Spoľach, Banskej Štiavnici – Domov Márie, Rožňave - Subsidium, Leviciach - Aptet, Bratislave - SAS, Piešťanoch – Aksen a v Košiciach - Arcus. Takisto má na svojich stránkach zverejnený projekt a pravidla za účelom vznikania nových kontaktných miest, ktorým tento status sama udeľuje. Pred tým, ako Slovenská Alzheimerova spoločnosť udelí niektorému kontaktnému bodu status kontaktného miesta, musí zariadenie fungovať ako info bod, ktorý distribuuje informačné letáky do rodín v danom regióne. Kontaktný bod okrem distribúcie informačných letákov realizuje pravidelné stretnutia príbuzných a prednášky pre rodinných opatrovateľov. K získaniu statusu kontaktného miesta je potrebné splniť nasledujúce body: dostupnosť, čas a priestor pre aktivity, odborný personál a činnosti

ako organizovanie podporných skupín, jednorazových prednášok pre rodiny, vzdelávania, distribúciu informačných letákov Slovenskej Alzheimerovej spoločnosti, účasť na príležitostných aktivitách ako je Týždeň mozgu, Svetový deň Alzheimerovej choroby, a ďalších činností na dobrovoľnej báze ako tréningy pamäti, prednášky pre verejnosť atď. Od kandidáta vyžadujú VŠ vzdelanie zamerania pedagóg, sociálny pracovník, psychológ, zdravotná sestra, andragóg s praxou minimálna tri roky, z toho aspoň jeden rok práca s klientom s Alzheimerovou chorobou. Požadujú znalosť v oblasti vedenia podporných skupín, poradenstva rodinám a starostlivosti o ľudí chorých na Alzheimerovu chorobu. Takisto vyžadujú znalosť potrieb daného regiónu, monitorovanie cieľových skupín či prehľad o formách pomoci v svojom regióne. Pre získanie statusu kontaktného miesta sú podľa nich potrebné i manažérske schopnosti pre potrebnú komunikáciu so samosprávnou daného regiónu, vytváranie vzťahov s ďalšími odborníkmi, komunikáciou so Slovenskou Alzheimerovou spoločnosťou v rámci poskytovania aktivít a služieb. Ako posledný bod majú uvedenú osobnú zanosť pre skvalitňovanie života pacientom a rodinám s Alzheimerovou chorobou pre spádovú oblasť (Slovenská Alzheimerova Spoločnosť, n.d).

4.2 Podporná terapia pre starajúcich sa

Špeciálna starostlivosť by sa mala venovať rodinám pacienta s demenciou, ktorí často zabúdajú na svoj psychický stav. Miera stresu u starajúcich sa je značná a môžu tiež pociťovať zlyhania vo svojej roli. Pod mierou tejto frustrácie a ťažkej komunikácii s pacientmi s demenciou môže narastať agresivita a iné neuropsychiatrické prejavy zo strany pacienta. Prítomnosť takýchto prejavov u pacienta (poruchy nálady a emotivity, poruchy chovania), má dopad na prežívanie starajúcich sa a môžu sa tak v starostlivosti o svojich blízky cítiť bezmocní. V tejto fáze je treba ponúknuť im terapeutickú podporu od psychológa.

Kľúčovú úlohu tu má porozumenie syndrómu demencia. Pokiaľ starajúci sa pochopí, že zmeny chovania i rôzne neobvyklé a neočakávané reakcie sú dôsledkom ochorenia, a že sa nejedná o neschváli, ako ich často popisujú, je pre nich jednoduchšie adekvátne reagovať. Tiež je potrebné zdôrazniť dôležitosť ich úlohy a to aj v situáciách keď oni sami majú pocit, že starostlivosť celkom dobre nezvládajú. Možnosť ďalších konzultácií

a to napríklad i v krízových situáciách je dôležitým faktorom, ktorý uľahčuje starostlivosť a oddaľuje inštitucionalizáciu (Bajtošová a kol., 2021).

4.3 Odl'ahčovacia služba

Táto služba môže mať formu terénnu, ambulantnú aj pobytovú a umožňuje príslušníkovi rodiny, ktorý sa o pacienta stará odpočinúť si od záťaže, ktorú starostlivosť prináša alebo si obstaráť osobné záležitosti. Odl'ahčovacia služba teda dočasne preberá starostlivosť o chorého. Služba zahŕňa pomoc pri zvládaní všetkých bežných denných činností – pomoc pri osobnej hygiene, poskytovanie stravy alebo pomoc pri jej príprave, sprostredkovanie kontaktu so spoločenským prostredím, ponúka sociálne terapeutické činnosti, pomoc pri uplatňovaní práv alebo vybavovanie osobných záležitostí a v prípade pobytovej služby poskytuje ubytovanie. Odl'ahčovacia služba sa poskytuje na obmedzenú dobu (zákon č.108/2006 Sb. s. 133).

4.4 Psychosociálne intervencie

Psychosociálne intervencie rešpektujú individualitu daného človeka, prostredie v ktorom človek žije, obvyklý spôsob starostlivosti, sociálne zázemie a podobne. Okrem farmakoterapie má zásadný prínos v starostlivosti o pacientov s neurodegeneratívnymi ochoreniami aj rehabilitácia, starostlivosť o celkový stav, podporná liečba a komunikačné prístupy, reminiscenčné terapie, arteterapie a rôzne ďalšie techniky – tieto psychosociálne intervencie označované aj ako nefarmakologická liečba reagujú na komplexnosť problematiky demencie. I keď zatiaľ nemáme kauzálny liek, existuje mnoho metód a prístupov, ktorými môžeme zlepšiť kvalitu života človeka s demenciou aj jeho rodinných príslušníkov – na toho kto sa o chorého stará, je potrebné nahliadať ako na neviditeľného druhého pacienta s demenciou (Brodaty, Donkin, 2009, s. 217-228).

5 Zistené rozdiely, výhody, nevýhody, odporúčania

5.1 Rozdiely v možnostiach pre pacienta

V Českej republike: Česká alzheimerova spoločnosť (ďalej len ČALS) od roku 2010 ponúka možnosť svojpomocných skupín priamo pre ľudí s demenciou s názvom „Toulky paměti a duší“. Je určená pre ľudí v skoršom štádiu demencie, pomáha im udržať si nadhľad a samozrejme poskytuje psychosociálnu podporu. Stretávajú sa jedenkrát za tri týždne. Skupina je podporná a priateľská, pracuje na princípu vzájomného zdieľania a spolupráce, ktorá zodpovedá potrebám jej členov a k ich prospechu. Ľudia trpiaci syndrómom demencia si na týchto stretnutiach predávajú informácie o vlastnej chorobe, zdieľajú zážitky a pocity, častou témou býva diagnóza, liečba a hlavne zvládanie dôsledkov choroby, vyrovnávanie sa s radou prekážok, ktoré choroba prináša, rodina a reakcie jednotlivých členov rodiny, vzťahy, starostlivosť o potomstvo. Niekedy býva stretnutie aj s negatívnymi emóciami, často však s humorom a neobyčajným vhl'adom do celkovej situácie. V skupine panuje veľmi pozitívna podporná a priateľská nálada, mnohí z účastníkov nadradujú takéto stretnutia nad iné terapeutické či liečebné postupy tejto choroby. Pravidelná a dlhoročná účastníčka týchto skupín trefne poznamenáva: „*Človek si nemôže vybrať ako sa cíti, ale môže si vybrať čo s tým urobí.*“ (ČALS, 2013).

V Slovenskej republike: Nie sú žiadne svojpomocné skupiny pre pacientov s demenciou.

Doporučenie: Každý pacient s demenciou by mal mať možnosť svojpomocných skupín, prípadne skupinových terapií s ľuďmi s podobným osudom. Malo by byť samozrejmosťou, že v každom meste v dome sociálnych služieb by býval program aj pre ľudí s demenciou (napríklad spomínané svojpomocné skupiny), ktorého by sa mohli zúčastňovať pacienti z okolia a spádových oblastí.

5.2 Rozdiely pre opatrovateľov a rodinu pacienta

V Českej republike: Pre jednoduchosť a dostupnosť pečovateľských služieb má rodina i pacient dlhšiu možnosť dožitia v domácom prostredí. Pečovateľské terénne služby – ktoré poskytujú svoje služby nielen v týždni ale i cez víkendy, ďalej denné centrá, odľahčovacie služby im výrazne pomáhajú k tomuto cieľu. Vybavenie pečovateľskej služby je veľmi rýchle, stačí vypísať jednoduchú jednostránkovú žiadosť, na základe ktorej sociálny pracovník uskutoční sociálne šetrenie v domácnosti, následne podpíšu zmluvu, kde je špecifikované aké úkony a služby sa budú v domácnosti vykonávať a vypracujú individuálny plán. Vo výnimočných prípadoch dokážu takúto službu poskytnúť i v ten istý deň po podpísaní zmluvy. Neskúma sa výška majetku, nie sú potrebné lekárske správy, ani netreba vybavovať odkázanosť na sociálnu službu, či príspevok na opatrovanie (ten si môže pacient vybaviť dodatočne, ak má o tento príspevok záujem alebo ho už môže mať vybavený vopred).

V Slovenskej republike: Nakoľko je vybavovanie opatrovateľskej služby v právomoci každej obce, táto služba vykazuje značné rozdiely podľa miesta pobytu. Je poskytovaná len v pracovných dňoch a väčšinou v časovom rozmedzí 07:00 – 15:00, čo je nedostatočné. Vybavenie takejto služby je príliš komplikované, proces je zdĺhavý, keďže vyžaduje dokumenty ako lekárske správy od špecialistov (kým sa človek s demenciou vôbec dostane na rad k psychiatrickému lekárovi z dôvodu sociálneho posudku, uplynie niekoľko mesiacov), čestné vyhlásenie o výške majetku s úradne overeným podpisom, odkázanosť na sociálnu službu. Aj keď sa rodine, či pacientovi s demenciou podarí celú tortúru absolvovať, nakoniec sa môže stať, že aj keď je odkázanosť na sociálnu službu schválená, z dôvodu personálneho nedostatku v obci mu vôbec opatrovateľská služba nie je poskytnutá. Ďalšou nevýhodou je, že ak sa všetko podarí a obec má personálny dostatok k poskytnutiu úkonov opatrovateľskej služby (niekedy jedinou službou je dovezenie obedov), tak v prípade že sa neskôr stav pacienta zhorší natoľko, že potrebuje stálu opateru, musí absolvovať nové vybavovania na Úrade Práce sociálnych vecí a rodiny, vyplňať nové dokumenty, pričom musí mať obcou potvrdené, že mu nie je poskytovaná opatrovateľská služba. Teda dovtedajšiu opatrovateľskú službu musí ukončiť a musí riskovať zamietnutie príspevku pre stálu opatrovateľku (ktoré je žiaľ časté). V prípade zamietnutia stálej opatrovateľky, zostane

bez akejkolvek služby. Pacient nemá v podstate žiadnu možnosť promptne riešiť svoju situáciu, tak ako je tomu v Českej republike.

Doporučenie pre Slovensko: Ak by mala spadať opatrovateľská služba pod obce, tak tie by mali mať povinnosť zabezpečiť ju tak, aby efektívne fungovala. Mala by byť dostupná od rána do večera a tiež cez víkendy. Mala by zamestnávať dostatok ľudí, tak aby ten, ktorý službu potrebuje mal okamžitú pomoc. Zároveň je to príležitosť vytvárať pracovné miesta hoci aj na čiastočné úväzky. Takisto by mala zabezpečovať všetky potrebné úkony od nákupu, cez podávanie stravy, upratanie domácnosti, doprovod k lekárovi, a podobne. Je to spôsob ako pomôcť ľuďom s postihnutím žiť dlhšie v svojom domácom prostredí. Najdôležitejším bodom je však odbúranie náročnosti vybavovania takejto služby. Hoci aj za cenu, že by služba nebola spolufinancovaná obcou, ale samotným pacientom, tak ako tomu je v Českej republike.

Doporučenie pre obe krajiny: Bolo by vhodné, keby každá obec mala svojho sociálneho pracovníka, ktorý by vedel pomáhať občanom obce. V mestách je zvyčajne viac možností sociálnych služieb a občania často vedia kam sa obrátiť v prípade nepriaznivej situácie. Avšak v dedinách je nielen menej možností ale i horšia dostupnosť. Ak by sa pacient s demenciou, prípadne jeho rodina obrátili na sociálneho pracovníka v obci, ten by im mal povinnosť pomôcť, poradiť, či situáciu riešiť. Z praxe na Slovensku, sociálnu činnosť vykonávajú matrikárky, ktoré majú na starosti mnoho ďalšej agendy a preto sa sociálnej činnosti nemôžu venovať dostatočne. Znovu ide o možnosť vytvorenia pracovného miesta, postačovalo by i na čiastočný úväzok (výborné pre matky s malými deťmi, pre ktorých práca na plný úväzok je veľmi náročná).

Nazdávame sa, že práve kvalitné fungovanie denných centier či dostupnej pečovateľskej služby sú kľúčom k tomu, aby osoby s demenciou mohli čo najdlhšie žiť vo svojom domácom prostredí a zároveň by bolo ich blízkym umožnené viesť vlastný život. Pestrý program v denných centrách, či podporné skupiny priamo pre pacienta vnímame ako jednu z nefarmakologických možností podpory osoby s demenciou.

Svojpomocné skupiny pre opatrovatel'ov v Českej republike:

Založenie podpornej skupiny v Českej republike sa javí jednoduchšie ako na Slovensku. Podľa preštudovaných údajov nie je v Českej republike založenie podpornej skupiny pre ľudí starajúcich sa o pacienta s demenciou viazané povinnosťou založiť ju cez Českú Alzheimerovú spoločnosť, ani nie sú vyžadované povinné aktivity pre túto spoločnosť. ČALS iba doporučuje byť v spojení s ich najbližším kontaktným miestom.

Svojpomocné skupiny pre opatrovatel'ov na Slovensku:

Slovenská Alzheimerova spoločnosť na svojich stránkach udáva podmienky vzniku podporných skupín, ktoré patria pod takzvaný kontaktný bod, ale pred tým ako schvália status kontaktného miesta musí mu predchádzať najskôr vzniknutie info bodu, ktorý distribuuje informačné letáky do rodín v danom regióne. Podľa nich je zakladanie kontaktných miest na Slovensku dlhodobý proces, nakoľko závisí od veľkodušnosti ľudí, ktorí sú ochotní urobiť niečo viac pre druhých (Slovenská Alzheimerova Spoločnosť, n. d.).

Denné centrá, odľahčovacie služby:

Z registra sociálnych služieb sa nám nepodarilo presne zistiť, ktoré denné centrá a odľahčovacie služby sú vhodné aj pre pacientov s demenciou. Zo skúsenosti však vieme, že v Českej republike je takmer v každom domove s pečovatelskou službou, zároveň možnosť odľahčovacej služby na krátkodobé obdobie, napríklad počas dovolenky a tiež Charita vo väčšine svojich pobočiek ponúka terénnu odľahčovaciu službu pre rodinných starajúcich sa, kým si potrebujú povybavovať svoje záležitosti. Na Slovensku v čase doopatrovania svojich rodičov takéto možnosti v širokom okolí reálne neboli žiadne.

Denné centrá vhodné aj pre ľudí s demenciou majú veľký prínos pre prijímateľa aj rodinu. Prínos pre prijímateľa je v stimulácii mentálnych a fyzických schopností aktivizačným programom. Ďalej podpora psychickej pohody prostredníctvom terapeutických programov, prevencia sociálnej izolácie a podpora kontinuity života v prirodzenom domácom prostredí. Pre rodinu je hlavným prínosom možnosť pokračovať v zamestnaní, podpora rodinnej súdržnosti, oddialenie umiestnenia

v pobytové sociálnej službe, regenerácia síl opatrovateľa počas pracovných dní a bezplatné odborné poradenstvo. Počet denných centier vhodných pre pacientov s demenciou sa nám rovnako nepodarilo zistiť, nakoľko niektoré denné centrá fungujú skôr ako centrum voľného času pre seniorov.

Zhrnutie:

V Českej republike sa javí systém starostlivosti o ľudí s demenciou a ich rodiny pružnejší, jednoduchší s väčšími možnosťami pre samotného pacienta a jeho rodinu ako na Slovensku. Lepšie možnosti sa javia aj pri skúmaní finančnej podpory, ktorá je veľmi potrebná v prípade takýchto ochorení. Podľa Průšu (2021, s. 81) však výhodou na Slovensku oproti Českej republike je počet šiestich stupňov odkázanosti oproti štyrom, ktoré sú v Českej republike. Podľa neho je súčasný počet štyroch stupňov závislosti v Českej republike najnižší zo všetkých zemí, ktoré túto formu hodnotenia využívajú.

Z viacerých údajov ktoré sa nám podarilo získať z Ústredia ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky a z Generálneho riaditeľstva Úradu práce Českej republiky vyberáme práve tie, ktoré je možné porovnať medzi sebou.

Tabuľka 1

Príspevok na opatrovanie – vyplatený v septembri 2022 v Českej republike

Příspěvek na péči - vyplaceno v září 2022		
stupeň závislosti/věk	do 18 let	nad 18 let
I – lehká	12 043	86 409
II - středně těžká	9 425	104 499
III – těžká	6 419	88 602
IV – úplná	4 827	50 991
Celkem	363 205	

Zdroj: generální ředitelství ÚP ČR

Tabuľka 2

Príspevok na opatrovanie – vyplatený v septembri 2022 v Slovenskej republike

SEPTEMBER 2022				
	na opatrovanie	z toho ženy	na opatrovanie - počet opatrovaných	z toho ženy
Slovenská republika	63 890	49 568	65 658	37 292

Zdroj: Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky

V obidvoch krajinách jestvujú prehľadné registre poskytovateľov sociálnych služieb so základnými údajmi o druhu a forme sociálnej služby. V Českej republike zahŕňajú aj webové stránky, keď sú k dispozícii.

Obrázok 3

Register poskytovateľov sociálnych služieb v ČR

Portál MPSV | MPSV | Formuláře

REGISTR POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Hlavní stránka | Vyhledání služby

Kritéria vyhledání (podle adresy zařízení) rozšířené vyhledávání

Sociální služba

Kraj: Okres:
 Včetně okolních okresů

azylové domy	(212)	centra denních služeb	(72)
denní stacionáře	(271)	domovy pro osoby se zdravotním postižením	(209)
domovy pro seniory	(528)	domovy se zvláštním režimem	(400)
domy na půl cesty	(24)	chráněné bydlení	(222)
intervenční centra	(17)	kontaktní centra	(62)
krizová pomoc	(45)	nízkoprahová denní centra	(74)
nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	(248)	noclehárny	(82)
odborné sociální poradenství	(529)	odlehčovací služby	(344)
osobní asistence	(207)	pečovatelská služba	(677)
podpora samostatného bydlení	(57)	průvodcovské a předčitatelské služby	(13)
raná péče	(49)	služby následné péče	(51)
sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	(255)	sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby	(118)
sociálně terapeutické dílny	(146)	sociální rehabilitace	(337)
telefonická krizová pomoc	(33)	terapeutické komunity	(15)
terénní programy	(212)	tísňová péče	(19)
tlumočnické služby	(27)	týdenní stacionáře	(48)

Technické zabezpečení

Zdroj:http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?jsessionid=6FC6A6A117C433B9B55D153A8973ED9B.node1?SUBSESSION_ID=1680033843433_1

Na Slovensku existuje register sociálnych služieb, v ktorom sa tiež dajú filtrovať sociálne služby podľa rôznych špecifik a potrieb.

Obrázok 4 Register sociálnych služieb na Slovensku

Miesto poskytovania Nitriansky kraj X

Cieľová skupina FO s ťažkým zdravotným postihnutím alebo nepriaznivým zdravotným stavom X

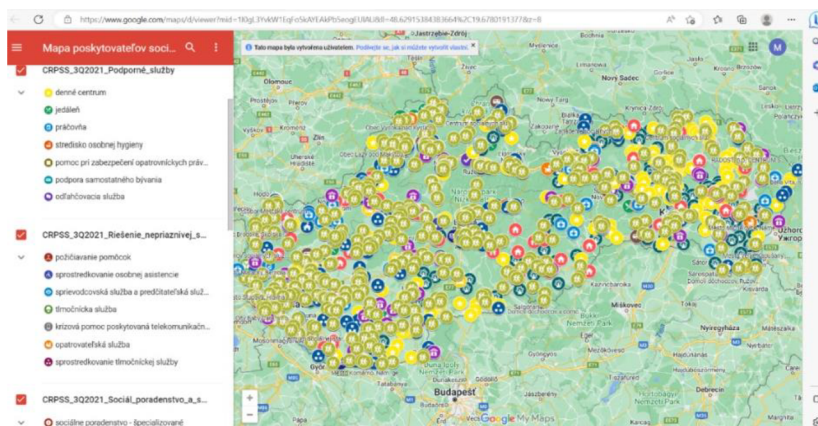
Zoradiť 151 výsledkov podľa abecedy (vzostupne) v

Poskytovateľ, sídlo, IČO	Druh a forma sociálnej služby	Miesto poskytovania	Detail
Ad usum, n.o. Poľovnícka 3428/39B, 93201 Veľký Meder 45736031	opatrovateľská služba terénna	Nitriansky kraj	>
ADOS SPOKOJNOSŤ s.r.o. Pribinova 72/14, 95501 Topoľčany 46935894	opatrovateľská služba terénna	Nitriansky kraj	>
Anjelské ruky, n.o. Kostolná ul. 292/55, 94504 Komárno 45733112	opatrovateľská služba terénna	Okres Nové Zámky	>
Anjelské ruky, n.o. Kostolná ul. 292/55, 94504 Komárno 45733112	opatrovateľská služba terénna	Okres Komárno	>
ATENA - SMART CARE, s. r. o. Kamenského 1207/13, 05501 Banská	opatrovateľská služba	Nitriansky kraj	>

Zdroj: <https://sos.mpsvr.gov.sk/pm/poskytovatel-sos>.

Okrem registra sociálnych služieb existuje na Slovensku i interaktívna mapa sociálnych služieb so základnými údajmi.

Obrázok 5 Interaktívna mapa sociálnych služieb na Slovensku



Zdroj: Mapa poskytovateľov sociálnych služieb v Slovenskej republike
<https://www.google.com/maps/d/embed?mid=1I0gL3YvkW1EqFo5kAYEAKPb5eogEUIAU&ll=48.62915384383664%2C19.6780191377&z=8> - 3. kvartál 2021 – Moje mapy Google

Tabuľka 3 Zistené údaje o príspevku na péči / opatrovanie v prehľadnej tabuľke

ZISTENÉ NÁLEŽITOSTI	Česká republika	Slovenská republika
Názov príspevku	Príspevek na péči	Príspevok na opatrovanie
Žiadosť sa podáva / následne priznáva a vypláca	Krajská pobočka úradu práce	Okresný úrad práce
Príspevok je vyplácaný	Osobe s postihnutím	Osobe ktorá sa o chorého stará
Nutnosť znovu žiadania o príspevok v prípade výmeny opatrovateľa	NIE	ÁNO
Možnosť kombinovať či rozdeliť príspevok medzi viacerých poskytovateľov	ÁNO	NIE
Vypláca sa aj v prípade inštitucionalizovanej starostlivosti	ÁNO	NIE
Počet strán žiadosti	3	5

Zdroj: vlastné spracovanie

Tabuľka 4 Zistené údaje o opatrovateľskej službe / pečovatelské službě

Zistené náležitosti	Česká republika	Slovenská republika
Opatrovateľskú / pečovatelskú službu zabezpečuje	Sociálna služba (napr. Charita)	Obec, vyšší územný celok
Písomná žiadosť potrebná	ÁNO	ÁNO
Potrebné prílohy k žiadosti	ŽIADNE	Právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na sociálnu službu, posudok o odkázanosti na sociálnu službu, k nim potrebné lekárske správy nie staršie ako 6 mesiacov, vrátane špecializovaného lekára (psychiatra pre pacienta s demenciou)
Predpokladaný začiatok poskytovania služby od podania žiadosti	behom pár dní (0-5), podľa potreby	Celý proces trvá niekoľko mesiacov vzhľadom k tomu, že k odkázanosti na soc. službu je pre pacienta s demenciou potrebný aj posudok od psychiatra, a ten pred tým potrebuje posudok od psychológa

Zdroj: vlastné spracovanie

5.3 Záver

Keď sme na začiatku spomenuli pestúnsku starostlivosť, nedá nám nespomenúť ju i nakoniec. Bolo by veľmi zaujímavé pripraviť podobnú komparáciu sociálnej podpory rodiny s deťmi v pestúnskej starostlivosti a rodiny starajúcej sa o pacienta s demenciou. Podpora takýchto rodín by sa veľmi líšila, nakoľko rodiny starajúce sa o deti v pestúnskej starostlivosti majú podporu sprevádzajúcej organizácie, ktorá pomáha riešiť všetky náročnejšie situácie, majú pravidelné, povinné školenia so stretnutiami s ostatnými rodinami, kde si môžu povymieňať kontakty a priateľiť sa podľa toho komu ako vyhovuje. Okrem toho môžu využívať služby supervízora, detského psychológa, kľúčovej sociálnej pracovníčky, čo prispieva k hladšiemu priebehu takejto starostlivosti. Podpora rodiny s pacientom s demenciou je pri takomto porovnaní viac ako nedostatočná. Deti vyrastajúce do našej spoločnosti si isto zaslúžia mať okolo seba starostlivých ľudí, ktorí aj sami dostávajú podporu a starostlivosť. Vďaka tomu môžu



opatrovatelia pracovať psychicky vyrovnané a spokojné. Avšak nemalo by sa zabúdať ani na našich rodičov a prarodičov, ktorí už preukázateľne svoj prínos naším generáciám priniesli. Je to akoby sme vedeli povedať deťom prosím (prosím o to aby si bol v našej spoločnosti prínosný, spokojný, vedel sa začleniť a podobne), ale nevedeli povedať svojim rodičom ďakujem. V čase keď sa podarilo zvýšiť vek dožitia by tento potenciál mal byť využitý zmysluplne. Nech môžeme i my dopomáhať naplniť motto gerontologickej spoločnosti USA: „Nejde len o to, pridávať roky životu, ale i o to, pridávať život darovaným rokom“ (Křivohlavý, 2011, s. 9).

6 Odborná prednáška

Odborná prednáška sa radí medzi menej náročné odborné akcie, je výsledkom kvalitnej a systematickej prípravy. Účastníkmi sú kolegovia zhruba na rovnakej úrovni, ako tomu býva napríklad pri sympóziách. Cieľom býva zverejniť ostatným aktuálne dosiahnuté výsledky vedeckej práce (Hierhold, 1994, s.28). Konáva sa na pracovisku aj mimo neho a môže byť rôzne dlhá. Po prednáške býva zvyčajne možnosť diskusie, ktorá tiež môže trvať rôzne dlhú dobu. Odborná prednáška by mala mať ústnu formu s odborným obsahom a nevynikne pri nej len samotný obsah ale hlavne osobnosť prednášajúceho (Holmerová, 2014, s.30).

Počas prednášky je dôležité aby prednášajúci vzbudzoval pozornosť, bol presvedčivý, samotný výklad má byť s aktuálnou témou a mal by byť zaujímavo podaný. Je nevyhnutné prednášku si dopredu premyslieť a pripraviť, počas prednášky používať jednoduchšie vety, dodržiavať určitú prehľadnosť a postupnosť. Je vhodné myslieť na to, že poslucháči oceňujú dobrú viditeľnosť a počuteľnosť, nové a zaujímavé skutočnosti či myšlienky. Vhodné sú fakty podložené citátmi. Naopak sú nevhodné malé písmena, nezrozumiteľný hlas, zložité a detailmi preplnené množstvá informácií, zastaralé otrepané a nevýznamné informácie, nepodložené tvrdenia či odborný slang a nezrozumiteľné skratky (Hierhold, 1994, s. 65).

Je vhodné používať rôzne názorné pomôcky, akými sú kresba na tabuľu, projekcia, videonahrávka. Spôsob prednášky je takisto veľmi dôležitý, je nevhodné ju čítať, potrebné je pokúsiť sa udržiavať kontakt s poslucháčmi, používať primerané tempo.

6.1 Časti odbornej prednášky

Dobré naplánovanie so zreteľom na daný časový rámec a dodržaním súvislých prechodov medzi jednotlivými bodmi je nevyhnutným krokom pred samotnou prednáškou. Prednášajúci si naplánuje približné časové trvanie každého bodu s prípadnými čiastkovými cieľmi už pri samotnom zostavovaní obsahu. Napríklad pri úvode takýmto cieľom môže byť predstavenie sa publiku a zároveň oznámenie základných informácií odbornej prednášky. Zvyčajne majú svoj úvod, hlavnú odbornú časť a záver. Úvod prednášky slúži k naviazaniu kontaktu s publikom a zároveň

k informovaniu poslucháčov o obsahu, členení a priebehu. V hlavnej časti dochádza k sprostredkovaniu samotných informácií, no a záver signalizuje koniec prednášky, stručne a výstižne zhrňuje najdôležitejšie state, prípadne vytvára akýsi prechod k diskusii.

6.2 Úvod prednášky

Vzbudiť už na začiatku svojej reči pozornosť publika a získať jeho záujem je jednou z najťažších úloh rečníka. Pripravený pútavý úvod je preto veľmi dôležitý. Slúži k pozitívnej stimulácii ohľadne toho čo príde. V angloamerických oblastiach je úvod považovaný za rozhodujúcu časť prezentácie. Podľa Klarera (2007, s. 18-36) oproti Američanom sú stredoeurópsky prednášajúci často sústredení iba na obsah prezentácie a neberú ohľady na záujem publika. Obávajú sa o to aby ako odborníci pôsobili dostatočne kompetentne, pričom preceňujú znalosti a informovanosť publika a pokúšajú sa ich ohromiť svojimi rozsiahlymi vedomosťami. Kým u európskeho publika môže byť za určitých okolností chýbajúca empatia vyvážená odbornou kompetenciou, u amerických poslucháčov by s veľkou pravdepodobnosťou narazili. Za dobrý trik považuje, naznačiť čo bude nasledovať len do takej miery, že publikum chce vedieť viac a zvýši tým svoju pozornosť.

Po prvom úvodnom kroku získania publika, je vhodné oznámiť tému prezentácie. Vhodné je motivovať poslucháčov tak, že daná téma bude mať vplyv na oblasť ich činností a záujmov. Ide o to vytvoriť akýsi osobný, emocionálny mostík k danej téme a poukázať na dôležitosť pre nich samotných.

6.3 Osnova prednášky

K zrozumiteľnosti prednášky prispeje prednášajúci tak, že jednoduchým spôsobom informuje o všetkých dôležitých krokoch. Vhodné je rozdelenie tém do pod tém, ktoré poslucháčom v úvode krátko predstaví. Zmyslom a účelom prezentácie je poslucháčov informovať tak aby povedané bolo čo najlepšie prijaté a zostalo uchované v pamäti. Dobré je upozorniť na doplnky, ktoré budú použité, napríklad fotografie, videoklipy, čo takisto pomáha k motivovaniu. Pripomenka na neskôr premietané obrázky, videá je vhodná, pretože zosilňuje záujem publika a vzbudzuje u neho pozitívne očakávanie.

Treba pri tom pamätať i na to, že hlavným bodom každej prezentácie je samotný prednášajúci.

6.4 Hlavná časť prednášky

V tejto časti prezentácie sú bližšie rozoberané body, ktoré boli predložené v osnove. Je tu nutné pripomenúť, že neúspech hlavnej časti prezentácie vychádza často zo samotného úvodu. Ak je štruktúra jednotlivých bodov zlá, utrpí tým na kvalite i hlavná časť prezentácie. I táto časť prezentácie má svoju schému, kde je vhodné na začiatku signalizácia jednotlivého bodu, následne prezentácia so zhrnutím a prechodom k ďalšiemu bodu. Najčastejšími chybami býva chýbajúci vzťah k téme, príliš mnoho bodov, prípadne mätúce, nelogické poradie, či nevyváženosť jednotlivých častí. Prednášajúci väčšinou vie o prezentovanej látke pomerne veľa, preto sa odporúča položiť si pred vypracovaním prednášky otázku, aké sú najdôležitejšie aspekty témy. Pred samotným spracovaním týchto aspektov ako bodov hlavnej časti, je dôležité si premyslieť, ktoré z týchto bodov súvisí s témou a prezentáciou. Následne po vytvorení štruktúry celej prezentácie, by malo byť prekontrolované, či každý z bodov obsahuje čo bolo sľúbené v úvode. Krátke zhrnutia jednotlivých bodov nie je určené len nepozorným poslucháčom, ale i pozorným účastníkom prednášky. Budú stáť pred otázkou ako uviesť do súvislosti to čo počuli s novou informáciou. Opakovanie zároveň plní funkciu kontrolného zoznamu (Klarer, 2007, s. 38-49).

Z hľadiska zaujatia a udržania pozornosti poslucháčov Sielberman (1997, s. 41-42) odporúča použiť nejakú anekdotu alebo aj vymyslený príbeh. Následne je vhodné predložiť nejaký príklad alebo problém súvisiaci s hlavnou témou prednášky. Pre aktivizáciu odporúča položiť otázku, na ktorú nájdu poslucháči odpoveď v priebehu prednášky. K vytvoreniu podmienok pre maximálne porozumenie a zapamätanie odporúča používanie vhodných nadpisov. Používať príklady zo života a rôznu analógiu. Porovnávať nové informácie s doterajšími skúsenosťami poslucháčov a používať vizuálnu podporu, napríklad obrazy, schémy, či grafy. Pre zapojení poslucháčov behom prednášky navrhuje vyzvať ich k premýšľaniu napríklad na tým aby uviedli príklady. Vhodné je prekladať prednášky krátkymi ilustratívnymi činnosťami.

6.5 Záver odbornej prednášky

Pripraviť pôsobivý záver prednášky potrvá len niekoľko minút. Prednášajúci často zanedbávajú prípravu záveru svojho vystúpenia, alebo ho obetujú z časových dôvodov. Na záver by autor mal zhrnúť hlavné body odbornej prednášky a môže uviesť akým smerom by sa mohol uberať ďalší výskum, prípadne ako získané výsledky využiť v praxi. Vhodné je poďakovať za pozornosť a ak nasleduje diskusia, navodiť k tomu správnu atmosféru (Klarer, 2007, s. 49).

Zoznam použitých publikačných zdrojov:

Alzheimer's Association. (2016). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 12, 51.

Bajtošová, R., Holmerová, I., Rusina, R., (2021) Nové pohledy na léčbu demence; psychiatrie pro praxi, [online]. 2021 Vol. 22 Issue 3, pe15-e25 <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2021/03/12.pdf> w insights on the treatment of dementia (psychiatriepropraxi.cz).

Brodsky H, Donkin M .(2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci*; 11: 217-228.

Bunn,F.,Goodman, C.,Sworn, K., Rait, G., Brayne, C., Robinson, L., &Iliffe, S. (2012). Psychosocial factors that shape patient and carer experiences of dementia diagnosis and treatment: A systematic review of qualitative studies. *PLoS Medicine*, 9, e1001331, <https://doi:10.1371/journal.pmed.1001331>.

Caregivers: Review Article. *The Gerontologist*, (2018), Vol. 58 No.S1, S58-S73, <https://doi:10.1093/geronto/gnx162>.

Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., s podporou MZ ČR, Praha, 2019; Podpůrné skupiny pro rodinné pečovatele.

Česká alzheimerovská společnost, (2013). Toulky pamětí a duší, svépomocná, podpůrná skupina pro osoby s demencí. <https://www.alzheimer.cz/clanky/tiskove-zpravy/toulky-pameti-a-dusi/>.

Česká alzheimerovská společnost, (n.d). <https://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/mirna-kognitivni-porucha/>.

Čunderlíková, M., Kiseľáková, K., Zigmundová, H., Kováčsová, E. (2020). Nefarmakologické metódy a prístupy v liečbe demencií. Stiahnuté 15. júla 2022 <http://www.standardnepostupy.sk/standardy-liecebna-pedagogika/>.

- Dragomirecká, E. (2018). Podpora rodinných příslušníků pečujících o člověka s demencí: *Sociální práce*, stáhnuté 3.12.2022. <https://socialniprace.cz/online-clanky/podpora-rodinnych-prislusniku-pecujicich-o-cloveka-s-demenci>.
- Etters, L., Goodall, D., & Harrison, B. E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 423–428, <https://doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00342.x>.
- Grawe, G. 2004. Neuropsychoterapie, Nové přístupy k terapii na základě poznatků neurovědy, Praha: Portál, s. r. o.
- Harman, G., & Clare, L. (2006). Illness representations and lived experience in early-stage dementia. *Qualitative Health Research*, 16, 484–502, <https://doi:10.1177/1049732306286851>.
- Haubenhofer et al. (2013) Zahradní terapie, teorie – věda – praxe. Lipka.
- Hierhold, M. (1994). Rétorika a prezentace, Praha7: Grada Publishing.
- Holmerová, I. (2014). Minimum akademického bontonu aneb Jak neuklouznout nejen na akademické půdě, Praha 7: Grada Publishing.
- Holmerová, I., Jurašková, B., Müllerová, D., Vidovičová, L., Habrcetlová, L., Matoulek, M., Suchá, J., Šimůnková, M., (2014). Průvodce vyšším věkem. Manuál pro seniory a jejich pečovatele. Mladá fronta.
- Institut sociální práce (2020). Naše projekty. <https://institutsocialniprace.cz/realizovane-projekty/>.
- Klarer, M. (2007). Působivá prezentace a přednáška v angličtině, Praha7: Grada Publishing.
- Křivohlavý, J. (2006). Psychologie smysluplnosti existence: Otázky na vrcholu života. Grada Publishing, a. s.
- Křivohlavý, J. (2011). Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: Možnosti, které čekají. Grada Publishing, a.s.

Lauriks, S., Reinersmann, A., Van der Roest, H. G., Meiland, F.J., Davies, R. J., Moelaert, F., & Dröes, R. M. (2007). Review of ICT-based services for identified unmet needs in people with dementia. *Ageing Research Reviews*, 6, 223-246, <https://doi:10.1016/j.arr.2007.07.002>.

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky (n.d.), Peňažný príspevok na opatrovanie. <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/tazke-zdravotne-postihnutie/penazne-prispevky/pp-opatrovanie/>.

MKN-10. <https://mkn10-2020.uzis.cz/prohlizec/F01.1>

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine.(2016). *Families caring for an aging America*. Washington, DC:The National Academic Press.Google Scholar.

Národní zdravotnický informační portál (n.d.a). Demence – úvod pro pečovatele. <https://www.nzip.cz/clanek/1089-demence-uvod-pro-pecovatele>.

Národní zdravotnický informační portál (n.d.b). Demence – Péče o pacienta s demencí – přehled sociálních služeb a finanční příspěvky <https://www.nzip.cz/clanek/1306-demence-pecujici-prehled-socialnich-sluzeb-a-financni-prispevky>.

Nolen-Hoeksama, S., Fredrickson, B. L., Loftus G. R., Wagenaar, W. A., (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda Praha: Portál, s. r. o.*

OECD, (2018). Improving the Lives of People with Dementia. *Care Needed*, <https://doi.org/10.1787/9789264085107-en>.

Pearce, J., Forsyth, W., Boyd, R., & Jackson, G. A. (2012). Empowering people with dementia: Rutherglen and Cambuslang Values History Project. *Dementia*, 11, 695-698, <https://doi:10.1177/1471301211431364>.

Pechová, K., Lejsal, M., a kolektiv (2020). Paliativní péče v rezidenčních službách se zaměřením na uživatele seniorského věku. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

Průša, L. a kol. 2021. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*, 1. vydání, Tábor: RUDI.

Příbyl, H., (2015). *Lidské potřeby ve stáří*. Maxdorf.

Rektorová, I. (2009). Neurodegenerativní demence. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 97-109, <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2009-2/neurodegenerativni-demence-32888>.

Shahpesandy, H. (2005) Aktuálne názory na zneužívanie a závislosť od alkoholu v starobe. *Česká a slovenská psychiatria*, roč. 101, č.1 s. 40-47.

Sielberman, M. (1997). 101 metod pro aktivní výcvik a vyučování. Praha: Portál.

Slavičková, A. (2018). Zahradní terapie jako aktivizační technika pro seniory s demencí. *Sociální práce 2/2018*

Slovenská Alzheimerova Spoločnosť (n.d). Kontaktné miesta Slovenskej Alzheimerovej spoločnosti. <http://www.alzheimer.sk/slovenska-alzheimerova-spolocnost/kontaktne-miesta.aspx>.

Špatenková, N., Smékalová, L., (2015), *Edukace seniorů, Geragogika a gerontodidaktika*, Grada.

Tavel, P., (2009). *Psychologické problémy v starobe I.*, Schola Philosophica.

Tokovská, M. (2016) Problematika podporných skupín príbuzných osôb so syndrómom demencie v medzinárodnom kontexte. *PROHUMAN, vedecko-odborný interdisciplinárny recenzovaný časopis, zameraný na oblasť spoločenských, sociálnych a humanitných vied*. <https://www.prohuman.sk/socialne-sluzby/problematika-podpornych-skupin-pribuznych-osob-so-syndromom-demencie-v-medzinarodnom-kontexte>.

Van Mierlo, L. D., Meiland, F. J., Van der Roest, H. G., & Dröes, R. M. (2012). Personalised caregiver support. Effectiveness of psychosocial interventions in subgroups of caregivers of people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 1-14, <http://doi:10.1002/gps.2694>.

Vágnerová, M. (2008) Psychopatologie pro pomáhající profese. Rozšířené a přepracované vydání. Portál.

Vernöoij-Dassen, M., Joling, K., van Hout, H., & Mittelman, m. S. (2010). The process of family-centered counseling for caregivers of persons with dementia: Barriers, facilitators and benefits. *International Psychogeriatrics*, 22, 769-777, <https://doi:10.1017/S1041610210000050>

WHO, (2019) WHO-EM/MNH/218/E, Dementia
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352431/WHOEMMNH218E-eng.pdf>

Woods, R. T., (2006). *Psychologica Problems of Ageing: Assessment, Treatment and Care*. Chichester/New York: John Wiley & Sons, Ltd.

Zarit, S. H., Whetzel, C.A., Kim, K., Femina, E.E., Almeida, D.M., Rovine, M.J.,&Klein, L.C. (2014). Daily stressors and adult day service use by family caregivers: Effects on depressive symptoms, positive mood, and dehydroepiandrosterone-sulfate. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 1592-1602, <https://doi:10.1016/j.jagp.2014.01.013>.

Whitlatch, C. J., & Feinberg, L. F. (2003). Planning for the future together in culturarly diverse families: Making everday care decisions. *Alzheimer's Care Today*, 4, 50-61.

Whitlatch, C. J., Orsulic-Jeras, S., *The Gerontologist*, (2018) Vol. 58, No. S1 gnx162.pdf (silverchair.com) Meeting the Informational, Educational, and Psychosocial Support Needs of Persons Living With Dementia and Their Family Caregivers | *The Gerontologist* | Oxford Academic (oup.com), <https://doi.org/10.1093/geront/gnx162>.

Wija, P., Bareš, P., Žofka, J., *Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Institut pro sociální politiku a výzkum, 2019.

Zákon č. 108/2006 Sb. Úplné znění, sociální zabezpečení, státní sociální podpora, dávky pro osoby se zdravotním postižením, sociální služby, pomoc v hmotné nouzi, životní a existenční minimum.

Zákon č. 447/2008 Z. z. Zákon o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia. <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2008-447>.



Zákon č. 448/2008 Z. z. Zákon o sociálnych službách.
<https://www.zakonypreludi.sk/zz/2008-448>.

Zvěřová, M. , (2017) Alzheimerova demence, Grada Publishing, a. s.



Zoznam príloh

- Príloha 1 Žiadosť o poskytovanie sociálnej služby – opatrovateľskej služby
(Žádost o poskytování sociální služby – pečovatelské služby)
- Príloha 2 Žiadosť o príspevok na starostlivosť (Žádost o příspěvek na péči)
- Príloha 3 Žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu
- Príloha 4 Vyhlásenie o majetku na účely poskytovania peňažného príspevku na kompenzáciu
- Príloha 5 Žiadosť o poskytnutie peňažného príspevku na opatrovanie



Charitní pečovatelská služba

třída Palackého 194/30, PSČ 697 01
tel: 518 612 765, e-mail: pcp@kyjov.charita.cz IČ: 44164114

Číslo žádosti:

Ze dne:

Žádost o poskytování sociální služby – pečovatelské služby*

Charitní pečovatelská služba Kyjov

Jméno a příjmení žadatele/ky:		Datum narození:	
Adresa (trvalá / aktuální):			
Telefon žadatele/ky:			

Žádost o zavedení služby ode dne:

Pokud je žadateli ustanoven zákonný zástupce (opatrovník), uveďte:

Jméno a příjmení	Telefon	E-mail	Podpis**

Kontaktní osoba pověřená žadatelem ke komunikaci s pečovatelskou službou/opatrovník:

Jméno a příjmení	Příbuzenský vztah	Telefon	E-mail	Podpis**

** Podpisem souhlasím se zpracováním a uchováváním osobních údajů v rozsahu a za účelem uvedeným dále.

Prohlášení žadatele/opatrovníka: Svým podpisem výslovně souhlasím se zpracováním a uchováváním osobních údajů, uvedených v této žádosti, které konkretizují moji osobu pro účely:

- jednání o poskytování služeb sociální péče – pečovatelská služba,
- sepsání Smlouvy o poskytování služeb sociální péče – pečovatelská služba,
- vyhotovení dokumentů potřebných pro vykonávání pečovatelské služby,
- styku s úřady a dalšími institucemi (pošta, Městský úřad, Okresní správa sociálního zabezpečení, apod.)
- jakéhokoliv vzájemného sporu.

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě, že jsem byl/a informován/a o rozsahu, účelu a způsobu zpracování mých osobních údajů formou Zásad ochrany osobních údajů a jejich zpracování.

Místo a den podpisu žádosti		Podpis žadatele (opatrovníka)	
--------------------------------	--	----------------------------------	--

Účel zpracování osobních údajů. Poskytnuté údaje zpracovává Charita Kyjov jako správce, v souladu s nařízením Evropského parlamentu a rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (dále jen „GDPR“) za účelem další komunikace se žadatelem, a to po dobu platnosti této žádosti.

Při případném uzavření Smlouvy o poskytování sociální služby se tato žádost stává součástí dokumentace poskytování služby a je s ní zacházena tak, jak je ve smlouvě uvedeno. Práva, související se zpracováním osobních údajů, naleznete na webových stránkách správce v sekci GDPR.



Zdůvodnění žádosti:

Informace k Vaší žádosti

Vyplněnou žádost můžete přinést na výše uvedenou službu nebo je možné ji také zaslat poštou nebo naskenovanou na email. Formuláře žádosti jsou ke stažení na našich webových stránkách www.kyjov.charita.cz, rádi Vám je předáme na kterékoli charitní službě.

***Pečovatelská služba je služba terénní – poskytujeme ji v domácnostech klientů.** Po přijetí žádosti Vás kontaktuje Charitní pečovatelská služba a domluví se s Vámi na návštěvě u Vás, kde pracovníci zjistí aktuální stav a vysvětlí Vám možnosti spolupráce. Pokud není naplněna kapacita služby, patříte do cílové skupiny služby, a Vaše potřeby, očekávání i nepříznivou sociální situaci může služba pomoci řešit, uzavírá se smlouva a může začít poskytování služby.

Pokud Vaši situaci vyřešíte jinak, žádost chcete zrušit nebo se změni okolnosti (stav žadatele), informujte nás, prosím (osobně, mailem, telefonicky). Kontakt na službu naleznete níže, na webu, v letáčích nebo ve výroční zprávě.

Přílohy žádosti v případě omezení svéprávnosti:

- kopie rozsudku o omezení svéprávnosti (u žadatele omezeného ve svéprávnosti)
- kopie usnesení o ustanovení opatrovníka + kopie Listiny o ustanovení opatrovníka (u žadatele s ustanoveným opatrovníkem)

Charitní pečovatelská služba Kyjov: Palackého 194/30, 697 01 Kyjov, T: 518 612 765

Vedoucí služby:	Mgr. Petra Zálešáková	☎ 776 049 439	✉ petra.zalesakova@kyjov.charita.cz
Sociální pracovník Kyjov:	Mgr. Lenka Domanská	☎ 776 707 037	✉ lenka.domanska@kyjov.charita.cz
Sociální pracovník Svatobořice-Místřín:	Bc. Helena Valčíková	☎ 774 409 348	✉ helena.valcikova@kyjov.charita.cz

Záznamy služby o stavu žádosti	Stav žádosti	Vyřizena kladně	Odmítnutí žádosti	Žádost zrušena
	Způsob / důvod			
	Datum			
	Podpis pracovníka			

Vztahuje-li se na Vás některé z ustanovení § 75, odst. 2 písm. b) – e) zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (znění uvedeno pod čarou) a žádáte-li o jeho uplatnění, je nutné předložit doklad prokazující splnění těchto podmínek.

§ 75, odstavec 2) zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

Pečovatelská služba se s výjimkou nákladů za stravu poskytnutou v rámci základní činnosti uvedené v § 40 odst. 2 písm. c) poskytuje bez úhrady

a) rodinám, ve kterých se narodily současně 3 nebo více dětí, a to do 4 let věku těchto dětí,

b) účastníkům odboje 30),

c) osobám, které jsou účastny rehabilitace podle zákona č. 119/1990 Sb., o soudní rehabilitaci, ve znění zákona č. 47/1991 Sb., nebo u nichž bylo odsuzující soudní rozhodnutí pro trestné činy uvedené v § 2 zákona č. 119/1990 Sb., ve znění zákona č. 47/1991 Sb., zrušeno přede dnem jeho účinnosti, anebo byly účastny rehabilitace podle § 22 písm. c) zákona č. 82/1968 Sb., o soudní rehabilitaci, jestliže neoprávněný výkon vazby nebo trestu odnětí svobody činil celkem alespoň 12 měsíců, popřípadě méně, pokud tento výkon měl činit 12 měsíců, avšak skončil ze zdravotních důvodů před uplynutím 12 měsíců,

d) osobám, které byly zařazeny v tábore nucených prací nebo v pracovním útvaru, jestliže rozhodnutí o tomto zařazení bylo zrušeno podle § 17 odst. 1 zákona č. 87/1991 Sb., o mimosoudních rehabilitacích, anebo ve vojenském táboře nucených prací, jestliže rozkaz o jeho zařazení do tohoto tábora byl zrušen podle § 18 odst. 1 zákona č. 87/1991 Sb., ve znění zákona č. 267/1992 Sb. a zákona č. 78/1998 Sb., anebo v centralizačním klášteře s režimem obdobným táborem nucených prací, pokud celková doba pobytu v těchto zařízeních činila 12 měsíců, popřípadě méně, pokud tato doba měla činit 12 měsíců, avšak skončila ze zdravotních důvodů před uplynutím 12 měsíců,

e) pozůstalým manželům (manželkám) po osobách uvedených v písmenech b) až d) starším 70 let.

**SocS**

Tiskopis prosím vyplňte čitelně

podací razítka	VC – 5/15
----------------	-----------

Žádost o příspěvek na péči

A. Žadatel:

Příjmení:	Jméno ¹⁾ :	Rodné číslo v ČR ²⁾ :				
Rodné příjmení ³⁾ :	Titul před:	za:	Státní příslušnost:			
Trvalý pobyt:	Obec:	Část obce:	Ulice:	Č. p. ⁴⁾ :	Č. orient.:	PSČ:
Skutečný pobyt ⁵⁾ :	Obec:	Část obce:	Ulice:	Č. p. ⁴⁾ :	Č. orient.:	PSČ:
Adresa pro doručování ⁶⁾ :	Obec:	Část obce:	Ulice:	Č. p. ⁴⁾ :	Č. orient.:	PSČ:
Rodinný stav ⁷⁾ :						
Telefon:	E-mail:		ID datové schránky:			

B. Zástupce žadatele:

Vypíšte v případě, že žádost podává zástupce žadatele (zmocněnec, rodič, opatrovník, poručník, jiná fyzická osoba, které byla nezletilá osoba rozhodnutím příslušného orgánu svěřena do péče).

Příjmení:	Jméno ¹⁾ :	Rodné číslo v ČR ²⁾ :				
Rodné příjmení ³⁾ :	Titul před:	za:	Státní příslušnost:			
Trvalý pobyt ⁷⁾ :	Obec:	Část obce:	Ulice:	Č. p. ⁴⁾ :	Č. orient.:	PSČ:
Adresa pro doručování ⁶⁾ :	Obec:	Část obce:	Ulice:	Č. p. ⁴⁾ :	Č. orient.:	PSČ:
Rodinný stav ⁷⁾ :						
Telefon:	E-mail:		ID datové schránky:			

- 1) Uveďte všechna jména osoby.
- 2) Cizinci, pokud nemají v ČR přiděleno rodné číslo, uvedou v kolonce **Rodné číslo v ČR** datum narození ve tvaru den, měsíc, rok a pohlaví ve tvaru: M nebo Ž (muž nebo žena).
- 3) Kolonku **Rodné příjmení** vyplňte pouze v případě, že se liší od příjmení.
- 4) Pokud je místo čísla popsaného přiděleno číslo evidenční, uveďte před číslem písmeno E.
- 5) Nevypíšte, pokud je adresa shodná s trvalým pobytem.
- 6) Do kolonky **Rodinný stav** zapíšte jednu z uvedených možností ve formě: 1 – svobodný(á), 2 – ženatý/vdaná, 3 – vdovec/vdova, 4 – rozvedený(á), 5 – registrované partnerství.
- 7) Nevypíšte, pokud je adresa shodná s trvalým pobytem žadatele.



C. Právnícká osoba zastupující žadatele:

Vypíšte v případě, že návrh podává právnícká osoba, která je zmocněncem, zástupcem pro řízení o dávce (zastupuje-li nezletilou osobu zařízení sociálních služeb) nebo opatrovníkem.

Název zařízení:	IČ:	
Adresa zařízení: Obec:	Část obce:	
Ulice:	Č. p. ⁸⁾ : Č. orient.: PSČ:	
Telefon:	E-mail:	ID datové schránky:

Osoba pověřená jednat jménem právnícké osoby:

Příjmení:	Jméno ⁹⁾ :	Rodné číslo v ČR ⁸⁾ :
Funkce:	Pověření jednat od: . . . 20 do: . . . 20	Titul před: za:
Adresa pro doručování ⁹⁾ : Obec:	Část obce:	
Ulice:	Č. p. ⁸⁾ : Č. orient.: PSČ:	

D. Informace pro poskytování příspěvku na péči v rámci EU:

Informace o žadateli:

Zaškrtněte jednu z uvedených variant.

- Žadatel je osobou, která je zdravotně pojištěná v jiném čl. státě EU nebo která pobírá důchod nebo dávky v nezaměstnanosti ze systému sociálního zabezpečení jiného čl. státu EU a nebo která vykonává výdělečnou činnost v jiném čl. státě EU
- není výše uvedenou osobou

Informace o rodičích žadatele mladšího 18 let:

Vypíšte pouze v případě, že žadatel je mladší 18 let. Zaškrtněte jednu z uvedených variant.

- Alespoň jeden z rodičů žadatele mladšího 18ti let je osobou, která je zdravotně pojištěná v jiném čl. státě EU nebo která pobírá důchod nebo dávky v nezaměstnanosti ze systému sociálního zabezpečení jiného čl. státu EU a nebo která vykonává výdělečnou činnost v jiném čl. státě EU
- Žádný z rodičů žadatele mladšího 18ti let není výše uvedenou osobou

E. Ošetřující lékaři žadatele:

Vypíšte údaje, které jsou vám o ošetřujícím lékaři známy.

Příjmení:	Jméno ⁹⁾ :	Titul před: za:
Název zařízení:		
Oddělení:		
Adresa: Obec:	Část obce:	
Ulice:	Č. p. ⁸⁾ : Č. orient.: PSČ:	
Telefon:	E-mail:	ID datové schránky:
Příjmení:	Jméno ⁹⁾ :	Titul před: za:
Název zařízení:		
Oddělení:		
Adresa: Obec:	Část obce:	
Ulice:	Č. p. ⁸⁾ : Č. orient.: PSČ:	
Telefon:	E-mail:	ID datové schránky:

8) Údaj je nepovinný. Cizinci, pokud nemají v ČR přiděleno rodné číslo, uveďte v kolonce **Rodné číslo v ČR** datum narození ve tvaru den, měsíc, rok a pohlaví ve tvaru: M nebo Ž (muž nebo žena).

9) Nevyplňujte, pokud je adresa shodná s adresou zařízení.

F. Způsob výplaty dávky:

Zaškrtněte prosím jednu z následujících čtyř variant a do příslušné tabulky uveďte doplňující informace.

 na platební účet v peněžního ústavu v ČR vedeném v CZK:

Číslo účtu:	Kód banky:	Specifický symbol ¹⁰⁾ :
-------------	------------	------------------------------------

 na platební účet zahraničního peněžního ústavu v EU, EHP nebo Švýcarsku:

Příjemce	IBAN:	Měna:
	Název:	
	Adresa: Město: (uveďte alespoň město a stát) Stát:	
Banka příjemce	BIC/SWIFT:	
	Název:	
	Adresa: Město: (uveďte alespoň město)	

 poštovním poukazem na adresu trvalého pobytu v ČR poštovním poukazem na jinou adresu v ČR:

Obec:	Část obce:
Ulice:	Č. p. ⁹⁾ : Č. orient.: PSČ:

G. Prohlášení:

Veškeré údaje v této žádosti jsou pravdivé a jsem si vědom(a) případných následků, které by pro mne z nepravdivých údajů vyplývaly.

Podpisem rovněž dávám svůj výslovný souhlas k tomu, aby příslušné právnické osoby a fyzické osoby sdělily OSSZ/PSSZ/MSSZ, která bude posuzovat stupeň závislosti na pomoci jiné fyzické osoby, informace o zdravotním stavu.

Jsem si vědom(a) povinnosti písemně ohlásit příslušnému úřadu, který o příspěvku na péči rozhoduje, do 8 dnů změny ve skutečnostech, které jsou rozhodné pro trvání nároku na příspěvek na péči, jeho výši a výplatu a do 8 dnů změny poskytovatele sociálních služeb nebo osoby, která pomoc poskytuje.

Formulář jsem převzal(a) z oficiálních webových stránek Ministerstva práce a sociálních věcí, nezměnil(a) jsem na něm žádné pevné texty, pouze jsem pravdivě vyplnil(a) kolonky určené k vyplňování.

Poučení:

Příjemce příspěvku je povinen na vyžádání správního orgánu, který provádí kontrolu využívání příspěvku, prokázat, že byl příspěvek využit k zajištění pomoci, a to způsobem, který osvědčí využití příspěvku nebo dokladem o vyplacení příspěvku fyzickým nebo právnickým osobám, které poskytují pomoc při zvládnutí základních životních potřeb, uvedeným v žádosti o příspěvek, popřípadě ohlášeným podle § 21 odst. 1 písm. d) nebo § 21 odst. 2 písm. c), a to nejvýše 1 rok zpětně.

V	dne	.	. 20
---	-----	---	------

Podpis žadatele/zástupce

K žádosti prosím doložte

- pro všechny uvedené osoby **průkaz totožnosti**, u dětí do 15 let rodný list
- pokud v průkazu totožnosti není uvedeno rodné příjmení, doložte rodný list
- **Oznámení o poskytovateli pomoci**

Údaje, pro které na formuláři nedostačuje vyhrazené místo, uveďte na volném listě a přiložte k tiskopisu.

Formuláře žádosti, potvrzení a ostatních dokladů naleznete na internetové adrese <https://www.mpsv.cz/web/cz/formulare> nebo si je vyzvednete na pracovišti Úřadu práce ČR. Na toto pracoviště se také obraťte, pokud budete mít při vyplňování pochybnosti.10) Kolonku **Specifický symbol** vyplňte pouze v případě Československé obchodní banky pro účty a číslern 6500.

NITRIANSKY
SAMOSPRÁVNY
KRAJ**ŽIADOSŤ**
o posúdenie odkázanosti
na sociálnu službu

pečiatka podateľne Úradu NSK

1. Údaje o fyzickej osobe, ktorá má byť posúdená

Titul, meno a priezvisko Rodné priezvisko	Dátum narodenia Štátne občianstvo	Telefónne číslo
--	--	--------------------------

2. Adresa trvalého pobytu

Ulica	číslo	PSČ	Obec (mesto)	Okres
----------------	----------------	--------------	-----------------------	----------------

3. Adresa súčasného pobytu (ak sa nezdržiava na adrese trvalého pobytu)

Ulica	číslo	PSČ	Obec (mesto)	Okres
----------------	----------------	--------------	-----------------------	----------------

4. Kontaktná osoba

Titul, meno a priezvisko	Telefónne číslo	e-mail
-----------------------------------	--------------------------	-----------------

5. Druh dôchodku (ak je žiadateľ jeho poberateľom)

druh dôchodku

6. Rodinný stav (vyznačte symbolom „X“)

<input type="checkbox"/> slobodný (á)	<input type="checkbox"/> ženatý/vydatá	<input type="checkbox"/> rozvedený (á)	<input type="checkbox"/> ovdovený (á)
<input type="checkbox"/> žijem s druhom/družkou			

7. Druh a forma sociálnej služby, na ktorú má byť žiadateľ posúdený (vyznačte symbolom „X“)

Druh sociálnej služby <input type="checkbox"/> Domov sociálnych služieb <input type="checkbox"/> Špecializované zariadenie <input type="checkbox"/> Zariadenie podporovaného bývania <input type="checkbox"/> Rehabilitačné stredisko	Forma sociálnej služby <input type="checkbox"/> denný pobyt <input type="checkbox"/> týždenný pobyt <input type="checkbox"/> celoročný pobyt
---	---

8. Zákonný zástupca (ak je posudzované dieťa) /opatrovník (ak je žiadateľ pozbavený spôsobilosti na právne úkony)
fyzická osoba alebo právnická osoba (ak sa žiadateľ zo zdravotných dôvodov nedokáže podpísať, doloží od lekára potvrdenie o tejto skutočnosti)

Titul, meno a priezvisko	Dátum narodenia		
Adresa: Ulica	číslo	PSČ	Obec (mesto)
Telefónne číslo	e-mail	Opatrovník: Doložiť právoplatný rozsudok súdu /uznesenie/ a znalecký posudok	

9. Údaje o žiadateľovi

Má žiadateľ súdom uloženú ochrannú (ústavnú) liečbu, ochrannú výchovu alebo umiestnenie v detenčnom ústave?

- áno (doložiť fotokópiu právoplatného rozsudku)
 nie

10. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. opatrovníka, fyzickej alebo právnickej osoby, osoby GPM)

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

Dňa

vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu, opatrovníka,
fyzickej alebo právnickej osoby ak sa žiadateľ zo
zdravotných dôvodov nedokáže podpísať, osoby - GPM)

Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov

Vaše osobné údaje a údaje zákonného zástupcu, opatrovníka, fyzickej alebo právnickej osoby ak sa žiadateľ zo zdravotných dôvodov nedokáže podpísať, osoby, ktorá podpisuje žiadosť na základe Generálnej plnej moci, spracúvame na základe zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov a bude s nimi nakladané podľa Nariadenia EP a rady /EU/ 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a tiež podľa zákona NR SR č. 18/2018 o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Vaše práva a podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov sú uvedené na webovom sídle Úradu Nitrianskeho samosprávneho kraja: www.unsk.sk

Zoznam príloh:

- Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu a odborné lekárske nálezy dokumentujúce aktuálny zdravotný stav žiadateľa (nie staršie ako 6 mesiacov), alebo iný doklad poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o nepriaznivom zdravotnom stave žiadateľa o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu,
- príloha k žiadosti : Určená osoba (sociálna posudková činnosť sa môže vykonávať aj za účasti fyzickej osoby, ktorú si žiadateľ o poskytnutie sociálnej služby určí),
- kópia právoplatného rozsudku o pozbavení spôsobilosti na právne úkony, ak toto bolo vydané,
- kópia právoplatného rozsudku (ak bol vydaný) o uloženej ochrannnej liečbe, ochrannnej výchove alebo umiestnení v detenčnom ústave,
- ak sa žiadateľ zo zdravotných dôvodov nedokáže podpísať, doloží od lekára potvrdenie o tejto skutočnosti, v prípade zdravotníckeho zariadenia aj splnomocnenie/poverenie.



Príloha k žiadosti: Lekársky nález

Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu

Podľa § 49 ods.3 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov posudzujúci lekár pri výkone lekárskej posudkovej činnosti vychádza z lekárskeho nálezu vypracovaného lekárom, s ktorým má fyzická osoba uzatvorenú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (zmluvný lekár).

Žiadateľ (fyzická osoba, ktorá má byť posúdená)

Titul, meno a priezvisko <input type="text"/>	Dátum narodenia <input type="text"/>
---	--

Adresa trvalého pobytu

Ulica <input type="text"/>	číslo <input type="text"/>	PSČ <input type="text"/>	Obec (mesto) <input type="text"/>
--------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	---

I. Anamnéza

a) osobná (so zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizáciu):

b) subjektívne ťažkosti:

II. Objektívny nález:Výška: Hmotnosť: BMI (body mass index): TK: P: Habitus: Orientácia: Poloha: Postoj: Chôdza: Poruchy inkontinencie: **II A***

Pri interných ochoreniach uviesť fyzikálny nález a doplniť výsledky odborných vyšetrení, ak nie sú uvedené v priloženom náleze, to znamená

- pri kardiologických ochoreniach funkčné štádium NYHA,
- pri cievnych ochoreniach končatín funkčné štádium podľa Fontainea,
- pri hypertenzii stupeň podľa WHO,
- pri pľúcnych ochoreniach funkčné pľúcne vyšetrenie (spirometria),
- pri zažívacích ochoreniach (sonografia, gastrofibroskopia, kolonoskopia, a ďalšie),
- pri reumatických ochoreniach séropozitivita, funkčné štádium,
- pri diabete dokumentovať komplikácie (angiopatia, neuropatia, diabetická noha),
- pri zmyslových ochoreniach korigovateľnosť, visus, perimeter, slovná alebo objektívna audiometria,
- pri psychiatrických ochoreniach priložiť odborný nález,
- pri mentálnej retardácii psychologický nález s vyšetrením IQ,
- pri urologických ochoreniach priložiť odborný nález,
- pri gynekologických ochoreniach priložiť odborný nález,
- pri onkologických ochoreniach priložiť odborný nález s onkomarkermi, TNM klasifikácia,
- pri fenylketonúrii a podobných raritných ochoreniach priložiť odborný nález.

* Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia fyzickej osoby, nevypisuje sa fyziologický nález.

II.B*

Pri ortopedických ochoreniach, neurologických ochoreniach a poúrazových stavoch

- a) popísať hybnosť v postihnutej časti s funkčným vyjadrením (goniometria v porovnaní s druhou stranou),
- b) priložiť ortopedický, neurologický, fyziatrisko - rehabilitačný nález (FBLR nález), röntgenologický nález (RTG), elektromyografické vyšetrenie (EMG), elektroencefalografické vyšetrenie (EEG), výsledok počítačovej tomografie (CT), nukleárnej magnetickej rezonancie (NMR), denzitometrické vyšetrenie, ak nie sú uvedené v priloženom odbomom náleze.

* Lekár vyplní len tie časti, ktoré sa týkajú zdravotného postihnutia.

III. Diagnostický záver (podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb s funkčným vyjadrením)

V _____

dňa _____

.....
Podpis lekára, ktorý lekársky nález vypracoval
a odtlačok jeho pečiatky

Poznámka:

Zdravotné výkony na účely zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov sa poskytujú za úhradu. V zmysle § 81 písm. x) vyšší územný celok uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu.



Vyjadrenia žiadateľa:

Bol som oboznámený s obsahom Lekárskeho nálezu na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Prehlasujem, že sú v ňom uvedené všetky lekárske nálezy z kompletnej zdravotnej dokumentácie, ktoré budú slúžiť ako dôkazový materiál a budú podkladom na posúdenie zdravotného stavu a odkázanosti na sociálnu službu.

Som si vedomý (a) aj možných následkov v prípade neúplných údajov o mojom zdravotnom stave.

V

dňa

.....
vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu, opatrovníka,
fyzickej alebo právnickej osoby ak sa žiadateľ zo
zdravotných dôvodov nedokáže podpísať, osoby - GPM)



Príloha k žiadosti: Určená osoba

Sociálna posudková činnosť sa vykonáva za účasti fyzickej osoby, ktorá požiada o poskytnutie sociálnej služby; táto fyzická osoba má právo vyjadrovať svoje potreby a návrhy na riešenie svojej nepriaznivej sociálnej situácie. Sociálna posudková činnosť sa môže vykonávať aj za účasti fyzickej osoby, ktorú si fyzická osoba žiadajúca o poskytnutie sociálnej služby určí.

Žiadateľ (fyzická osoba, ktorá má byť posúdená)

Titul, meno a priezvisko	Dátum narodenia
--	---------------------------------

Adresa trvalého pobytu

Ulica	číslo	PSČ	Obec (mesto)
-----------------------	-----------------------	---------------------	------------------------------

určujem

v zmysle § 50 bod 9 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách

Titul, meno a priezvisko	Dátum narodenia
--	---------------------------------

Adresa trvalého pobytu

Ulica	číslo	PSČ	Obec (mesto)
Telefónny kontakt			

len za účelom vypracovania sociálneho posudku a tým uplatníť právo vyjadriť svoje potreby a návrhy na riešenie svojej nepriaznivej sociálnej situácie.

V dňa

.....
podpis žiadateľa

S určením podľa § 50 bod 9 zákona o sociálnych službách, v plnom rozsahu súhlasím.

V dňa

.....
podpis určenej osoby

Spracúvanie osobných údajov

Vaše osobné údaje a osobné údaje určenej osoby spracúvame na základe zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov a bude s nimi nakladané podľa Nariadenia EP a rady /EU/ 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a tiež podľa zákona NR SR č. 18/2018 o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Vaše práva a podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov sú uvedené na webovom sídle Úradu Nitrianskeho samosprávneho kraja: www.unsk.sk



**Vyhlasenie
o majetku na účely poskytovania peňažného príspevku na kompenzáciu**

Meno, priezvisko a titul:

.....

Rodné číslo a dátum narodenia:

.....

Bydlisko:

.....

Vyhlasujem na svoju česť, že vlastným/nevlastným* majetok** v hodnote presahujúcej 39 833 eur.

Uvedené údaje sú pravdivé a úplné, som si vedomá/vedomý právnych následkov nepravdivého vyhlásenia, ktoré vyplývajú z príslušných právnych predpisov.

V dňa

.....
Podpis fyzickej osoby, ktorá podáva
vyhlásenie o majetku

.....
Podpis úradne osvedčil

* Nehodiace sa prečiarknuť.

** Za majetok sa považujú nehnuteľné veci a hnutelné veci vo vlastníctve fyzickej osoby, ktorá žiada o peňažný príspevok na kompenzáciu, alebo fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím vrátane peňažných úspor okrem majetku uvedeného ďalej, a ak to ich povaha pripúšťa, aj práva a iné majetkové hodnoty. Majetok sa preukazuje podľa stavu majetku v čase podania žiadosti o peňažný príspevok na kompenzáciu. Za hodnotu majetku je možné považovať len podiel majetku pripadajúci na fyzickú osobu, ktorá žiada o peňažný príspevok na kompenzáciu, alebo na fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím.

Za majetok sa nepovažujú

- a) nehnuteľnosť, ktorú užíva na trvalé bývanie,
- b) poľnohospodárska pôda a lesná pôda, ktorú užíva pre svoju potrebu,
- c) hnutel'né veci, ktoré tvoria nevyhnutné vybavenie domácnosti, hnutel'né veci, ktorými sú ošatenie a obuv, a hnutel'né veci, na ktoré sa poskytla jednorazová dávka v hmotnej núdzi alebo peňažný príspevok na kompenzáciu,
- d) jedno osobné motorové vozidlo,
- e) nehnuteľné veci alebo hnutel'né veci nadobudnuté z peňažného daru alebo nepeňažné dary, ak tieto dary boli poskytnuté
 1. v kalendárnom roku v úhrnnej hodnote do výšky 12-násobku sumy životného minima pre jednu plnoletú fyzickú osobu,
 2. nadáciou, občianskym združením, neziskovou organizáciou poskytujúcou všeobecne prospešné služby, neinvestičným fondom, cirkvou alebo náboženskou spoločnosťou, alebo
 3. na účely posilnenia účinkov kompenzácie, zachovania alebo zlepšenia zdravotného stavu,
- f) hnutel'né veci, ak by bol ich predaj alebo iné nakladanie s nimi v rozpore s dobrými mravmi,
- g) časť majetku,
 1. s ktorou fyzická osoba s ťažkým zdravotným postihnutím nemôže samostatne nakladať, ak vykonala všetky právne úkony smerujúce k odstráneniu prekážky samostatne s majetkom nakladať,
 2. ktorá je predmetom záložného práva, a to do výšky zodpovedajúcej aktuálnej výške nesplatennej sumy pohľadávky zabezpečenej záložným právom ku dňu podania žiadosti.



Žiadosť o poskytnutie peňažného príspevku na opatrovanie pre žiadateľa, ktorý nepoberá dávky dôchodkového poistenia alebo dávky výsluhového zabezpečenia uvedené v § 40 ods. 8 zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov

(Údaje v žiadosti vyplňujete príložkovým písmom a zodpovedajúci údaj označíte podľa tohto vzoru)

A. Údaje o žiadateľovi (fyzická osoba):

Príezvisko	Meno	Titul	Rodinný stav
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Deň, mesiac, rok narodenia	Rodné číslo	Číslo OP	Štátna príslušnosť
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresa trvalého pobytu			
Ulica	Číslo	Telefón	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSČ	Obec	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresa prechodného pobytu			
Ulica	Číslo	Telefón	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSČ	Obec	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresa miesta, kde sa obvykle zdržiava			
Ulica	Číslo	Telefón	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSČ	Obec	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

B. Sociálne postavenie žiadateľa

<input type="checkbox"/> Zamestnanec	<input type="checkbox"/> Samostatne zárobkovo činná osoba
<input type="checkbox"/> Uchádzač o zamestnanie	<input type="checkbox"/> Dobrovoľne nezamestnaný
<input type="checkbox"/> Poberateľ rodičovského príspevku	<input type="checkbox"/> Iné
<input type="checkbox"/> Študent (forma štúdia)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Poberateľ dôchodku (druh dôchodku)	<input type="text"/>

C. Údaje o fyzickej osobe, resp. fyzických osobách, ktoré majú byť opatrované a ich súhlas s opatrovaním

1. Príezvisko	Meno	Rodinný stav	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Deň, mesiac, rok narodenia	Rodné číslo	Číslo OP	Štátna príslušnosť
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresa trvalého pobytu			
Ulica	Číslo	Telefón	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSČ	Obec	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresa prechodného pobytu			
Ulica	Číslo	Telefón	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSČ	Obec	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
U cudzinca typ povolenia k pobytu	<input type="text"/>		



sôhlasím, aby fyzická osoba

Priezvisko <input type="text"/>	Meno <input type="text"/>	Dátum narodenia <input type="text"/>
Rodné číslo <input type="text"/>	Adresa trvalého pobytu	
<input type="text"/>	Ulica <input type="text"/>	Číslo <input type="text"/>
PSČ <input type="text"/>	Obec <input type="text"/>	

ktorý/á je mojím/mojou..... alebo inou fyzickou osobou, mi poskytoval/a opatrovanie za účelom zabezpečenia pomoci pri úkonoch sebaobsluhy, pri úkonoch starostlivosti o domácnosť a pri realizovaní sociálnych aktivít.

Podpis fyzickej osoby, ktorá má byť opatrovaná, alebo jej zákonného zástupcu:

2. Priezvisko **Meno** **Rodinný stav**

Deň, mesiac, rok narodenia **Rodné číslo** **Číslo OP** **Štátna príslušnosť**

Adresa trvalého pobytu

Ulica **Číslo** **Telefón**

PSČ **Obec**

Adresa prechodného pobytu

Ulica **Číslo** **Telefón**

PSČ **Obec**

U cudzinca typ povolenia k pobytu

sôhlasím, aby fyzická osoba

Priezvisko <input type="text"/>	Meno <input type="text"/>	Dátum narodenia <input type="text"/>
Rodné číslo <input type="text"/>	Adresa trvalého pobytu	
<input type="text"/>	Ulica <input type="text"/>	Číslo <input type="text"/>
PSČ <input type="text"/>	Obec <input type="text"/>	

ktorý/á je mojím/mojou..... alebo inou fyzickou osobou, mi poskytoval/a opatrovanie za účelom zabezpečenia pomoci pri úkonoch sebaobsluhy, pri úkonoch starostlivosti o domácnosť a pri realizovaní sociálnych aktivít.

Podpis fyzickej osoby, ktorá má byť opatrovaná, alebo jej zákonného zástupcu:

D. Poskytované druhy sociálnych služieb fyzickej osobe, resp. fyzickým osobám, ktoré majú byť opatrované

V súčasnosti sa fyzickej osobe, ktorá má byť opatrovaná poskytujú nasledovné druhy sociálnych služieb:

1.

2.



E. Údaje o spoločne posudzovaných osobách fyzickej osoby, resp. fyzických osôb, ktoré majú byť opatrované (manželka, rodič dieťaťa, dieťa) za predchádzajúci kalendárny rok

Meno a priezvisko	Rodné číslo	Rodinný stav	Príbuzenský vzťah	Zamestnávateľ (škola)- názov, sídlo

Meno a priezvisko	Rodné číslo	Rodinný stav	Príbuzenský vzťah	Zamestnávateľ (škola)- názov, sídlo

F. Príjmové pomery fyzickej osoby, resp. fyzických osôb, ktoré majú byť opatrované a ďalších spoločne posudzovaných osôb za predchádzajúci kalendárny rok

1.

	Fyzická osoba, ktorá má byť opatrovaná	Spoločne posudzované osoby
Prijem zo závislej činnosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prijem zo samostatnej zárobkovej činnosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dávky nemocenského poistenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dávka v nezamestnanosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dávky dôchodkového poistenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dávky výsluhového zabezpečenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dávka v hmotnej núdzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodičovský príspevok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peňažný príspevok na opatrovanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prijmy z nájmu, prenájmu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Výživné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iné	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.

	Fyzická osoba, ktorá má byť opatrovaná	Spoločne posudzované osoby
Prijem zo závislej činnosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prijem zo samostatnej zárobkovej činnosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dávky nemocenského poistenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dávka v nezamestnanosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dávky dôchodkového poistenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dávky výsluhového zabezpečenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dávka v hmotnej núdzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodičovský príspevok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peňažný príspevok na opatrovanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prijmy z nájmu, prenájmu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Výživné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iné	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Poznámka: O príjmových pomeroch je potrebné predložiť doklady pri podávaní žiadosti.



G. Príjmové pomery žiadateľa

Prijem zo závislej činnosti	<input type="checkbox"/>
Prijem zo samostatnej zárobkovej činnosti	<input type="checkbox"/>
Prijem z podnikania	<input type="checkbox"/>
Prijmy z nájmu a prenájmu	<input type="checkbox"/>
Dávky nemocenského poistenia	<input type="checkbox"/>
Dávka dôchodkového poistenia	<input type="checkbox"/>
Peňažný príspevok na opatrovanie	<input type="checkbox"/>
Iné	<input type="checkbox"/>

Poznámka: O príjmových pomeroch je potrebné predložiť doklady pri podávaní žiadosti.

H. Odôvodnenie žiadosti

I. Poučenie žiadateľa

Lekárska posudková činnosť sa vykonáva bez prítomnosti posudzovanej fyzickej osoby. Ak fyzická osoba, ktorá má byť opatrovaná chce byť prítomná na posúdení jej zdravotného stavu, je potrebné o posúdenie požiadať písomne alebo podaním žiadosti elektronickými prostriedkami podpísanej zaručeným elektronickým podpisom.

J. Informácia pre žiadateľa

Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny – IČO: 30794538 spracúva Vaše osobné údaje (vrátane osobných údajov o fyzickej osobe, ktorá má byť opatrovaná a s ňou spoločne posudzovaných osôb) v zmysle zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a uvedené osobné údaje ďalej poskytuje orgánom verejnej moci.

V prípade akýchkoľvek nejasností, problémov, otázok, ktoré súvisia s ochranou osobných údajov sa môžete obrátiť na mailovú adresu: ochranaosobnychudajov@upsvr.gov.sk.



K. Spôsob výplaty

Na účet v banke v SR

Číslo účtu/kód banky

IBAN

V prípade neuvedenia účtu sa príspevok vyplati/bude vyplácať v hotovosti na adresu trvalého pobytu v SR/prechodného pobytu v SR*.

*nehodí sa prečiarknuť

L. Vyhlásenie žiadateľa

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý (á) právnych následkov v prípade uvedenia nepravdivých údajov.

V

dňa

Podpis žiadateľa