

Katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: B7508 Sociální práce

Studijní obor: Sociální pracovník

DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM
HOMES WITH A SPECIAL REGIME

Bakalářská práce: 11-FP-KSS-3009

Autor:

Veronika Fialová

Podpis:

Vedoucí práce: Ing. Marcela Hlavová, Ph.D.

Konzultant:

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
96	25	0	21	25	4+1CD

V Liberci dne: 26.dubna 2013

Čestné prohlášení

Název práce: Domovy se zvláštním režimem
Jméno a příjmení autora: Veronika Fialová
Osobní číslo: P09000845

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložil/a elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedl/a jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne: 26.dubna 2013 _____

Poděkování

Děkuji Ing. Marcele Hlavové, Ph.D., vedoucí mé bakalářské práce, za věcné připomínky a odbornou pomoc.

Poděkování patří také všem pracovníkům domovů se zvláštním režimem, rodinným příslušníkům klientů a v neposlední řadě také vedení těchto institucí za ochotné jednání a poskytnutí informací o službách.

Poděkování dále náleží mé rodině, která mě plně podporovala po celou dobu studia.

V Liberci dne 24. dubna 2013

.....

Název bakalářské práce: Domovy se zvláštním režimem

Jméno a příjmení autora: Veronika Fialová

Akademický rok: 2012/2013

Vedoucí práce: Ing. Marcela Hlavová, Ph.D.

Anotace:

Bakalářská práce se zabývá problematikou domovů se zvláštním režimem, které poskytují sociálně pobytové služby pro klienty trpící Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence.

Cílem práce je zjistit, jaká je kvalita těchto služeb v Libereckém kraji.

Práci tvoří dvě stěžejní oblasti. Jedná se část teoretickou, která charakterizuje v první řadě rámec sociální péče v České republice, dále se zabývá Alzheimerovou nemocí ze zdravotního hlediska, jako jsou příznaky nemoci, osobní život klientů a v neposlední řadě charakteristikou domovů se zvláštním režimem. V této části se také zabývá tím, jak si domovy se zvláštním režimem v Libereckém kraji vybírají své klienty, charakteristikou těchto domovů a financováním léčby demence.

Praktická část se opírá o dotazníkové šetření mezi pracovníky pobytových sociálních zařízení poskytujícím služby osobám postiženým Alzheimerovou nemocí a osobními pohovory s rodinnými příslušníky těchto uživatelů. Výsledkem šetření je poukázání na to, zda-li se služby domovů se zvláštním režimem opírají o standardy kvality sociálních služeb.

Klíčová slova: sociální péče, dlouhodobá péče, standardy kvality sociálních služeb, demence, Alzheimerova choroba, domov se zvláštním režimem

Title of the bachelor thesis: Homes with special regime

Author: Veronika Fialová

Academic year of the bachelor thesis submission: 2012/2013

Supervisor: Ing. Marcela Hlavová, Ph.D.

Summary:

This bachelor thesis is about issue of homes with a special regime providing social and residential services for clients suffering from Alzheimer disease and other dementias.

Purpose of this thesis is to find out what is the quality of these services in Liberec region.

This work consists of two key areas. It is the theoretical part, which in the first place characterizes framework for social care in Czech Republic. This part is also about Alzheimer disease in terms of health, such as symptoms, personal life and ultimately clients homes feature a special regime. This section also discusses how the special homes in Liberec choose their clients, characteristic of these homes and the financing of the treatment of dementia.

Practical part uses questionnaires completed by personnel in these institutions and personal interviews with family members of clients. The result of this second part is whether services of homes with special regime correspond with quality standards of social services.

Key words: social care, long-term care, quality standards of social services, dementia, Alzheimer's disease, the home is a special regime

Obsah

1 ÚVOD.....	8
2 TEORETICKÁ ČÁST.....	9
2.1 Právní rámec sociální péče v ČR.....	9
2.1.1 Definice dlouhodobé péče.....	13
2.1.2 Grafické znázornění výdajů veřejného zdravotního pojištění na akutní péči ..	14
2.1.3 Liberecký kraj – demografie a systém sociálních služeb.....	17
2.3 Standardy kvality sociálních služeb	24
2.4 Charakteristika demence.....	30
2.4.1 Příznaky Alzheimerovy nemoci.....	31
2.4.2 Možnosti pro udržení schopností a současného stavu klienta s Alzheimerovou nemocí.....	33
2.4.3 Počet nemocných v Liberecké kraji.....	37
2.5 Výběr vhodného zařízení pro pacienty s demencí.....	40
2.5.1 Charakteristika a postavení domovů se zvláštním režimem.....	41
2.5.1.1 Certifikace Vážka.....	46
2.5.2 Finanční náklady na léčbu demencí.....	48
2.5.3 Domovy se zvláštním režimem v Libereckém kraji	52
3 PRAKTICKÁ ČÁST.....	60
3.1 Cíl praktické části a předmět zkoumání.....	60
3.1.1 Stanovení předpokladů.....	61

3.2 Použité metody.....	61
3.2.1 návratnost dotazníků	61
3.3 Získaná data a jejich interpretace.....	63
3.3.1.1 Shrnutí.....	84
4 ZÁVĚR.....	85
6 POUŽITÉ ZDROJE:.....	88
7 SEZNAM PŘÍLOH.....	90

ÚVOD

V rámci této práce jsem zjišťovala, jaká je v Libereckém kraji v současnosti kvalita služeb pobytové péče, určené pro osoby, kteří byli postiženi Alzheimerovou chorobou, případně i dalšími formami demence.

První, teoretickou část této práce věnuji klíčovým momentům vývoje sociálních služeb v České republice v posledních letech včetně aktuální situace v jejich financování. A zaměřila jsem se i na fenomén kvality jak v sociálních službách obecně, tak i v domovech se zvláštním režimem, jejichž poslání je specifické – a to právě vzhledem ke specifické Alzheimerovy nemoci. Dále jsem se zaměřila na podstatu Alzheimerovy nemoci a objasnění nejdůležitější příznaků a projevů této nemoci. Z pohledu sociální pracovníce jsem zjišťovala, jaké jsou možnosti pro tyto lidi, postižené demencí a jaká existuje cesta na zvládnutí této choroby.

Mým cílem je vysvětlení a konkretizace práce sociálního pracovníka v těchto zařízeních v návaznosti na problémy, se kterými se ve své práci setkává. Ve své druhé - praktické části se soustřeďuji na dostupnost, kapacitu a kvalitu péče o klienty s Alzheimerovou nemocí v domovech se zvláštním režimem v libereckém kraji. Data jsem získala prostřednictvím šetření, v němž byly pracovníci pobytových zařízení požádáni o vyplnění dotazníku. Analýza shromážděných dat vede ke zjištění, zda je v Libereckém kraji v úseku péče o pacienty s Alzheimerovou nemocí v zařízeních pobytového charakteru dostatečně kvalitní a dostupná. A také k formulaci závěrů, zda je tato sociální služba schopna se v budoucnu rozvíjet – zejména s ohledem na demografické prognózy o dalším vývoji populace a jejího stárnutí v Libereckém kraji.

TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Právní rámec sociální péče v ČR

Po patnácti letech příprav vstoupil v České republice roku 2006 v platnost zákon o sociálních službách, který vyšel pod číslem 108 ve Sbírce zákonů 31.března 2006 1. Soustředil se jednak na služby sociální prevence, tak i na služby sociální péče. Pozitivní novinky přinesl těm, pro něž se využívání péče stalo nezbytností, čili seniorům a osobám se zdravotním postižením, ale i poskytovatelům těchto služeb.

Co se týče poskytovatelů sociálních služeb, standardy kvality, zformulované v letech 1999-2002, do vydání zákona pouze doporučené, se od 1.1.2007 staly závaznými.

Podrobně se jimi zabývala vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Od 1.1.2007 je zřízen Registr poskytovatelů sociálních služeb. Smyslem tohoto zákona je chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování, a to z různých důvodů jako je věk, zdravotní postižení, nedostatečně podnětné sociální prostředí, krizová životní situace a mnoho dalších příčin. Zákon vymezuje vedle práv a povinností jednotlivců také práva a povinnosti obcí, krajů, státu a samozřejmě také poskytovatelů sociálních služeb. V zákoně je také upravena oblast týkající se podmínek výkonu sociální práce, a to ve všech společenských systémech, kde sociální pracovníci působí.

S účinností od 1.1.2007 je sociální službou činnost, kterou zabezpečují poskytovatelé sociálních služeb na základě oprávnění podle zákona. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti života osob. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři, osoby se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také osoby, které z různých důvodů žijí "na okraji" společnosti.

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psychoterapie a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů.

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Výčet základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb je stanoven zákonem, obsah je uveden v prováděcí vyhlášce MPSV č.505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, která stanovila, že dlouhodobým zdravotním stavem je chápán takový stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá déle než 1 rok a který omezuje smyslové, duševní nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a její soběstačnost.

Standardy kvality byly rozlišeny na procedurální, jež určovaly, jaké nároky musí příslušná služba splňovat, a dále na standardy personální, které položily důraz na kvalifikaci a přístup ke klientům ze strany pracovníků sociálních služeb. Třetí, tzv. provozní standardy, pak definovaly podmínky, jež je nezbytné pro poskytování sociálních služeb splnit.

Tento zákon dal poskytovatelům sociálních služeb možnost se dále aktivně podílet na tvorbě střednědobých plánů sociálního rozvoje a rovněž právo žádat o dotace na svoji činnost ze státního rozpočtu.

Nové postavení klientů sociálních služeb zákon potvrdil faktem, že s poskytovateli péče je uzavírána smlouva, a to podle občanského zákoníku. V taxativně stanovených druzích služeb - například pečovatelské služby, odlehčovací služby, osobní asistence i sociální služby (poskytované ve zdravotnických zařízeních) musí být smlouva uzavřena v písemné podobě.

Cílem těchto legislativních opatření byla snaha dosáhnout toho, aby sociální péče v každém individuálním případě ctěla lidská a občanská práva klienta a dokázala diferencovat služby podle jeho potřeb.

Složitostí definice kvality péče o seniory, prosazování kvality do praxe i hodnocení kvality péče se právě v době finálních příprav a schvalování nového klíčového

zákona o sociálních službách 2 věnovala Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, které vedli Ondřej Mátl a Milena Jabůrková, na němž spolupracovali s odborníky tuzemskými i zahraničními (Anglie, Německo, Itálie, Maďarsko, Slovensko). Na jejich základě vznikly dvě publikace: Kvalita péče o seniory – řízení kvality dlouhodobé péče v ČR a Řízení kvality dlouhodobé péče v mezinárodním srovnání.

V roce 2007, kdy byly publikovány, z nich vyplynulo, že „v žádné ze zkoumaných zemí neexistuje jednotná definice kvality péče o seniory. „ Její chápání je však založeno na velmi podobných principech. K základním požadavkům patří spokojenost uživatelů, jejich důstojnost, aktivní účast v procesu poskytování služby, seberealizace, autonomie, ochrana práv či zachování přirozených vazeb. Kvalitní služby by také měly mít shodné rysy: hospodárnost, účinnost, schopnost naplnit očekávání uživatelů, odpovídající materiální vybavení i odbornost personálu“ (Mátl, Jabůrková 2007, str.18).

Šetřením, které Mátl a Jabůrková provedli v České republice, se zjistilo, že u nás v polovině první dekády 21. století zavádění kvality nejvíce podporují “měkká“ opatření, jako jsou investice do vzdělání personálu, výměna zkušeností s poskytovateli podobných služeb, týmová práce a psané metodiky“ (Mátl, Jabůrková, 2007, str. 22). Tato opatření jsou zcela jistě na místě, ale momentálně by měly být řešeny jiné problémy- kapacity domovů důchodců, neodpovídající kvalita budov a jejího zařízení apod.

Na adresu hodnocení kvality poskytovaných sociálních služeb, přesněji na proces inspekcí, citovaní odborníci Mátl a Jabůrková již tehdy poznamenali, že velmi záleží na kvalifikovanosti inspektorů. Jejich statut a profesionalita jsou stále předmětem řady diskusí. Zde je jistě na místě zmínit, že je možné se setkat i s případy, kdy lidé s nedostatečnými zkušenostmi a pouze s teoretickým vzděláním mají možnost posuzovat práci jiných, za kterými stojí bohaté zkušenosti.

Je zajímavé, že s podobnou myšlenkou přišla doc. MUDr. Iva Holmerová po uplynutí dalších čtyř let, tedy v roce 2011. Na standardy kvality se ve Zdravotnických novinách podívala hlediskem klientů s Alzheimerovou chorobou: „Zákon o sociálních službách sice přinesl některá pozitiva týkající se kvality sociálních služeb, nicméně standardy kvality jsou právě pro problematiku dlouhodobé péče nefunkční a v mnohém

nesmyslné, zejména tehdy, jsou-li interpretovány nekvalifikovaně, což mnozí „takzvaní inspektoři“ činí. Dochází tak k absurdním situacím, kdy inspekce požaduje, aby člověk s pokročilou demencí rozuměl smlouvě či požárními směrnici, samostatně bral léky a podobně,“ upozornila místopředsedkyně České gerontologické a geriatrické společnosti (Klusáková 2011). Jak bylo uvedeno výše, požadavky na práci s nemocnými lidmi jsou v mnoha případech zcela nesmyslné a absurdní.

Jeden aspekt, který rovněž zmínili Mátl a Jabůrková, je fakt, že při definování kvality hraje významnou roli regulace státu, který začíná v současné chvíli nabývat na aktuálnosti.

Nyní, kdy jsou všechny sféry společnosti znepokojeny očekáváním dalšího období ekonomické recese, se totiž stává velmi ožehavým tématem financování celé oblasti sociální péče.

Vláda České republiky již přistoupila k řadě úsporných opatření.

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR v této souvislosti zpracovalo koncept „Financování sociálních služeb v letech 2012 – 2014“. S komplexní změnou financování sociálních služeb tento materiál počítá v roce 2014, ale již pro rok 2012 rezort práce a sociálních věcí zavedl novou metodiku hodnocení žádostí o dotace ze státního rozpočtu.

Na příští dva roky se také ministerstvo rozhodlo (vedle podpory sociální prevence) položit důraz na terénní a ambulantní služby sociální péče a naopak nenavýšovat kapacity pobytových služeb sociální péče. Z tohoto faktu jasně vyplývá, že posuzování zdravotního stavu pacienta bude závislé na mnoha faktorech a většina z nich bude asi odkázána na služby terénní.

Zjednodušeně řečeno, MPSV ČR jde o to, aby pokles podpory byl u obou složek – tedy u ambulantních, terénních služeb i služeb pobytových – stejný.

Pro téma této práce je důležité, že přitom přistoupilo k jedné výjimce:

„Navyšování kapacit pobytových služeb sociální péče nebude v rámci finanční podpory ze státního rozpočtu nadále podporováno s výjimkou změn souvisejících s procesem transformace a rozšiřování kapacit domovů se zvláštním režimem (za

předpokladu transformace stávajících kapacit domovů pro seniory),“ stojí v citovaném materiálu Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (Anon 2011).

1.1.1 Definice dlouhodobé péče

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR připravuje nový zákon o dlouhodobé péči. Pro definici dlouhodobé péče je klíčová právě potřeba zkombinovat významný podíl zdravotní a sociální péče. Péče, jež je svým časovým průběhem dlouhodobá, ale zároveň převážně zdravotní s minimální sociální komponentou (např. dlouhodobá intenzivní péče) nebo převážně sociální s minimální zdravotní komponentou (například podpora fyzicky handicapovaných, ale jinak zdravých mladých lidí), nepatří do dlouhodobé péče tak, jak je definována v tomto návrhu.

Dlouhodobá péče je poskytována odbornými pracovníky primárně v přirozeném prostředí, ale také v ambulantních zařízeních a v nezbytných případech i v zařízeních, poskytujících pobytové služby. Poskytování dlouhodobé péče v přirozené komunitě klienta je považováno za nejvhodnější způsob podpory. Cílem tohoto zákona je oddělit dlouhodobou péči od akutní i následné péče zdravotnické a také od sociálních služeb. Pokud tedy pojmem význam dlouhodobé péče, je jisté, že by měl disponovat samostatnými standardy a oddělenými finančními zdroji, které by se čerpaly jak ze zdravotního pojištění tak i z příspěvků na péči. Jedná se o celý komplex služeb, které jsou nutné pro ty nemocné, kteří mají dlouhodobě omezenou soběstačnost.

OECD¹ ve své zprávě vymezuje tuto péči. Podle jejího názoru tuto péči potřebují lidé, kteří mají omezenou soběstačnost, zejména v samoobslužných aktivitách a tento jejich stav je setrvalý. Nemusí se vždy jednat jen o stav tělesný. V poslední době se k tomu často přidružuje stav duševní, který nemusí být způsoben jen vrozenými dispozicemi, ale v mnoha případech i momentálním psychickým stavem a problémy.

1 Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj je mezivládní organizace 34 ekonomicky nejrozvinutějších států na světě, které přijaly principy demokracie a tržní ekonomiky. OECD koordinuje ekonomickou a sociálně-politickou spolupráci členských zemí, zprostředkovává nové investice, prosazuje liberalizaci mezinárodního obchodu. Cílem OECD je napomáhat k dalšímu ekonomickému rozvoji, potlačení nezaměstnanosti, stabilizaci a rozvoji mezinárodních finančních trhů

Nejvíce problémů vyvolávají u lidí obavy o kvalitní prožití stáří a strach z nemocí. Z těchto důvodů se do budoucna zvažuje i zřízení státem podporovaného spoření občanů, jež by bylo možno zkombinováno také s pojištěním.

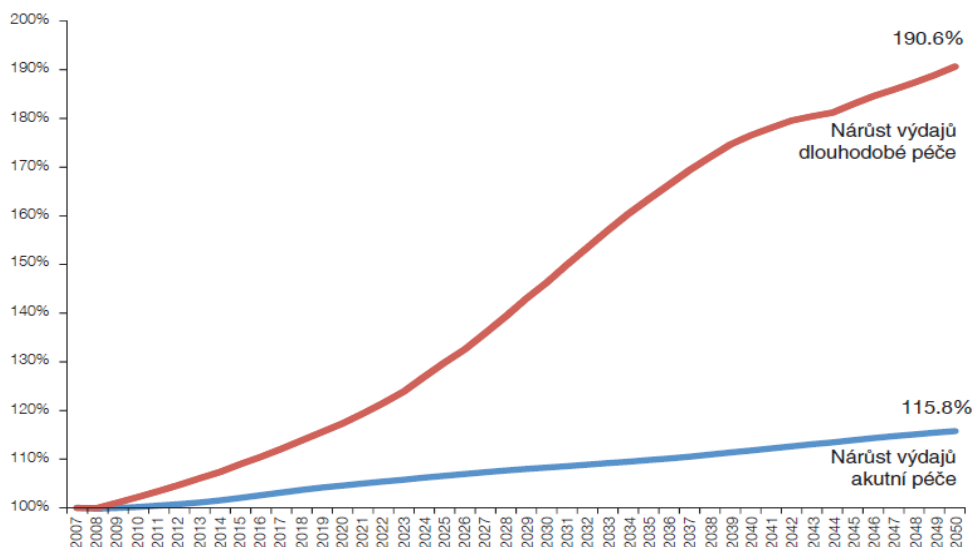
Definici dlouhodobé péče, kterou věcný návrh nového zákona převzal od OECD, má toto znění: „Dlouhodobá péče je spektrem kombinovaných zdravotních a sociálních služeb, které jsou nutné pro osoby se sníženou soběstačností závislé na cizí pomoci: potřebují pomoc a péči při každodenních aktivitách i v péči o svou domácnost pro zajištění důstojného života.“ (ČRSS 2011).

Zákon počítá s tím, že dlouhodobá péče by i v budoucnosti měla být klientům poskytována jak formou ambulantní a terénní sociální péče, tak i formou pobytu v odpovídajících zařízeních. Nový zákon hodlá dlouhodobou péčí navázat jak na platnou legislativu o sociálních službách, tak i na zákon o zdravotních službách. Stát by měl v těchto případech garantovat, že finanční prostředky budou využívány s daleko větší efektivitou.

Například tuzemští odborníci, sdružení v tzv. Kulatém stole, který se zabývá prognózami zdravotnictví, představili předpokládaný dramatický nárůst v dalších letech formou grafu viz níže.

1.1.2 Grafické znázornění výdajů veřejného zdravotního pojištění na akutní péči

Graf č. 1 Projekce nárůstu výdajů veřejného zdravotního pojištění na akutní a dlouhodobou péči



Ilustrace 1: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, České zdravotnictví v roce 2050 (ČRSS 2011)

Věcný záměr připravovaného zákona uvádí, že dlouhodobá péče v současnosti stojí veřejné rozpočty zhruba jedno procento hrubého domácího produktu, čili 30 miliard Kč, a to bez započítání nákladů na neformální péči, jež je poskytována rodinám. Dodává, že současný stav průběžného financování dlouhodobé péče ze zdravotního pojištění a z peněz státu, krajů, obcí, je v dalších letech nutno změnit.

Následující tabulka transparentně zobrazuje, jakým způsobem byly vynaloženy veřejné výdaje na dlouhodobou péči v roce 2009:

Tabulka č. 2: Odhad dnešních veřejných výdajů na dlouhodobou péči, 2009

Sektor	Název části veřejných výdajů	Celkový objem v mil. Kč	Odhad podílu dlouhodobé péče	Odhad části dlouhodobé péči v mil. Kč
Sociální	Dávky osobám se zdravotním postižením	2 452	50%	1 226
	Příspěvek na péči	18 897	70%	13 228
	Výdaje územních rozpočtů (krajů a obcí)	6 487	70%	4 541
	Dotační řízení MPSV	6 253	50%	3 127
Zdravotní	Ošetrovatelská pracoviště v nemocnicích	4 713	30%	1 414
	Zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních poskytnutá osobám umístěným v nich z jiných než zdravotních důvodů	3 291	100%	3 291
	Na ošetrovatelskou a rehabilitační péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb	982	70%	687
	Odborné léčebné ústavy	6 134	25%	1 534
	Léčebny dlouhodobě nemocných	1 096	30%	329
	Domácí zdravotní péče	1 322	10%	132
	Další zdroje (dotace, transfery, fondy EU)	492	100%	492
Celkem				30 000

Tabulka 1: Státní závěrečný účet MPSV, MZČR, 2009, ČSÚ – Systém zdravotnických účtů (ČRSS 2011)

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, které je garantem přípravy zákona o dlouhodobé péči, v této souvislosti realizuje i projekt, soustředěný na optimalizaci sítě sociálně -zdravotních služeb.

V této souvislosti je zajímavá poznámka, s níž ministr zdravotnictví Leoš Heger seznámil pět stovek odborníků z Asociace poskytovatelů sociální péče, zřizovatelů sociálních zařízení i představitelů státní správy, kteří se v roce 2011 sešli na konferenci o dlouhodobé péči v České republice.

Leoš Heger zde konstatoval, že „úhrady zdravotních pojišťoven za lůžko v léčebnách dlouhodobě nemocných či v následné péči jsou více jak 15x vyšší oproti

úhradám za lůžko v pobytových zařízeních sociálních služeb (v případě osob ve 3. stupni příspěvku na péči). Tento nepoměr je v sociálních službách kompenzován výrazně vyššími dotacemi (6000 Kč v sociálních zařízeních oproti cca 1000 Kč v zařízeních zdravotnických a následně i vyššími platbami od uživatelů těchto služeb oproti platbám pacientů.“ (MPSV ČR 2011)

Potřebám osob s demencí a Alzheimerovou nemocí (a ani jejich rodinným příslušníkům) nejsou dosud přizpůsobeny ani zdravotnické ani sociální služby. Možno říci, že nejsou dořešeny ani služby v institucích nebo v terénu. K dalším zásadním problémům patří i fakt špatné informovanosti veřejnosti, výchova ke stáří včetně stáří nemocného a ani k dostatečným informacím o tom, co demence a Alzheimerova choroba představují. Tyto nedostatečné informace často vedou k izolaci a sociální inkluze pacientů a jejich blízkých.

Větší informovanost přitom může výrazně přispět ke včasnějšímu rozpoznání prvních příznaků této choroby. Alzheimerova choroba a obdobná onemocnění způsobují v současné době syndrom demence v různém stupni u cca 130 tisíc občanů naší republiky.

1.1.3 Liberecký kraj – demografie a systém sociálních služeb

Podle údajů Českého statistického úřadu České republiky žilo na konci roku 2010 v Libereckém kraji 439 942 obyvatel, což byl ve srovnání s dalšími kraji druhý nejmenší počet lidí.

Populační vývoj přesto nevybočoval ze základních tendencí, typických pro celou Českou republiku. Ve srovnání s celorepublikovým průměrem se ale Liberecký kraj mohl pochlubit nepatrně mladší věkovou strukturou.

Soustředíme-li se na problematiku seniorů v Libereckém kraji, pak právě na ně bylo zaměřeno komplexní šetření pobočky Českého statistického úřadu se sídlem v Liberci, který porovnával trendy od roku 2000 do roku 2008.

„Od výchozího sledovaného roku 2000 se zastoupení jednotlivých věkových skupin obyvatel poměrně zásadně změnilo. Tyto změny souvisely s demografickými trendy současného vývoje společnosti, především pak s prodlužováním průměrného věku dožití a

se snižováním porodnosti v devadesátých letech,“ stojí v preambuli studie ČSÚ „Senioři v Libereckém kraji“. (Česká statistický úřad 2009, 9)

Lidí ve věkové kategorii nad 65 let žilo v Libereckém kraji ke konci prosince 2008

13,9 %, celorepublikový průměr byl přitom jen nepatrně vyšší – 14,9 %.

Co se jednotlivých okresů Libereckého kraje týče, pak nejvyšší počet seniorů v kategorii nad 65 let se na konci roku 2008 nacházel na Turnovsku a Semilsku, (přesněji ve správních obvodech těchto obcí s rozšířenou působností), kde jich žilo 16,3, respektive 16,2 procent. Značný výskyt seniorů – přes 15 % byl dále v Železném Brodě a Jilemnicích.

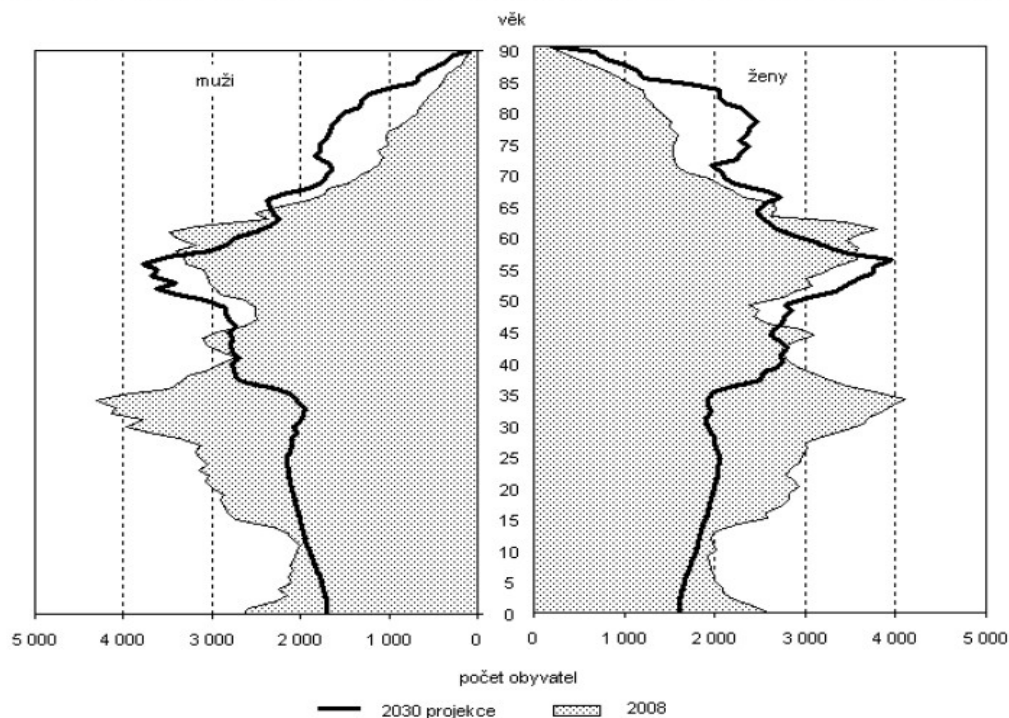
Nejmladším okresem Libereckého kraje byla Česká Lípa.

Průměrný věk obyvatel Libereckého kraje se za sledované období 2000 – 2008 zvýšil - u žen o 1,9 let, u mužů o 2 roky. Přesto však i Liberecký kraj kopíroval momentální obecný stav, v němž se vyššího věku dožívá více žen než mužů. Mužů bylo v roce 2008 v Libereckém kraji 23 931, žen nad 65 let tu žilo 36 771.

Šetření Českého statistického úřadu, soustředěné na seniory, vyslovilo následující projekci dalšího populačního vývoje: v roce 2030 by už měli lidé starší 65 let tvořit 22,6 % z celkového počtu obyvatelstva Libereckého kraje. Což potvrzuje, že také Liberecký kraj zestárne.

Prognózu názorně přibližuje následující graf:

Graf 3 Věkové složení obyvatelstva Libereckého kraje podle pohlaví k 31. 12. 2008 a k 31. 12. 2030



Ilustrace 2: Věkové složení obyvatelstva Libereckého kraje podle pohlaví k 31. 1. 2008 a k 31. 12. 2030 (ČSÚ Liberec 2009)

Pro účelné budování a rozmístění sociálních služeb, zejména pobytově sociálního charakteru, je důležitá i tabulka, mapující počet seniorů jak podle dosaženého vysokého věku, tak i podle okresů, na jejichž území žijí:

Tab. 2.4 Struktura obyvatel nad 60 let podle okresů Libereckého kraje k 31. 12. 2008

	Liberecký kraj	v tom okresy			
		Česká Lípa	Jablonec nad Nisou	Liberec	Semily
Obyvatelstvo celkem	437 325	103 990	90 076	168 561	74 698
z toho ve věku nad 60 let	abs. 91 714	19 208	19 482	35 754	17 270
	% 21,0	18,5	21,6	21,2	23,1
v tom:					
muži	38 837	8 241	8 251	15 043	7 302
ženy	52 877	10 967	11 231	20 711	9 968
v tom ve věku (%):					
60 - 64	33,8	36,5	33,8	34,3	29,9
65 - 69	22,0	22,3	22,4	22,0	21,5
70 - 74	14,9	15,2	14,4	14,6	15,9
75 - 79	13,5	12,3	13,2	13,2	15,6
80 - 84	9,8	8,4	10,4	9,9	10,7
85 a více	5,9	5,2	5,8	6,1	6,5

Ilustrace 3: Věkové složení obyvatelstva Libereckého kraje podle pohlaví k 31. 1. 2008 a k 31. 12. 2030 (ČSÚ Liberec 2009)

V roce 2008 bylo v Libereckém kraji k dispozici 116 druhů sociálních služeb,

největší zastoupení z nich tehdy měly sociální poradny, kterých bylo celkem sedmadvacet.

Co se přímo seniorů týče, bylo pro ně k dispozici 15 zařízení, a to v podobě domů pro seniory a vedle toho také 12 domovů, koncipovaných jako zařízení pro osoby se zdravotním postižením.

Domovy pro seniory v roce 2008 disponovaly 888 místy, přičemž nadpoloviční většina těchto míst byla k dispozici na odděleních ošetřovatelských.

Právě domovy pro seniory měly ze všech sociálních zařízení, orientovaných na celoroční, případně na týdenní pobyty, největší počet klientů. Bylo jich 867, tedy celých 43% z celkového počtu klientů.

Pro druhou, praktickou část této práce je významným faktem, že domovy se zvláštním režimem se v roce 2008 staraly o 345 klientů, domovy pro osoby se zdravotním postižením pak o 343 lidí.

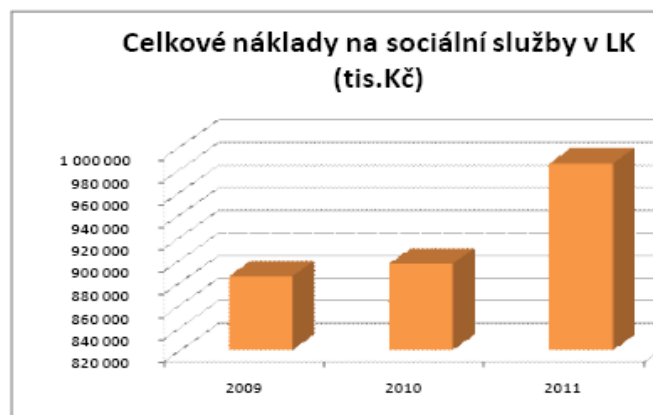
Největším zřizovatelem sociálních služeb byl ve sledovaném období Liberecký kraj, který zajišťoval celkem 45 sociálních služeb, jejichž pobytová kapacita představovala celkem 1 244 míst.

Liberecký kraj byl například zřizovatelem

- 10 domovů pro osoby se zdravotním postižením,
- 8 domovů pro seniory,
- 8 domovů se zvláštním režimem.

Pro upřesnění doplňme, že v roce 2008 tři domovy se zvláštním režimem v Libereckém kraji zřizovaly obce. Pokud bych chtěla doplnit současnou situaci v Liberecké kraji, vyjdu z následujícího přehledu:

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Libereckého kraje na léta 2009 – 2013 uvádí, že náklady, vydávané na tuto oblast, stoupají, a to značným tempem:



Ilustrace 4: Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na léta 2009 – 2013, Liberecký kraj, aktualizace z roku 2011

Dále strategický dokument Libereckého kraje, zaměřený na sociální služby shrnuje, že k 30. červnu 2011 zde bylo:

- 119 poskytovatelů, kteří nabízeli celkem 205 sociálních služeb,
- obyvatelé Libereckého kraje k tomu mohli využít dalších 35 služeb, které na jeho území nabízeli poskytovatelé z jiných krajů,
- z celého spektra služeb jich je nejvíce adresováno osobám se zdravotním postižením (150) a seniorům (120).

Z další dílčí tabulky Českého statistického úřadu, který pro ni čerpal údaje z Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, ovšem vyplývá, že k 31. prosinci 2010 se v Libereckém kraji vyskytovalo 2 146 neuspokojených žadatelů o pobyt v domovech pro seniory, 86 čekatelů na pobyt v domovech pro osoby se zdravotním postižením a rovněž 736 lidí, kteří by rádi využili péči v domovech se zvláštním režimem. Tabulka, srovnávající neuspokojené zájemce ve všech krajích ČR, je pro dokreslení k dispozici v příloze této práce (Příloha č.2).

1.2 Standardy kvality sociálních služeb

Pojem standardy kvality sociálních služeb byl zaveden s nabytím účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jejich dodržování je dle § 88 tohoto zákona jednou z povinností poskytovatelů sociálních služeb a je rovněž předmětem inspekce u poskytovatelů sociálních služeb. Obsah těchto standardů stanovuje vyhláška MPSV ČR č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a uživateli služeb.

Standardy se týkají všech sociálních služeb a jsou proto formulovány obecně. Tato obecnost je nezbytná pro to, aby standardy byly použitelné pro jakoukoli sociální službu bez ohledu na její charakter, velikost a právní formu poskytovatele. Standardy jsou rozloženy na jednotlivá kritéria, která jsou měřitelná, z důvodu srozumitelnosti a také proto, aby bylo možno posoudit, zda služba požadavek standardu splňuje.

Standardy jsou pomůckou pro poskytovatele usilující o poskytování kvalitních sociálních služeb, které respektují a podporují rovný přístup ke vzdělání, práci a k dalšímu občanskému a osobnímu uplatnění a jsou tak základním předpokladem plnohodnotného, důstojného a svobodného života.

Standardy, které popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba, jsou přínosem pro poskytovatele i pro uživatele služeb. Zavedení standardů do praxe umožní porovnávat efektivitu jednotlivých druhů služeb, které pomáhají lidem řešit stejný typ nepříznivé sociální situace, i efektivitu různých zařízení, která poskytují stejný druh služby. To má velký význam i pro zřizovatele a další instituce, které sociální služby financují. Při zjišťování kvality poskytovaných služeb jsou standardy nástrojem, měřítkem pro hodnocení kvality.

Hlavním smyslem standardů je zajistit, aby poskytování služby respektovalo a chránilo práva jak těch, kteří službu přijímají, tedy uživatelů, tak lidí, kteří ji poskytují – pracovníků.

„1. CÍLE A ZPŮSOBY POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

- Poskytovatel má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena, a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována; podle tohoto poslání, cílů a zásad poskytovatel postupuje;
- Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace;
- Poskytovatel má písemně zpracovány pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování sociální služby a podle nich postupuje;
- Poskytovatel vytváří a uplatňuje vnitřní pravidla pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování sociální služby.

2. OCHRANA PRÁV OSOB

- Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
- Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
- Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

3. JEDNÁNÍ SE ZÁJEMCEM O SOCIÁLNÍ SLUŽBU

- Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;

- Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby;
- Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

4. SMLOUVA O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

- Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
- Poskytovatel při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby postupuje tak, aby osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy;
- Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby;

5. INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ PRŮBĚHU SOCIÁLNÍ SLUŽBY

- Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
- Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby;
- Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle;
- Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám;

6. DOKUMENTACE O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

- Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně

pravidel pro nahlížení do dokumentace; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;

- Poskytovatel vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost osoby;
- Poskytovatel má stanovenou dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby.

7. STÍŽNOSTI NA KVALITU NEBO ZPŮSOB POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

- Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve formě srozumitelné osobám; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
- Poskytovatel informuje osoby o možnosti podat stížnost, jakou formou stížnost podat, na koho je možno se obracet, kdo bude stížnost vyřizovat a jakým způsobem a o možnosti zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti; s těmito postupy jsou rovněž prokazatelně seznámeni zaměstnanci poskytovatele;
- Poskytovatel stížnosti eviduje a vyřizuje je písemně v přiměřené lhůtě;
- Poskytovatel informuje osoby o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti.

8. NÁVAZNOST POSKYTOVANÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY NA DALŠÍ DOSTUPNÉ ZDROJE

- Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat;
- Poskytovatel zprostředkovává osobě služby jiných fyzických a právnických osob podle jejich individuálně určených potřeb;
- Poskytovatel podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím; v případě konfliktu osoby v těchto vztazích poskytovatel zachovává neutrální postoj.

9. PERSONÁLNÍ A ORGANIZAČNÍ ZAJIŠTĚNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

- Poskytovatel má písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců uvedených v § 115 zákona o sociálních službách; organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována;
- Poskytovatel má písemně zpracovány vnitřní organizační strukturu, ve které jsou stanovena oprávnění a povinnosti jednotlivých zaměstnanců;
- Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání a zaškolování nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovně právním vztahu s poskytovatelem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
- Poskytovatel, pro kterého vykonávají činnost fyzické osoby, které nejsou s poskytovatelem v pracovně právním vztahu, má písemně zpracována vnitřní pravidla pro působení těchto osob při poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

10. PROFESNÍ ROZVOJ ZAMĚSTNANCŮ

- Poskytovatel má písemně zpracován postup pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, který obsahuje zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace; podle tohoto postupu poskytovatel postupuje;
- Poskytovatel má písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců; podle tohoto programu poskytovatel postupuje;
- Poskytovatel má písemně zpracován systém výměny informací mezi zaměstnanci o poskytované sociální službě; podle tohoto systému poskytovatel postupuje;
- Poskytovatel má písemně zpracován systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců; podle tohoto systému poskytovatel postupuje;
- Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka.

11. MÍSTNÍ A ČASOVÁ DOSTUPNOST POSKYTOVANÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

- Poskytovatel určuje místo a dobu poskytování sociální služby podle druhu sociální služby, okruhu osob, kterým je poskytována, a podle jejich potřeb.

12. INFORMOVANOST O POSKYTOVANÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBĚ

- Poskytovatel má zpracován soubor informací o poskytované sociální službě, a to ve formě srozumitelné okruhu osob, kterým je služba určena.

13. PROSTŘEDÍ A PODMÍNKY

- Poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob;
- Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám.

14. NOUZOVÉ A HAVARIJNÍ SITUACE

- Poskytovatel má písemně definovány nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby, a postup při jejich řešení;
- Poskytovatel prokazatelně seznámí zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální službu, s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytváří podmínky, aby zaměstnanci a osoby byli schopni stanovené postupy použít;
- Poskytovatel vede dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací.

15. ZVYŠOVÁNÍ KVALITY SOCIÁLNÍ SLUŽBY

- Poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíli a zásadami sociální služby a osobními cíli jednotlivých osob;
- Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
- Poskytovatel zapojuje do hodnocení poskytované sociální služby také zaměstnance a další zainteresované fyzické a právnické osoby;

- Poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby“ (MPSV, 2009).

1.3 Charakteristika demence

Nyní bych se pokusila stručně charakterizovat demenci jako nemoc. O demencích, které úzce souvisí s Alzheimerovou nemocí, je nutno zmínit, že se říká „jsou tichou epidemií, postihující starší lidi v průmyslově rozvinutém světě“

Jak začíná stárnout i populace rozvojových zemí, roste v nich také epidemie demencí. Definice Světové zdravotnické organizace říká, že demence je získané postižení paměti, poznávání, řeči, složitých naučených pohybů, citového života i sociálního přizpůsobování. U demence je nutno uvést, že mám více než šedesát příčin. Alzheimerova nemoc odpovídá za polovinu až 2/3 případů, uvádí František Koukolík ve své knize „Mozek a jeho duše (2005). Dále uvádí, že v době, kdy v roce 1907 A. Alzheimer popsal, nemohl tušit, že se tato nemoc za 90 let stane častou a nebezpečnou nemocí. Popsal i jednotlivá stádia této nemoci, z nichž bych ráda uvedla základní vývojová stádia.

Počáteční stádium trvá 1-4 roky. Projevuje se kognitivními poruchami a snížením funkční výkonnosti v myšlení. Pacient si změny v myšlenkových procesech uvědomuje. V tomto stádiu se projevují první kognitivní poruchy a snížená výkonnost v myšlení. Objevuje se porucha schopnosti učit a zapamatovat si nové informace. Pacient má i potíže s vybavováním recentních² událostí a běžných informací. Zapomíná vykonávat běžné rutinní úkoly. Stává se, že není schopen zvládnout obsluhu jednoduchých přístrojů, např. rychlovarnou konvici.

Pokud nemoc přejde do středního stádia (2-10 let od této poruchy) se již problémy s pamětí stupňují a stávají se závažnými. Není schopen vstřebat nové informace nebo jen výjimečně a na velmi krátkou dobu. Nevybavuje si jména ani názvy předmětů a popisuje je pouze opisem(to, jak se z toho jí apod.) Začíná se ztrácet i ve známém prostředí a není schopen říci svou adresu a je těžce dezorientovaný. Jeho řeč je narušena a obsahově chudá, věty nedávají smysl. U některých pacientů se může objevit i porucha ve smyslu bloudění, neklidu a někdy agresivity

2 v současnosti existující, nynější, nový, čerstvý, soudobý

V pozdním, těžké stádium (7-14 let od začátku nemoci) dochází k téměř úplně ztrátě paměti.

Podle dostupných údajů se je známo, že tato nemoc je čtvrtým až pátým nejčastějším onemocněním, které může vést až k smrti.

Na základě těchto údajů a dostupných materiálů je nutno říci, že u lidí nad 65 let demence narůstá a většina rodin musí tuto situaci řešit. Nejčastějším řešením je umístění nemocného jedince do odpovídajícího zdravotnického zařízení.

Demence nelze považovat jen za důsledek biologického stárnutí, ale za důsledek nemoci, a to se všemi důsledky, včetně nároku na adekvátní léčení, pomoc a podporu. Pacienti mladšího věku mají specifické potřeby stejně tak jako jejich rodinní příslušníci. Pokud bych se pokusila sumarizovat počet osob s Alzheimerovou nemocí a dalších onemocněních, způsobujících demenci, použila bych následující čísla. V roce 2000 byly tyto choroby diagnostikovány u 88 000 lidí, v roce 2005 jejich počet stoupl na 95 000 a v roce 2010 se uvádí počet 111 000 lidí a v roce 2015 se již bude jednat o 124 000 lidí. Jak je vidět z uvedeného, počet takto nemocných lidí stále stoupá.

1.3.1 Příznaky Alzheimerovy nemoci

V této souvislosti je nutno zmínit nejdůležitější příznaky Alzheimerovy choroby. Při ní dochází u člověka k degenerativním změnám neuronů, tedy mozkových buněk, které umožňují přenášet a zpracovávat informace zvenku. V počátcích nemoci se tyto neurony začínají postupně poškozovat. Příznaky tohoto poškození mohou být různé podle toho, která část mozku je nejdříve zasažena. Obecně jsou známy jisté souhrnné příznaky, které se vyskytují u většiny pacientů – buď shodně nebo jen s malými nuancemi.

K úplně prvním příznaků patří poruchy krátkodobé paměti (amnézie). Zde je nutno uvést, že se paměť ztrácí v „opačném“ časovém sledu. Jako první jsou zapomínány nejnovější události, zatímco starší vjemy jsou obvykle dobře reprodukovány. Pokud se objeví tyto problémy, měl by být vyhledán lékař. Jemu by měly být tyto poruchy co nejpodrobněji popsány, aby z nich dokázal vyvodit možnou příčinu a následné lékařské závěry.

K dalším příznaků patří i ztráta orientačního smyslu. Často dochází i k tomu, že se nemocný špatně orientuje i ve vlastním domě nebo na známých místech. Toto je ale nutno rozlišit od klasického zapomínání a mělo to být pojímáno jako závažná porucha, kterou je nutno řešit. Návštěva praktického lékaře by měla přinést postup či doporučení, jaký je možno tento stav řešit. Pacient je poslán na odborná vyšetření a teprve na jejich základě je možno stanovit další postup.

Dalším příznakem může být i *afázie*³ (ztráta schopnosti řeči). Jedinec si nedokáže vybavit slovo a místo něj použije jiné. Tyto potíže mohou trvat jen krátkou dobu a většinou jsou nepravidelné. Jedním ze symptomů je i *agnózie*⁴ (neschopnost poznat a interpretovat sluchové vjemy). Při této poruše se stává, že nemocný vidí určitý předmět nebo obličej, ale není schopen jej určit nebo obličej přičíst k dané osobě. Někdy je možno k identifikaci použít jiný smysl- například sluch nebo hmat. U osob s touto nemocí se často setkáváme i s opakováním určitých činností nebo kladení stejných vět nebo otázek. I u jedinců, kteří nikdy těmito symptomy netrpěli se objevuje *apraxie*⁵, kdy jsou zcela ztráceny praktické dovednosti a jedinec není schopen vykonávat ty činnosti, které pro něj byly dříve zcela automatické.

I přes tyto problémy se v jistých případech rozhodnou příbuzní, že budou o nemocného pečovat sami. Ve většině případů si najdou pečovatele(ku), kteří jsou se zdravotním stavem obeznámeni.

Pokud se někdo z rodiny rozhodne sám pečovat o nemocného člověka, musí si ujasnit, zda bude schopen zvládat celodenní péči – přípravu pokrmů, následné krmení i osobní hygienu. Tyto dovednosti si musí pečovatel osvojit v takové míře, aby byly účinné a co nejméně zasahovaly důstojnosti nemocného. Takováto změna většinou silně naruší život pečovatele a jeho rodiny a proto si je nutno vytyčit hranice péče v takové míře, aby byl co nejméně narušen jeho život. Zejména je důležité najít si volný čas pro sebe i rodinu.

3 ztráta schopnosti řeči, porucha řeči způsobená narušením řečových center v mozku

4 je ztráta schopnosti rozpoznat předměty, osoby, zvuky, tvary či vůně (zjednodušeně smyslové vjemy) a interpretovat je za situace, kdy nejsou porušené funkce smyslových orgánů

5 chorobná neschopnost účelných pohybů, porucha hybnosti, neobratnost, nemotornost

Doporučuje se i získání informací o tom, jaké léčebné postupy existují, jaký je nebo bude vývoj nemoci a co je možno udělat proto, aby se vývoj této nemoci dal alespoň částečně stabilizovat nebo zpomalit.

1.3.2 Možnosti pro udržení schopností a současného stavu klienta s Alzheimerovou nemocí

Je nutno se tedy cíleně zaměřit na to, aby si klient co nejdéle uchoval své schopnosti a svému stavu a možnostem se co nejlépe přizpůsobil. Existují i názory, že existují konkrétní cvičení na potlačení projevů a následků nemoci. Je pravdou, že činnosti, které zahrnují více úkonů nebo vyžadují komunikaci, interakci a organizaci, jsou asi nejlepší ochranou. Ale tento fakt je možno pojmout jen v rámci prevence. Nicméně pro ilustraci bych uvedla možnosti a zaměření těchto cvičení, protože pro mnohé lidi mohou být užitečné.

Cílem těchto cvičení je :

Dozvědět se něco nového - studovat cizí jazyk, naučit se znakovou řeč, cvičit na hudební nástroj, přečíst si noviny nebo knihu. Všechny tyto činnosti aktivizují činnost mozku a udržují jej v činnosti .

Praxe memorování - doporučuje se začít s krátkým textem nebo informací. Na ní se doporučuje pracovat do té doby, pokud se její interpretace nestane bezchybnou. Toto výrazným způsobem posiluje krátkodobou paměť, která je při této nemoci narušená. Praxe memorování je doporučována s následnou kontrolou. /raxi memorování Toto cvičení není jen na procvičení paměti, ale i na opakování slovní zásoby, která vlivem této choroby degradovala.

Strategické hry, hádanky a křížovky - vhodný výběr těchto her umožní pacientovi, aby vědomě pracoval na správné funkci své paměti a základní logice. Tyto strategické hry jsou velmi doporučovány, protože je pacient může realizovat sám. Je zcela logické, že je nutno udělat velmi pečlivý výběr, aby nedocházelo k frustraci pacienta.

Doporučuje se i studium cizího jazyka. Toto je jistě snazší pro pacienty, kteří mají v jazyce znalosti. Nicméně dalším procvičováním se znovu mohou evokovat získané

dovednosti. A pokud bych se tomto faktu zmínila v souvislosti se zařízením pro nemocné, je zde možno dosáhnout i aktivní spolupráce mezi jednotlivými pacienty, kteří si mohou jazyk buď zopakovat nebo si alespoň zčásti osvojit základy. Jistěže toto není aplikovatelné u všech pacientů, ale někteří z nich (podle svého zdravotního stavu) tuto možnost uvítají

Stále ještě přetrvává názor, že nemocným nelze pomoci. Toto tvrzení se též nezakládá na pravdě. Na základě poznatků v publikaci Ivy Holmerové a Evy Jarolímové „Péče o pacienty s kognitivní poruchou“ (Holmerová, aj. 2007) je konstatováno, že tvrzení o tom, že není možno stav nemocného ovlivnit, je nesprávný.

Na nejnovější trendy v péči o pacienta postiženého demencí v pečovatelských zařízeních upozornila MUDr. Tamara Tošnerová z Ambulance pro poruchy paměti Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze. Jde o metodu DCM – Dementia Care Mapping, (mapování péče o pacienty trpící demencí), kterou na počátku devadesátých let dvacátého století vyvinul sociální psycholog Tom Kitwood z Bradfordské univerzity v Anglii. Byla určena pro lepší posuzování kvality péče o pacienty.

Tamara Tošnerová přibližuje ukazatele „relativně dobré duševní pohody“, které Tom Kitwood zformuloval společně s Kathleen Bredinovou a které zahrnují dvanáct různých schopností pacienta, podle nichž je možno posuzovat stupeň demence. Pokud bych tato fakta pojala z hlediska umístění osob v sociálně pobytových službách, je nutno si uvědomit, že existuje celá řada faktorů, které pomáhají projevy této nemoci zmírnit.

Pokud člověk:

- *Zachovává a uplatňuje svá přání a vůli* – jedná se především o schopnost verbální komunikace, při které je pacient schopen sdělit své problémy, radosti, pocity a zejména přání.
- *Je schopen vyjádřit škálu emocí* - toto je obtížné i mezi zdravými lidmi a u nemocných se jakékoliv pocity vyjadřují obtížněji. Lidé jsou si vědomi svého postižení a převládá u nich pocit, že by mohli odhalit i věci, které by jim společensky mohli ublížit
- *Navazuje společenské styky*- tato schopnost je poměrně důležitá. Jedinec, který je

schopen komunikovat s okolím, se jen málokdy dostane do společenské izolace a je schopen si kolem sebe vytvořit skupinu přátel, kteří jsou s jeho nemocí obeznámeni, ale chovají se k němu tak, jako by byl zdravý. Tento fakt může jedincům s touto chorobou velmi pomoci.

- *Dokáže se chovat srdečně a s náklonností vůči druhým osobám* –zejména ve větším kolektivu lidí jsou tyto schopnosti velmi důležité. Lidé v zařízení spolu tráví mnoho času a jakékoliv konflikty mohou narušit vzájemné soužití.
- *Dokáže se chovat srdečně s náklonností vůči druhým* - nicméně někteří starší lidé jen velmi obtížně dávají najevo náklonnost i srdečnost. Tito mají již celou řadu problému a u mnohých z nich chybí empatie a někteří se v dané společnosti necítí dobře a tudíž ji ani nevyhledávají.
- *Projevuje společenskou citlivost* - zde je třeba zmínit větší dávku empatie, protože každý jedinec je v určitém věku již introvertně založen a řeší své problémy a mnohdy je velmi rád, pokud je jeho momentální stav akceptován. Totéž by mělo platit i u personálu. Domnívám se, že pokud člověk cítí potřebu někomu o svém problému sdělit podrobnosti, udělá to, ale o své vůli. Naopak většina těchto lidí neguje nepřiměřený zájem o svou osobu a v důsledku se může stát i nepříjemný vůči svému okolí.
- *Neztrácí sebeúctu ve větším kolektivu nemocných jedinců* - přestože tito lidé mají mnohé těžkosti a někdy nedůvěřují svému okolí, vždy by si měli být vědomi svých kvalit a toho, co mohou pro své okolí udělat a jakým mohou být přínosem. Zejména uvědomění si své ceny a schopnosti pomáhat, může u těchto lidí vzbudit jistý ochranný pud a je nutno uvést, že zejména v léčebných zařízeních je tato jejich vlastnost vyhledávána. Nemám na mysli jen ze strany pacientů, ale i zdravotního personálu.
- *Vykazuje zájem o ostatní dementní pacienty* - tento úkol je poměrně obtížný, protože každý jedinec řeší vlastní problémy a míra jeho empatie klesá. Zde samozřejmě záleží na míře demence a tedy i na faktu, zda jestli je takový pacient ještě schopen komunikovat na jisté úrovni tak, aby byl ostatními akceptován.

- *Má smysl pro humor* - zde pochopitelně záleží na přístupu každého pacienta k problému a na jeho schopnosti zachovat si i v těchto podmínkách jistou dávku humoru. Je známo, že takovým lidem se snáze zvládají problémy. Nicméně je nutno konstatovat, že jsou zde i dementní jedinci, kteří si uvědomují své postavení a schopnosti a dostanou se do depresí, které nejsou schopni sami řešit. Zde je tedy na personálu, aby zvážil, zda tuto situaci je schopen zvládnout sám nebo je nutno ji konzultovat s lékařem.
- *Projevuje očividnou radost* - opět závisí na mentalitě každého. Jsou jedinci, kteří se dokáží radovat z maličkostí a tím je jejich život snazší a okolím jsou vyhledáváni. Je sice pravdou, že tato radost může vycházet i z míry demence, kdy člověk reaguje emočně nepřiměřeně a může svými projevy být ostatním až nepříjemný.
- *Má snahu pomáhat* – zde záleží i na tom, jak se člověk staví k životu. Jsou takoví, kteří zastávají spíš názor, že pomáháno by mělo být především jim a tito pak komplikují život nejen sobě a bezprostřednímu okolí, ale zejména personálu. Pokud se u člověka tato tendence objevuje, je třeba ji podporovat.
- *Je schopen relaxovat* – je nutno zohlednit, co je chápáno pod pojmem relaxace. Jedná se o cílený proces nebo stav uvolnění jak psychického tak i fyzického napětí. Pokud je tento proces vědomý se snahou načerpat nové síly, je doporučován, pokud se pacienti uzavrou do vlastního světa a podle svého názoru stále relaxují, je to špatné, protože i relaxace by měla být po určité činnosti a s vědomím, že po ní může následovat další činnost.

Toto vše je možno nazvat ukazateli pocitů dobré duševní pohody. Tyto byly zjištěny u pacientů, kteří byli sice v pečovatelském prostředí, ale byla zachována jejich důstojnost a právo na vlastní názor a projevy. Bylo u nich konstatováno, že pohybová a sluchová centra zůstávají nezměněna. Také emocionální schopnosti jsou nezasažené. Proto jsou pacienti i v pokročilém stádiu této nemoci oslovováni hudbou a je možno říci, že ji sami vyhledávají. Je obtížné specifikovat vkus pacienta, ale po vzájemných rozhovorech se i toto daří. Zde je nutno zmínit nezastupitelný význam ošetřovatelů, kteří by měli být (podle Keitwooda) uznáni jako osobnosti, kteří o pacienty pečují. Proto jejich péče, která je soustředěna na pacienty, by neměla postrádat lidskost a empatii, uvádí T. Košnerová.

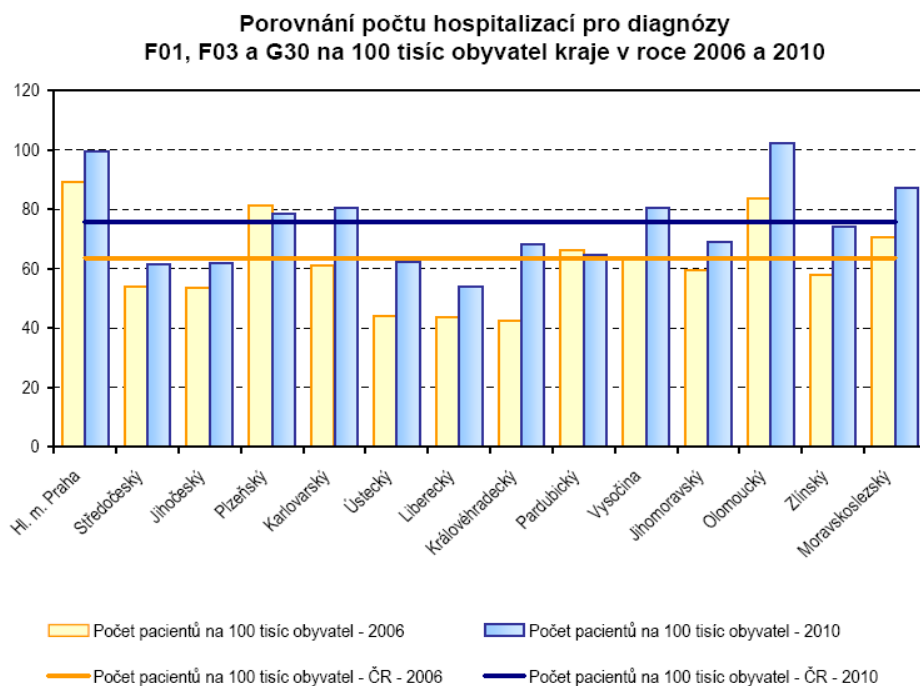
Podrobnou tabulku jednotlivých kapitol starého a nového pojetí péče o pacienty s demencí, které Tamara Tošnerová zpracovala na základě práce Toma Kitwooda „Dementia Reconsidered“, Open University Press 1997, jsem pro zajímavost zařadila do přílohy této práce (Příloha č.1)

1.3.3 Počet nemocných v Liberecké kraji

Nyní bych předložila statiku této nemoci v rámci Libereckého kraje, který je předmětem praktické části této práce.

Pro správné pochopení této kapitoly si nejdříve musíme upřesnit co jsou to diagnózy F01, F03 a G30. Každá nemoc má své číselné označení podle Mezinárodní klasifikace, kterou vydala Světová zdravotnická organizace. Pod písmenem F jsou popsány všechny duševní poruchy a poruchy chování. Pod F01 se skrývá vaskulární demence a F03 je neurčená demence. Písmeno G označuje jiné degenerativní nemoci nervové soustavy, pod které spadá i diagnóza G30, což je Alzheimerova choroba.

Z následujících tabulek Ústavu zdravotnických informací a statistiky vyplývá, že v letech 2006 – 2010 zde došlo k nejmenšímu nárůstu hospitalizovaných



Ilustrace 5: Aktuální informace ÚZIS 61/2011:12(Nechanská 2011)

Počet hospitalizací s diagnózami F01, F03 a G30 v lůžkových zařízeních podle potřeby další péče po propuštění v letech 2006–2010

Potřeba další péče po propuštění	F01	v tom						F03	G30	v tom			
		F01.0	F01.1	F01.2	F01.3	F01.8	F01.9			G30.0	G30.1	G30.8	G30.9
žádná	4 519	166	1 236	84	880	408	1 745	1 884	3 456	269	1 577	650	960
dočasná ambulantní	1 233	60	304	54	209	136	470	519	980	104	318	284	274
trvalá ambulantní	4 378	213	1 106	130	750	578	1 601	2 908	4 248	441	1 649	1 070	1 088
ústavní léčba	3 306	158	807	109	555	371	1 306	1 467	2 443	244	1 043	486	670
ústavní sociální služba	1 814	71	460	61	336	207	679	709	1 497	100	633	350	414
ošetřovatelská péče	454	20	85	15	144	56	134	132	396	32	134	111	119
lázeňská péče	92	-	35	2	34	2	19	6	76	4	67	4	1
Celkem	15 796	688	4 033	455	2 908	1 758	5 954	7 625	13 096	1 194	5 421	2 955	3 526

Ilustrace 6: Aktuální informace ÚZIS 61/2011:9 (Nechanská 2011)

Jak vyplývá z výše uvedených údajů, je možno konstatovat, že „Alzheimerova choroba „ je nejčastější příčinou syndromu demence, poruchy kognitivních funkcí, myšlení a paměti. V této souvislosti je narušena i orientace v čase a prostoru, soustředění, řeči a následně schopnosti koncentrace exekutivních funkcí (schopnosti plánovat a organizovat).

Přestože se tato nemoc jeví jako choroba posledních let, je nutno uvést, že je úzce spjata s lidským životem. Pokud bych uvedla pouze současníky, je známo, že touto nemocí trpěla např. Rita Haywortová, Charles Bronson, ale i Ronald Reagan.

Vyskytuje se jen u několika procent šedesátníků (výzkumy je prokázáno jen 1 %) ale u lidí ve věku 80 a výše již postihuje téměř jednu třetinu.

Jedná se tedy o onemocnění, které je častější ve vyšším věku.. Není možno říci, že se jedná se o normální příznak stáří. To je nejčastější mýtus o této nemoci. Můžeme se s ní setkat i u mladých lidí. Tento fakt je zarážející potud, že Alzheimerovu chorobu nelze za současných znalostí medicíny vyléčit, pouze včasným zahájením léčby je možno její průběh výrazně zpomalit a zlepšit kvalitu života takto postižených lidí.

1.4 Výběr vhodného zařízení pro pacienty s demencí

„Mezi lidmi staršími 65 let postihuje tato nemoc v nějaké podobě přibližně každého desátého člověka. Její výskyt přitom strmě roste s věkem. Asi třetina lidí je postižena lehce. U druhé třetiny lidí je toto postižení daleko závažnější. Žijí-li však ve snášenlivé rodině, která je má ráda, bývá (s dohledem) jejich stav únosný, i když je pro pečující členy rodiny vyčerpávající. Poslední třetina lidí bývá postižena tak těžce, že musí být umístěna v nějakém zdravotnickém zařízení,“ napsal ve své knížce „Mozek a jeho duše“ František Koukolík. (Koukolík 1997, str. 205). Výběr zařízení je třeba dělat s dostatečným předstihem a to z několika důvodů. Ideální je takový stav, kdy je nemocný ještě schopen participovat na výběru vhodného zařízení. Nyní pochopitelně záleží na míře postižení a podle toho by měla rodina postupovat. Doporučuje se postupná realizace. Setkáváme se s tím i u některých léčebných zařízeních, která navrhují, aby byl pacient umístěn v zařízení jen na pár hodin, popřípadě se doporučuje, aby s ním mohla rodina trávit v zařízení nějakou dobu, než se alespoň částečně aklimatizuje.

„Nabídka služeb pro osoby s demencí je dnes už poměrně dobrá, i když ne zcela uspokojivá. Důležitou roli zde sehrává Česká alzheimerovská společnost, která má pobočky po celé republice. Pobočky působí jako informační a poradenská centra pro pečující rodiny, nabízejí respitní asistenční službu, vytvářejí podmínky pro setkávání rodinných pečovatelů a poskytují písemné materiály“ (Matoušek 2010, str. 183).

Je nutno dodat, že péče o člověka s touto diagnózou je velmi náročná zejména po psychické stránce. Je logické, že nejlepší péče by se takovému jedinci dostalo v rodině, ale toto při pokročilejším stádiu nemoci není možné. Tito lidé potřebují specializovanou péči, kterou jim rodina nemůže dát. Problémem zůstává omezený počet domovů se zvláštním režimem, kam by pacienti měli být podle svého zdravotního stavu umístěni. Důležitá také kapacita těchto domovů.

Roli v tomto úseku kvality hraje ale i to, zda jsou tyto domovy situovány ve starých budovách, jejichž dispozice péči částečně stěžuje, nebo již v moderních (či modernizovaných zařízeních), které daleko lépe vyhovují jak klientům, tak i personálu.

Velmi důležitou složkou kvality je pak sám obsah péče o pacienty, trpících

Alzheimerovou nemocí a ten je značně široký. Prioritní roli v něm sehrává kvalifikovaný, vstřícný, trpělivý personál domova se zvláštním režimem, který by měl být (v ideální situaci) adekvátně motivován jak odpovídajícím finančním ohodnocením, tak i morálním uznáním okolí.

Kvalita péče v pobytových zařízeních je tím vyšší, čím je širší sortiment služeb, které mohou svým klientům nabídnout. Prostřednictvím vhodně zvolených aktivit totiž lze co nejdéle udržet klienty v dobré psychické a fyzické kondici a bránit tak tomu, aby nedocházelo k rapidnímu zhoršování Alzheimerovy choroby a demence. Škála těchto služeb sahá od nezbytné soustavné spolupráce zařízení s lékařem, psychologem i psychiatrem až přes využívání nejrůznějších forem rehabilitace k co nejpestřejšímu terapeutickému programu, který pro klienty připravují zaměstnanci pobytového zařízení přímo v domově.

Otázkou také zůstává, zda klienty s Alzheimerovou chorobou separovat či integrovat. Důležité je však mít na paměti zájem klienta, co podporuje jeho důstojnost, spokojenost, pocit zvládnutí úspěchu v každodenním životě, kde má možnost využít své zachovalé schopnosti, kde najde individuální péči a pečovatele, kteří s ním dokážou komunikovat a rozumějí jeho problematickému chování, kde je prostředí, jež v něm nevyvolává agresi a jiné nepříznivé reakce. Takovéto chráněné a podpůrné prostředí lze vytvořit na specializovaném oddělení domovů důchodců, což jsou domovy se zvláštním režimem (Matoušek 2010, str. 183).

1.4.1 Charakteristika a postavení domovů se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem zajišťují pro uživatele dle jejich individuálních potřeb ubytování, stravování, zdravotně-ošetrovatelskou péči a další aktivizační činnosti podle jejich zdravotního stavu.

Domovy se zvláštním režimem jsou pobytové a péče v nich je poskytována seniorům, které zasáhla Alzheimerova choroba, případně ostatní typy demence. Dostali se tak do situace, kdy nejsou schopni péče o sebe samé. Tyto domovy jsou určeny i těm, kteří trpí chronickým duševním onemocněním, či jsou závislí na návykových látkách a z tohoto

důvodu rovněž nejsou soběstační. Potřeby obou zmíněných skupin klientů jsou specifické a domovy se zvláštním režimem by se jim měly maximálně přizpůsobit.

„Služba podle odstavce 1 zákona 108/2006 Sb. obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (Zákon č.108/2006Sb, §50 odst. 1,2).

Sociální služby jsou poskytovány klientům na základě vypracovaného individuálního plánu s respektováním jejich potřeb a práva na rozhodování o vlastním způsobu života. Klientům je poskytována specializovaná pomoc a podpora v míře, která co nejvíce zachovává, případně zlepšuje jejich schopnosti. Péče v domově je poskytována kvalifikovaným personálem, je kvalitní a bezpečná.

Závěrečná zpráva ke kurzu „Problémy české společnosti a veřejná politika“, která se konala v roce 2009 na Karlově Univerzitě a soustředila se na sociálně zdravotní péči o seniory, mimo jiné detailně připomíná znění devátého paragrafu zákona 108/2006 Sb., 1 který vymezuje, co vše se sleduje při stanovení soběstačnosti člověka.

Tato část, mimo jiné, prošla sociální reformou a od 1. 1. 2012 se jedná o zvládnutí 10 základních životních potřeb. Jsou to mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost.

Jestliže člověk, kteroukoli z těchto a dalších sledovaných schopností zvládá hůře (anebo některou z nich již vůbec), má nárok na příspěvek na péči. A právě tento příspěvek je jednou z podmínek pro přijetí do domova. Další podmínky jsou věk minimálně 65 let, neschopnost se o sebe postarat a v neposlední řadě i to, že se o něj nemůžou postarat členové jeho rodiny. Při splnění všech těchto podmínek si klient podá žádost o přijetí do domova. Podáním žádosti začne sociální šetření, které bude rozhodující při posuzování této žádosti. Sociální pracovnice navštíví klienta doma nebo v jeho současném zdravotnickém zařízení a provede pohovor s rodinnými příslušníky. Během tohoto bude hodnotit veškeré stěžejní kritéria šetření podle škály, kterou obdrží od konkrétního domova. Tu má každý domov svou vlastní, ale navzájem si jsou velice podobné. Příklad těchto kritérií je v Příloze 3 a jedná se o Kritéria pro hodnocení žadatele o pobyt v Domově důchodců Jablonecké Paseky. A právě tato škála kritérií je rozhodující při posuzování podané žádosti o přijetí do pobytové služby. Pokud ji domov vyřídí kladně, přechází klient do domova. Zde se o něj stará profesionální personál složený z pracovnic přímé obslužné péče a zdravotního personálu (zdravotní sestry).

Ti vedle toho navíc pro klienty pravidelně připravují a vedou sociálně terapeutické programy a pěstují v nich přiměřenou míru aktivity a to vše s cílem, aby v lepším případě umožnili klientovi návrat do prostředí jeho rodiny, anebo alespoň zdravotní stav svěřenců stabilizovali či zpomalili jeho postupné zhoršování.

Ve většině případech se návrat do rodiny neuskutečňuje, protože zdravotní stav těchto jedinců nemohou zabezpečit pracovně vytižení příbuzní. Velmi často se tato situace řeší placeným pečovatelem, ale u těchto lidí je problém aklimatizace na jinou osobu. Dochází k pamětním výpadkům a ošetřovatelé jsou pak stavěni do pozice člověka, který není v bytě vítán - naopak je považován za osobu, která je v bytě neprávem a v mnoha případech dochází i k tomu, že je tento problém řešen jako neoprávněné vniknutí do bytu. Nejsou to sice časté případy, ale mohou se stát.

Pokud bych zmínila sociálně pobytovou péči, kdy se o nemocné jedince stará odborně vyškolený personál, je třeba uvést, že na tyto zaměstnance jsou kladeny velké nároky.

Musejí být vybaveni nejen odbornými znalostmi a dovednostmi, ale k tomu i

odpovídající dávkou trpělivostí a laskavostí. Navíc, pokud se to ukáže jako nezbytné, měli by klientům umět citlivě pomáhat rovněž při uplatňování jejich práv a oprávněných zájmů.

Mezinárodně uznávaná kritéria kvality dlouhodobé péče rozlišují tři druhy ukazatelů: ukazatele struktury, ukazatelé procesu a ukazatelé výstupů.

Ukazatelé struktury se zaměřují na kvalitu a bezpečnost budov, příjemné prostředí, velikost pokojů a v neposlední řadě na počet a kvalifikaci personálu. Ukazatele procesu zohledňují, jak je k danému problému přistupováno a jak je řešen a ukazatele výstupů hodnotí výsledky práce a jeho kvalitu.

Ingrid Štegmannová a Zuzana Havrdová ovšem ve studii „Individualizace péče jako lakmusový papírek ‘nového’ přístupu v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory“ upozorňují na skutečnost, že u nás byl značný počet zařízení pro seniory postaven před třiceti, padesáti i více lety. „Zdi budov, uspořádání a velikost pokojů, počet lůžek, umístění budovy a její dopravní dostupnost, to vše má podstatný vliv na možnost naplnění hodnot, jako jsou autonomie, individualizace či sociální začlenění v péči o seniory i na celkovou atmosféru v zařízení,“ argumentují autorky. (Štegmannová, Havrdová 2010, str. 51). A dodávají, že bohužel i dnes ještě vznikají budovy, jejichž stavební pojetí není pro tento účel ideální a harmonizující a tyto prvky se pak do nich přes veškerou snahu personálu vnášejí obtížněji.

Pokud bychom zohlednili přístup k bydlení seniorů (bez ohledu na zdravotní problémy) měl by být individuální a odpovídat přáním, zvykům a potřebám konkrétního člověka. Zdravotním a funkčním aspektům jsou nadřazeny aspekty existencionální – smysluplnost života a jeho hodnotový systém, které jsou zařízení schopna vytvořit.

Většina těchto lidí trpí rizikem osamělosti i rizikem izolovanosti (sociální inkluze). V porovnání se svým minulým životem (i když ne u všech) trpí tito lidé často omezením ztráty soběstačnosti (dočasně nebo i trvale). Zde, jak již bylo zmiňováno, je zapotřebí vzdělaných a empatických pracovníků, kteří budou všechny tyto aspekty a problémy s pacienty řešit a snažit se o jejich eliminaci.

Je zajímavé, že Miloš Sládek, když se věnoval tématu „Inspekce kvality v domovech pro seniory jako ukázce střetu různých hodnot“, také podtrhl skutečnost, že

nedostatek soukromí uživatelů dlouhodobé péče je zapříčiněn v řadě případů právě zastaralostí budov a nedostatkem financí na jejich rekonstrukci. A přitom právě faktor soukromí se spolupodílí na kvalitě života a spokojenosti lidí, odkázaných na dlouhodobou péči.

„V České republice neexistují závazné normy určující počet lidí na pokojích. Poskytovatelé sociálních služeb nejsou vázáni žádným předpisem, podle kterého by optimálně v souladu s požadovanou kvalitou prováděli rekonstrukce zařízení,“ uvádí Miloš Sládek. (Sládek 2010, str. 119)

A právě ochrana soukromí a sociální interakce patří mezi ukazatele výstupů kvality dlouhodobé péče. Patří mezi ně i řada prevelancí⁶ medicínského charakteru (například proleženin, infekcí, používání antipsychotik atd.).

Důležitým aspektem dlouhodobé péče je jedno ze základních práv člověka, totiž právo na důstojnost. Služby v zařízeních pro seniory a v domovech se zvláštním režimem by měly směřovat právě k zachování a posílení lidské důstojnosti.

Důstojnosti starých lidí, jejich podpoře a pokoře k nim věnovaly svůj výzkum Eva Rohanová a Iva Holmerová.

Za respondenty šetření zvolily jednak odborníky z praxe, konkrétně účastníky dalšího specializačního vzdělávání a následně studentky bakalářského oboru všeobecná sestra na Univerzitě Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem. Vybrány přitom byly ty studentky, které již strávily minimálně čtyři sta hodin na nejrůznějších klinických pracovištích.

Z výzkumu vyšlo najevo, že definici pojmu důstojnost jak profesionálové (čili odborníci z praxe) tak i studentky nejčastěji spojili s respektem k člověku – v prvním případě v 54 procentech, v druhém v 51 procentech. Jak vyplývá z těchto údajů, k velmi důležitým aspektům patří zejména úcta ke každému jednomu člověku, bez ohledu na jeho zdravotní stav, sociální zařazení či etnickou příslušnost. Na otázku, vztahující se k tomu, zda je respektována důstojnost při péči, byly dvě možné odpovědi. Nejméně respondentů v obou kategoriích se vyjádřilo, že důstojnost při poskytování péče je zachována, druhá

6 převládání, převaha, obecné rozšíření, demografický ukazatel, poměr počtu nemocných k počtu obyvatel

v četnosti odpovědí byla varianta 'ano i ne'. Tyto odpovědi byly početnější ve skupině profesionálů. Kritičtěji se k zachování důstojnosti stavěli respondenti ze skupiny studentek, které většinou odpovídali, že důstojnost při poskytování péče není zachována

Naplňování respektu k důstojnosti v každodenní praxi vybraný sociologický vzorek spojoval s empatií (studentky tuto devizu upřednostnily ze 45%), ale také s respektováním soukromí a práv, s vhodně volenou komunikací a dostatkem času na ni a v neposlední řadě bylo hodnoceno i s vhodné oslovením i pozdrav.

Vzhledem k počtu pacientů se individuální přístup ne vždy daří zachovat. Staří lidé jsou si v mnoha případech vědomi své nemohoucnosti a pokud se nesetkávají s pochopením ze strany personálu, velmi obtížně se s tímto faktem smiřují. Navíc je nutno zmínit i fakt, že speciálně při této diagnóze se často stává, že i přes odpovídající chování personálu může v některých případech dojít k mylnému pochopení daného jednání a následně špatné interpretaci.

Perfektně provedený výkon je pro pečující mnohdy ukazatelem kvality poskytované péče, ale pacient/klient tento pocit nemusí zdaleka sdílet, pro něj je mnohem důležitější citlivý a individualizovaný přístup, respektování potřeb, skutečnost, že je respektován, podtrhují hlavní devizu (která by měla být pro zařízení dlouhodobé péče prioritou). Současný stav je pak vede k závěru, že respektování důstojnosti si žádá neustálou pozornost jak odborníků, tak i veřejnosti. Je logické, že na tyto faktory reagují lidé podle svého momentálního stavu, ale zejména i podle věku. V této souvislosti bych ráda uvedla dělení věku starého člověka, který s těmito faktory úzce souvisí.

1.4.1.1 Certifikace Vážka

„Česká alzheimerovská společnost (dále jen ČASL) vyvinula certifikační systém, který je určen pro služby, které jsou určeny pro lidi s demencí. ČALS zařízením, která poskytují své služby v souladu s Kritérii pro udělení certifikátu Vážka, uděluje certifikát Vážka® na dobu 18 měsíců (Alzheimer.cz, 2012).

Certifikát Vážka uděluje ČASL provozovatelům zařízení, poskytujících kvalitní služby pro lidi s demencí. Certifikát je udělován na základě výsledků auditu v zařízení zájemce o certifikaci. Auditovány jsou všechny oblasti a kritéria, které jsou definovány v

dokumentu Kritéria hodnocení kvality Vážka, ve znění platném v okamžiku konání auditu

Oprávněnými žadateli jsou provozovatelé zařízení, která poskytují péči pro lidi s demencí. Zařízení mohou být jak zdravotnická tak sociální, podmínkou je, aby se v případě sociálního zařízení jednalo o zařízení, které služby pro lidi s demencí poskytuje jako registrovanou sociální službu a v případě zdravotnického zařízení byla služba registrována krajským úřadem. Registrace sociálního či zdravotnického zařízení zajišťuje, že zařízení poskytuje své služby v souladu s obecně závaznými právními předpisy (včetně například hygienických norem atd.).

Oblasti hodnocené při auditu:

- Filosofie a strategie péče
- Aktivity
- Spolupráce s rodinou a přáteli člověka s demencí
- Individualizovaná péče
- Důstojnost
- Zdravotní péče
- Zvládání problematického chování, používání omezovacích prostředků
- Bezpečnost
- Výživa a hydratace
- Celkový pohled na zařízení, jeho funkčnost
- První dojem po vstupu do zařízení
- Společné prostory
- Pokoje
- Hygiena
- Orientace
- Zázemí pro personál

- Počet a kvalifikace pracovníků
- Kvalifikace v demencích
- Potřeby personálu a jejich podpora
- Zaškolení a další vzdělávání
- Kompetence pracovníků

Certifikát Vážka není možno udělit v případě, že hodnocení všech kritérií v souhrnu nedosahuje alespoň 75 %. Pokud výsledky auditu neumožňují udělení certifikátu Vážka, obdrží žadatel seznam kritérií či oblastí, které je třeba zlepšit. Žadatel může po nápravě situace žádat o přezkumný audit. Certifikát Vážka se uděluje nejdéle na 18 měsíců.

Držitel certifikátu Vážka je povinen plnit podmínky Pravidel pro udělování certifikátu Vážka, včetně všech zde uvedených dokumentů, případně podmínky stanovené v rozhodnutí o udělení certifikátu Vážka. V případě nedodržení podmínek, vyplývajících z těchto Pravidel a zde označených dokumentů, rozhodnutí o přidělení certifikátu Vážka, případně jiných skutečností, na jejichž základě by Certifikát Vážka za jiných okolností nebyl udělen, je Česká alzheimerovská společnost oprávněna certifikát Vážka odejmout“ (ČASL, 2010).

V Libereckém kraji bohužel dosud není žádné zařízení držitelem toho certifikátu.

1.4.2 Finanční náklady na léčbu demencí

Dlouhodobá péče se bude v budoucnosti stále častěji věnovat klientům, které postihla Alzheimerova choroba a další onemocnění, vedoucí k demenci. Na tento předpokládaný trend reagovala i Evropská unie, která v roce 2008 přijala Deklaraci Evropského parlamentu o prioritách v boji s Alzheimerovou chorobou a podobnými onemocněními, která nese označení *80/2008*.

K přijetí této deklarace vedly Evropskou unii demografické studie, argumentující faktem, že počet obyvatel v zemích Evropské unie do roku 2060 sice mírně vzroste, ale podstatně zestárne.

„Stárnutí se bude týkat nejen populace jako takové, ale především populace

seniorů, kde bude zejména narůstat skupina tzv. velmi starých (old old), tedy lidí osmdesátiletých a starších, kteří již mají své specifické potřeby. Česká republika bude patřit mezi země s nejrychleji stárnoucí populací,“ konstatuje se v Diskusním materiálu k východiskům dlouhodobé péče v České republice. (Holmerová, aj. 2010, s. 7)

Zatímco v roce 2008 žilo v zemích Evropské unie 85 milionů seniorů, demografické odhady hovoří o tom, že v roce 2060 to již bude 151 milionů seniorů. Co se počtu velmi starých lidí týče, tak v roce 2008 jich v zemích Evropské unie bylo 22 milionů. V roce 2060 má jejich počet stoupnout na 61 milionů.²

S tímto rostoucím počtem seniorů je zcela logické, že nebudou narůstat jen běžné „stařecké nemoci“, ale bude narůstat i počet lidí s různými demencemi. Jejich počet není možno přesně určit, protože ani konkrétní demografické studie nemohou odhadnout, jak bude daná generace stárnout a které nemoci budou dominovat. Nicméně je v této souvislosti nejvíce zmiňována Alzheimerova choroba.

„Projekt EuroCoDe (European Collaboration on Dementia), koordinovaný evropskou asociací alzheimerovských společností prokázal, že počet lidí s demencí v zemích Evropské unie byl v roce 2007 6,17 milionů, v zemích EU 27 a EEA (Evropského ekonomického prostoru) se jednalo již o 6,63 milionů a v Evropě jako kontinentu se jedná o 8,45 milionů lidí s demencí. Jak je vidět z výše uvedených čísel, počet lidí s demencí stále roste a společnost bude muset tuto problematiku řešit.

Celkové náklady na léčbu demencí v zemích evropské sedmadvacítky byly odhadnuty na 130 milionů euro. Z toho byla více než polovina (56%) vynaložena na neformální, rodinnou péči,“ uvádí se dále v Diskusním materiálu k východiskům dlouhodobé péče v České republice (Holmerová, aj. 2010, 27)

Ve světě je ještě dramatičtější situace. Mezinárodní alzheimerovská společnost (Alzheimer's Disease International – ADI) ve zprávě, vydané v září roku 2010, oznámila, že náklady na tuto chorobu a jiné demence vystoupaly v rámci celého světa na jedno procento světového HDP, čili na 604 miliard amerických dolarů.

„Zprávy jednotlivých zemí jako je například Velká Británie ukazují, že demence je jedno z nejdražších onemocnění, protože výzkum a investice do oboru jsou na výrazně

nižší úrovni, než u jiných závažných onemocnění,“ konstatovala při této příležitosti Mezinárodní alzheimerovská společnost (ADI 2010).

Jak je uvedeno dále, Blanka Nechanská, autorka této aktuální informace, došla na základě provedeného šetření k závěru, že „v letech 2006 – 2010 vzrostl celkový počet hospitalizací pro demence o více než pětinu (z 6 549 na 7 981 hospitalizací). K největšímu nárůstu došlo u Alzheimerovy nemoci (o více než 41 %) a u neurčené demence, a to o třetinu.“ (Nechanská 2011, s. 2)

Většinu hospitalizovaných přitom tvořily ženy – při onemocnění demencí tvořily dvě třetiny případů, u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem představovaly až 80 % hospitalizovaných. Tato čísla odpovídají vyššímu průměrnému věku, kterého se ženy dožívají. A právě se stoupajícím seniorským věkem vzrůstá také riziko výskytu demencí a následně i Alzheimerovy choroby bez ohledu na pohlaví..

Potvrzuje to i skutečnost, že ve věku do 65 let bylo pro demence ve sledovaném období 2006 – 2010 celkově hospitalizováno pouze 7 % pacientů, z důvodu Alzheimerovy nemoci se včasným začátkem pak šlo o 35 % hospitalizovaných. Ve věku 65 – 70 let ovšem tato diagnóza zapříčinila již polovinu hospitalizací (Kučerová 2006, s. 21).

Zajímavé jsou i údaje, vypovídající o počtu hospitalizovaných v jednotlivých krajích České republiky. V použitém přepočtu na sto tisíc obyvatel jich bylo nejvíce v Olomouckém kraji a v Praze. Nadprůměrný výskyt těchto onemocnění zjistila studie v Plzeňském, Karlovarském, Zlínském, Moravskoslezském kraji a na Vysočině. Zde je nutno zdůraznit význam duševního zdraví a psychické pohody u rozvoje této choroby. Je zcela jasné, že pokud starší jedinec žije v relativním klidu a nemusí řešit např. existenční problémy své nebo rodiny, je možno této nemoci zčásti předejít nebo ji včas diagnostikovat a vhodnou léčbou korigovat.

Stále se objevuje názor, že léčba pacienta s následnou hospitalizací je finančně velmi náročná. Pokud je pacient hospitalizován, je postupováno podle prováděcí vyhlášky MPSV č.505/2006Sb. Uvádí se, že po úhradě za ubytování a stravu musí pacientovi zůstat částka ve výši alespoň 15% jeho příjmů, která mu musí být zachována. Maximální výše úhrady je stanovena prováděcím právním předpisem. Pokud je pacient uživatelem důchodu

ve výši 7 000 Kč (a tento je jediným zdrojem jeho příjmů) zaplatí za ubytování a stravu maximálně 5 950 a částka ve výši 1050 (což je 15 % jeho příjmů) mu musí být zachována.

Pokud bych celkovou situaci pojala z údajů statických šetření, je zcela jisté, že populace stárne a její potřeby je nutno zabezpečit. V obecné rovině je velmi obtížné získat místo v domově důchodců. Zejména v Praze či Ostravě může rodina či důchodce čekat na toto umístění i 10 let. Podle údajů ze zprávy Asociace poskytovatelů sociálních služeb se velmi často stává, že některé žádosti jsou duplicitní. Na kapacitu 45 000 lůžek je evidováno přes 50 000 žádostí, což je způsobeno převážně tím, že jsou některé žádosti podávány opakovaně. Další variantou na získání místa v domově je i smrt žadatele.

Jak uvedl Jiří Horecký (prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb), chybějící místa v těchto zařízeních může mít dvě příčiny. Jako první uvádí nedostupnost či nedostatečnost terénních a ambulantních sociálních služeb a k dalším nedostatkům patří i fakt, že v těchto zařízeních jsou často umístováni klienti, kteří tuto péči akutně nepotřebují. Podle jeho názorů je lůžek dostatek, ale nejsou optimálně rozmístěna a z hlediska zákona o sociálních službách jsou mnohdy obsazena jinou než žádoucí cílovou skupinou. Tento fakt by se měl v dohledné době změnit. Pokud někdo nepotřebný obsadí místo, které neodpovídá jeho zdravotnímu stavu ani sociálním podmínkám, měly by z toho být vyvozeny patřičné závěry. Zde je ale nutno konstatovat, že toto není zapříčiněno jen důchodci samotnými, ale především jejich rodinami.

Dále zmiňuje, že řešení spočívá ve změně systému financování tzv. dlouhodobé péče a podmínek pro její poskytování. Podle jeho názoru by měl stát podporovat variantu, která je sice finančně nevýhodnější, ale pro seniory z hlediska kvality života ta nejlepší. Jedná se o cílené propojení terénních a ambulantních sociálních služeb v kombinaci s péčí rodiny. Pokud toto již nebude možné, měla by nastoupit pobytová péče.

Tuto péči si klient nebo jeho rodiny hradí podle dále uvedeného přehledu.

Úhrada se skládá z několika částí. První část je tvořena platbou za ubytovací den, kterou tvoří poplatky za energie (teplo, elektřina, teplá a studená voda) a služby (úklid, praní prádla) a další náklady spojené s ubytováním. Částka za ubytovací den je stanovena na 175,- Kč.

Další část úhrady tvoří cena za stravování, která je účtována těm, kteří chtějí stravu zajistit dodavatelsky.

Cenu určují dodavatelé a v současné době činí :

snídaně 29,- Kč

oběd 59,- Kč, o víkendu 57,- Kč, dieta 59,- Kč

večeře 47,-Kč, dieta 49,- Kč

Poslední částí je úhrada služeb poskytovaných ve shodě s typem závislosti na péči vyjádřené stupněm příspěvku na péči. Každý uživatel služeb v Domově pro seniory má ze zákona zaručeno, že po zaplacení úhrady za ubytování a stravování mu musí zůstat 15% z jeho příjmu. Toto je každému klientovi garantováno. Může je sice použít i na svou potřebu (např. dárky apod), nicméně tyto výdaje jsou kontrolovány. Jak vyplývá z výše uvedených faktů, není představa o nekvalitním životě v domovech pro seniory naprosto na místě.

1.4.3 Domovy se zvláštním režimem v Libereckém kraji

V Libereckém kraji nyní působí tyto instituce, které mají charakter domovů se zvláštním režimem:

DOMOV DŮCHODCŮ A DŮM S PEČOVATELSKOU SLUŽBOU ZÁKUPY, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE

Věková struktura cílové skupiny:

- mladší senioři - 65 – 80 let
- starší senioři - nad 80 let

Základní charakteristika:

Domov je určen osobám, které pobírají starobní důchod a mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, dále s trvale sníženou schopností péče o vlastní osobu a prostředí, ve kterém žili a trpí trvalou ztrátou soběstačnosti v zajišťování základních životních potřeb (fyzické postižení, Alzheimerova nemoc nebo jiný typ demence).

Tento domov má zaregistrovanou sociální službu Domov se zvláštním režimem pro pacienty. Služba ale není v současnosti provozována, protože se jedná o malé zařízení (35 lůžek) a není tedy možno vytvořit samostatné oddělení pro tyto klienty.

V současnosti domov pečuje o 16 klientů převážně se stařeckou demencí. Alzheimerovu chorobu nemá v současnosti diagnostikováno žádný pacient. U převážná části klientů se demence projevila až v průběhu pobytu v tomto zařízení. Průměrný věk klientů se zvyšuje (současně více než 85 let) a většina současných klientů tohoto zařízení jsou ženy (tvoří více než 75 %) a u nich se různé demence vyskytují častěji. U tohoto zařízení je nutno uvést, že se jedná o sociální zařízení a klienty není tedy možno považovat za pacienty.

Domov důchodců v Zákupích je pobytové zařízení pro seniory, kteří vzhledem ke svému věku a zdravotnímu stavu nemohou žít ve svém přirozeném prostředí a potřebují celodenní péči. Snahou zařízení je zabezpečit svým klientům nepřetržitou individuální péči a podporu při naplňování jejich potřeb a zájmů, při každodenních činnostech rozvíjet nebo udržet úroveň jejich dosavadních schopností a soběstačnosti a vytvářet domácí prostředí, které jim umožní důstojný život.

Ubytování je koncipováno tak, aby bylo zajištěno co nejvíce soukromí. Je zde 19 jednolůžkových a 8 dvoulůžkových pokojů. K dispozici je zde lékařská péče i možnost kulturního vyžití. Vzhledem k tomu, že se jedná o malý domov důchodců, převládají tam přátelské vztahy a atmosféra tohoto zařízení je klidná a působí velice dobrým dojmem na psychiku klientů. V současné době je v řešení otázka, zda nebude příspěvek města na provoz domu snížen, ale toto je momentálně v jednání.

DOMOV DŮCHODCŮ JINDŘICHOVICE POD SMRKEM, P.O.

Věková struktura cílové skupiny:

- od 80 let a výše

Základní charakteristika

Domov má stanovenou cílovou skupinu klientů, kterým poskytuje sociální služby, odbornou péči a doplňkovou zdravotní péči. Je určen osobám s chronickým duševním

onemocněním, dále osobám s chronickým onemocněním a v neposlední řadě seniorům.

Domov dále poskytuje celoroční péči osobám se sníženou soběstačností zejména z důvodu vysokého věku, jejichž zdravotní stav vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Kapacita domova 67 lůžek. Z toho je 20 lůžek určených pro staré pacienty a 47 lůžek je pro domov se zvláštním režimem.

Domov se zvláštním režimem pečuje o lidi s problémy snížené soběstačnosti, zejména z důvodů stařecké demence a z důvodů chronického duševního onemocnění, dále osobám se stařeckou, Alzheimerovou nemocí a ostatními typy demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služby jsou dále poskytovány i seniorům s deficitem sebepečce ve věku od 80 let a výše. Umístění mohou být i klienti ve věku 70 let a výše s kompenzovanou duševní poruchou nebo stavem pokročilé demence.

Tento domov je zaměřen na seniory se III a IV.stupněm potřebnosti. Pod pojmem třetí stupeň chápeme takový zdravotní stav, kdy tyto osoby potřebují pomoc a dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu.

Pokud se již jedná o čtvrtý stupeň, jde o osoby, které vyžadují každodenní pomoc či dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu.

Nebudu uvádět, jaké jsou zde posuzovány výkony, protože i když to s tematikou práce souvisí, jedná se o odborné problémy, které jsou detailněji posuzovány odborníky v jednotlivých zařízeních.

DOMOV DŮCHODCŮ POHODA, POSKYTOVATEL: ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ SLUŽBY TURNOV

Věková struktura:

- od 65 let a výše

Základní charakteristika

Posláním domova se zvláštním režimem je poskytování pobytových služeb seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu stařecké, Alzheimerovy demence a ostatních typů demencí. Individuálním přístupem je seniorům zajišťována potřebná

zdravotní i sociální péče a jsou naplňovány i jejich duchovní potřeby.

Je jim umožněno prožít konec života v důstojných podmínkách, v bezpečném a příjemném prostředí Domova důchodců. Díky tomuto domovu je předcházeno prožití konce života v osamění. Do okruhu osob, jimž je služba poskytována, patří senioři, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, stařecké, Alzheimerovy demence a ostatních typů demencí a potřebují pomoc jiné fyzické osoby v průběhu celého dne a dosáhli věkové hranice minimálně 65 let. Kapacita domova je 71 lůžek a 3 lůžka odlehčovací péče.

Přednost mají žadatelé z Turnova, kterým je poskytována pečovatelská služba a je nedostačuje. Dále jsou žadatelé přijímáni v tomto pořadí: ostatní žadatelé z Turnova, žadatelé ze spádových obcí Turnova i ti, kteří mají v Turnově a okolí rodinné příslušníky nebo osoby blízké; ostatní žadatelé.

Vzhledem k rozloze spádové oblasti pro tento domov, není tato kapacita zcela dostačující a město uvažuje o následném rozšíření.

DOMOV DŮCHODCŮ ROKYTNICE NAD JIZEROU, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE

Věková struktura:

- 55 let a výše

Základní charakteristika:

Posláním služby Domov se zvláštním režimem a Domova důchodců Rokytnice nad Jizerou, příspěvkové organizace Libereckého kraje, je poskytování celoročních pobytových sociálních služeb v klidném prostředí se zahradou seniorům starším 65 let především z oblasti Západních Krkonoš, kteří jsou plně odkázáni na pravidelnou pomoc jiné osoby z důvodu onemocnění demencí a jejich snížená soběstačnost jim nadále neumožňuje setrvat v dosavadním prostředí. Služba podporuje udržení zachovaných schopností a soběstačnosti seniora a vychází z jeho individuálních potřeb.

DOMOV DŮCHODCŮ SLOUP V ČECHÁCH, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE

Věková struktura:

- Mladší senioři 65-80let
- Starší senioři: 80let a výše

Základní charakteristika:

Tento domov podporuje klienta v soběstačnosti, v dovednostech i sebeobsluze. Cílem je i vytváření odpovědnosti za své chování a samostatném rozhodování a seberealizaci. Poskytuje kvalitní, efektivní služby v souladu se všemi právy, povinnostmi a standardy kvality sociálních služeb. Klienti jsou motivováni k tomu, aby se stali co nejméně závislí na službách personálu či ostatních pacientů. Toto následně vede k tomu, že klient je sice odkázán na pomoc, ale některé úkony je schopen zvládat sám. Tento fakt přiměřeně přispívá k udržení stávajícího stavu pacienta, kterému je nabízeno dostatečné množství aktivit k tomu, aby i sám mohl na svém tělesném i duševním stavu sám pracovat. Tento fakt jistě závisí na zdravotním stavu pacienta.

U tohoto domova je třeba zmínit, že při zhoršení zdravotního stavu může být pacientovi nabídnuta možnost doživotního ubytování. Tato možnost je pro pacienty velkou výhodou. Nemusí měnit prostředí ani ošetřující personál. Tento fakt jistě do značné míry stabilizuje psychický stav pacienta.

Kapacita tohoto domova je 60 míst pro seniory a 20 je určeno pro domov se zvláštním režimem.

DOMOV DŮCHODCŮ VELKÉ HAMRY, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE

Věková struktura:

- dospělí (27–64let)
- mladší senioři (65–80let)
- starší senioři (nad 80 let)

Základní charakteristika

Domov důchodců byl uveden do provozu v roce 1984. V letech 2006 - 2008 proběhla kompletní rekonstrukce zařízení. Objekt má jednu hlavní čtyřpodlažní a dvě třípodlažní budovy. Domov pro seniory má kapacitu 36 osob a domov se zvláštním režimem nabízí kapacitu 97 osob

DOMOV PRO SENIORY VRATISLAVICE NAD NISOU, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE

Domov pro seniory

Služba je určena seniorům, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc druhého člověka z důvodu snížené soběstačnosti, zejména v důsledku vysokého věku a nelze ji zajistit jinou sociální službou poskytovanou v domácím prostředí.

Domov se zvláštním režimem

Služba je určena seniorům nad 65 let, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc druhého člověka z důvodu snížené soběstačnosti v důsledku chronického duševního onemocnění, stařecké demence a ostatních typů demencí a nelze ji zajistit jinou sociální službou poskytovanou v domácím prostředí.

Základní charakteristika:

Cílem poskytovaných služeb je zachovat co nejdéle soběstačnost uživatele v rámci jeho možností, tj. poskytnout mu nejen kvalitní ošetrovatelskou péči, ale i vhodnou individuální či skupinovou terapii. Důležitým znakem kvality poskytované služby je její schopnost podporovat uživatele v naplnění cílů. Pomocí této služby by měl klient dosáhnout schopnosti řešit i vlastní nepříznivou osobní či sociální situaci.

DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM, POSKYTOVATEL: DOMOV DŮCHODCŮ ČESKÝ DUB, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE

Základní charakteristika:

Služba je určena osobám v seniorském věku, u nichž jsou příznaky stařecké demence, respektive je u nich tato demence diagnostikována. Klientům jsou zajištěny komplexní služby týmem kvalifikovaných profesionálů. Informace o možnostech přijetí do

služby poskytují sociální pracovníci. Veškeré informace (včetně postupů pro uplatnění žádosti o přijetí do služby) jsou uvedeny na webových stránkách domova.

Kapacita domova je 90 lůžek a většina z nich je využita pro pacienty s demencemi.

**DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM, POSKYTOVATEL: DOMOV
DŮCHODCŮ JABLONECKÉ PASEKY, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE**

Základní charakteristika:

Služby jsou poskytovány na základě smlouvy o poskytování služby sociální péče a individuálního plánu klienta. Sociální a ošetrovatelská péče je zaměřena na uspokojování potřeb celé osobnosti klienta (po stránce psychosomatické, sociální a religiózní). Uživateli je umožněno žít nezávisle a plně, jak si to sám přeje a jak mu to jeho zdravotní stav dovoluje. Při péči jsou respektovány etické principy péče (právo na důstojný život, právo na soukromí, právo vlastního rozhodování).

Průměrná kapacita je 98 lůžek a tato je naplněna. Domov připravuje rekonstrukci, která by měla zajistit u každého pokoje vlastní sociální zařízení

**DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM, POSKYTOVATEL: DŮM SENIORŮ
LIBEREC - FRANTIŠKOV, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE**

Základní charakteristika:

Služba je určena seniorům starším 65 let, kteří trpí Alzheimerovou nemocí nebo jiným typem demence a v důsledku toho si již nedokáží poradit s běžnými denními činnostmi ani si uvědomovat rizika a nebezpečí, ale se stálou pomocí dokáží některé své schopnosti využívat. Potřeba pravidelné pomoci je v rozsahu, který již není možné zajistit sociální službou, poskytovanou v domácím prostředí.

Kapacita domova je 200 osob a z toho je 34 lůžek určeno pro pacienty s demencí.

**PAMPELIŠKA-DOMOV PRO SENIORY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM,
POSKYTOVATEL: PAMPELIŠKA, O.P.S.**

Základní charakteristika:

V Domově se zvláštním režimem v České Lípě se poskytují v souladu se zákonem č.108/2006 Sb. pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, osobám s Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v zařízení při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Poskytovány jsou tyto základní služby: ubytování, stravování, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Kapacita domova je pro 72 lidí, z nichž je 36 určeno pro seniory dalších 36 pro pacienty s demencemi.

SOCIÁLNÍ SLUŽBY SEMILY

Základní charakteristika:

Posláním Domova se zvláštním režimem je umožnit seniorům s demencí žít v klidném a bezpečném prostředí s možností pokračovat v domácích činnostech a zvyklostech v pokojích s možností dovybavení oblíbenými předměty.

S podporou profesionálního, citlivého, lidského a vstřícného přístupu se cíleně využívá vlastních vzpomínek, které napomáhají zachování schopností uživatelů. Služba je určena osobám 65+ s onemocněním některým druhem demence, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc druhého člověka z důvodu snížené soběstačnosti. Potřeba pravidelné pomoci je v rozsahu, který již není možné zajistit rodinou, či sociální službou poskytovanou v domácím prostředí. Služba je určena osobám ze Semil a okolního regionu.

Jak vyplývá z výše uvedeného, je průměrný věk uživatele asi 65 let. Toto je již doba, kdy již lidé mnohdy nejsou soběstační a jsou tedy odkázáni na pomoc jiných osob. Kapacita tohoto domova je 104 osob pro seniory a 24 lůžek pro domov se zvláštním režimem.

PRAKTICKÁ ČÁST

1.5 Cíl praktické části a předmět zkoumání

Cílem práce je zjistit, jaká je v Libereckém kraji v současnosti kvalita služeb v sociální péči, určené pro lidi, kteří byli postiženi Alzheimerovou chorobou, případně i dalšími formami demence.

Kvalita sociální péče je podmíněna řadou faktorů, které jsou předmětem zkoumání.

Jedním z nich je samotný počet domovů se zvláštním režimem a následně i velikost kapacity, kterou nabízejí. Roli v tomto kvalitě hraje ale i to, zda jsou tyto domovy situovány ve starých budovách, jejichž dispozice péči částečně stěžují, anebo již v moderních (či modernizovaných zařízeních), daleko lépe vyhovujících jak klientům, tak i personálu.

Velmi důležitou složkou kvality je pak sám obsah péče o pacienty, trpící Alzheimerovou nemocí, a ten je značně široký. Prioritní roli v něm sehrává kvalifikovaný, vstřícný, trpělivý personál domova se zvláštním režimem, který by měl být (v ideální situaci) adekvátně motivován jak odpovídajícím finančním ohodnocením, tak i morálním uznáním okolí.

Kvalita péče v pobytových zařízeních je dále tím vyšší, čímž širší sortiment služeb mohou svým klientům nabídnout. Prostřednictvím vhodně zvolených aktivit totiž lze co nejdéle udržet klienty v psychické a fyzické kondici, a bránit tak tomu, aby nedocházelo k rapidnímu zhoršování Alzheimerovy choroby. Škála těchto služeb sahá od nezbytné soustavné spolupráce ústavního zařízení s lékařem, psychologem, psychiatrem, přes využívání nejrůznějších forem rehabilitace až k co nejpestřejšímu terapeutickému programu, který pro klienty připravují zaměstnanci ústavního zařízení přímo v domově, případně pro zpestření navíc s některými z klientů navštěvují i vybrané akce, pořádané v obci či městě, v nichž domovy se zvláštním režimem sídlí.

1.5.1 Stanovení předpokladů

- Lze předpokládat, že 80% domovů pro seniory v Libereckém kraji poskytují služby pro lidi postižené demencí.
- Předpokládáme, že ideální poměr klientů v zařízení a počet pracovníků zařízení je 3:1.

1.6 Použité metody

Pro průzkum jsem si zvolila metody sloužící k získávání údajů. Hlavní metodou bylo dotazníkové šetření. Cílem bylo zodpovězení otázek, jejichž odpovědi mi měly pomoci při snazší orientaci problematice této práce. Zjišťován byl také současný stav domova, jeho provozu a podmínek v něm. Otázky v dotazníku jsem formulovala tak, aby daly částečný přehled o situaci v daných domovech a zejména jsem chtěla získat co nejvíce informací od personálu v takové míře, abych dokázala tuto situaci pochopit a zhodnotit. Cílem těchto dotazů bylo i zjištění, zda je kapacita těchto domovů plně vytížena a v jakém stavu se momentálně nacházejí. Důležitým údajem pro tuto práci byl i celkový provoz domova, spolupráce s lékařem, psychiatrem či psychologem. V neposlední řadě jsem se pokusila zjistit, jaké metody a formy se používají při péči i klienta.

Formulace otázek je i taková, aby se z nich více méně dalo zjistit, zda služby odpovídají standardům kvality sociálních služeb. K tomu pomohlo i pozorování a rozhovory v daných zařízeních.

Jak bylo zmíněno, jako pomocné metody jsem použila rozhovory s rodinnými příslušníky klientů, ale i pracovníky, a pozorování při kterém jsem si zhodnotila celkový vzhled budov a pracovní klima v pobytovém zařízení.

1.6.1 Návratnost dotazníků

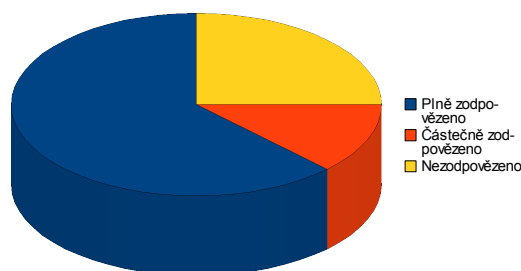
Na základě dotazníkového šetření byly osloveny pracovníci následujících domovů se zvláštním režimem: Česká lípa, Český Dub, Liberec Františkov, Velké Hamry, Jindřichovice pod Smrkem, Jablonecké Paseky, Rokytnice nad Jizerou, Semily, Sloup v Čechách, Turnov, Vratislavice a Zákupy.

O vyplnění dotazníků bude požádáno ve čtyřech domovech 9 pracovníků a ve zbylých osmi domovech jsem požádala o vyplnění 8 pracovníků. Tak by bylo dosaženo celkového počtu 100 respondentů.

Mým cílem bylo získat zpět nadpoloviční většinu kompletně vyplněných. Toto se mi povedlo, takže jsem při zpracovávání vycházela ze 74 dotazníků a ostatní byly pro mou potřebu a následné srovnání. I při tomto mírném výpadku odpovědí jde stále o vzorek reprezentativní.

Domov / počet dotazníků	Plně zodpovězeno	Částečně zodpovězeno	Nezodpovězeno
Český Dub / 8	5	1	2
Česká Lípa / 8	6	0	2
Jablonecké Paseky /9	8	1	0
Rokytnice/ 8	5	0	3
Velké Hamry / 9	6	2	1
Semily / 8	6	2	0
Zákupy / 8	5	2	1
Sloup / 8	8	0	0
Liberec Františkov / 9	7	1	1
Vratislavice / 9	8	1	0
Turnov / 8	5	1	2
Jindřichovice / 8	5	0	3
Celkem	74	11	15

Tabulka 2: Návratnost dotazníků



Ilustrace 7: Graf návratnosti dotazníků

1.7 Získaná data a jejich interpretace

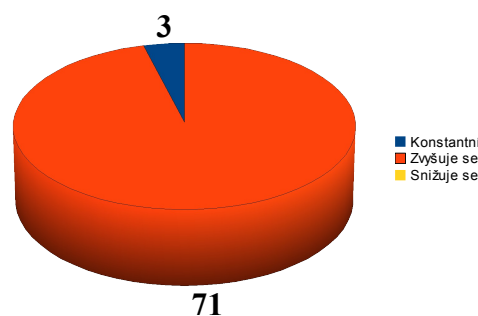
Na základě rozboru získaných údajů jsem zpracovala následující grafy, Odpovědi jsem nerozdělovala podle jednotlivých domovů, ale podle otázek a odpovědí.

Pokusila jsem se sumarizovat odpovědi na otázky tak, aby co nejlépe vystihly práci v těchto domovech a akcentovaly největší nedostatky nebo naopak klady nejen této práce, ale i možností, které z odpovědí vyplynou. Na pomoc jsem si vzala analýzu závěrečných protokolů z hodnocení kvality sociálních služeb, které zřizuje Liberecký kraj z roku 2004, aby byly patrné rozdíly. Musím, ale podotknout, že v této analýze, je hodnoceno pouze 7 zařízení pro seniory, ve kterých je zřízen i domov se zvláštním režimem, ale i tak to pro porovnání stačí.

Při vyhodnocování každé otázky jsem se také opírala o standardy kvality sociálních služeb.

1. Jaký je zájem o umístění klientů s Alzheimerovou chorobou do vašeho domova se zvláštním režimem?

	Počet odpovědí
Konstantní	3
Zvyšuje se	71
Snižuje se	0



Tabulka 3: Odpovědi na 1. otázku

Ilustrace 8: Zájem o službu

Zájem o umístění seniorů v těchto domovech se zvyšuje a to nejen z důvodů narůstání Alzheimerovy choroby a jiných demencí, ale spíše z neschopnosti rodiny dát těmto lidem v domácích podmínkách adekvátní péči. Podle sdělení v rámci tohoto dotazníku bylo zcela evidentní, že některé domovy nejsou schopny pokrýt poptávku ze strany klientů a velmi často se stává, že jejich lokace musí být provedena podle volných míst v těchto zařízeních. I když ani tento fakt není možno pojímat plošně. Je nutno uvést, že počty klientů se každoročně mění, takže se obtížně určují přesné statistické údaje.

Nicméně jak vyplynulo z tohoto dotazníku, jsou některé domovy, jejichž kapacita není naplněna. Může se jednat o momentální stav stárnutí této populace nebo i nevhodné umístění domova.

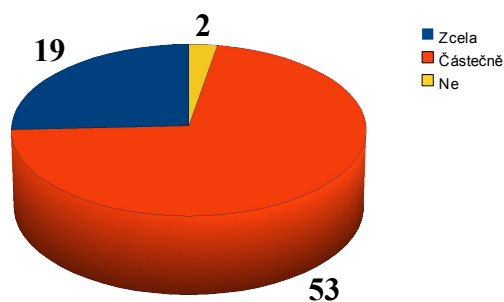
Možnost umístění do vzdálenějšího domova není pro některé klienty se zachovaným vnímáním ideální, protože jsou odloučeni od rodiny. Taktéž pracovníci toto zmiňovali jako nedobré, protože spojení nemocných s rodinou je nezastupitelné a někdy dokáže i motivovat ke zlepšování zdravotního stavu. Nicméně některé domovy (zejména DD Zákupy) uvádějí omezení v ubytování a klient musí být umístěn do jiného domova.

Nejméně oblíbené se jeví větší domovy. Zde bych uvedla např. Rokytnici nad Jizerou, jejíž kapacita čítá téměř 104 míst. Stejně na tom je i domov Vratislavice nad Nisou, který má kapacitu 104 míst.

Jak bylo zmiňováno klienty i zdravotnickým personálem, pacienti se necítí dobře v tomto zařízení a mnozí z nich i jejich příbuzní by raději vyhledali menší zařízení. Je to i názor pracovníků, protože některé situace se snadněji řeší v komornějším kolektivu. Počet klientů může i komplikovat volno časové aktivity. Navíc jak mi bylo sděleno, velkým problémem jsou nemocenské či volno při ošetřování člena rodiny.

2. Jste schopni poptávku o tuto pobytovou službu uspokojit?

	Počet odpovědí
Zcela	19
Částečně	71
Ne	2



Tabulka 4: Odpovědi na 2. otázku

Ilustrace 9: Schopnost upokojit poptávku

Otázka, která spočívala v možnostech umístit lidí podle potřeb, projevila nedostatek těchto ubytovacích kapacit. I když je umístění posuzováno podle zdravotního stavu, ústavy ve většině případech nejsou schopny tyto požadavky splnit. Je uváděno, že čekací doba na umístění může být podle lokality i 8-10 let. Mnohdy je kapacita nepostačující nebo zde není personál na řešení této nemoci a nejsou ani podmínky na zlepšení.

Některá zařízení akcentovala nedostatek kvalifikovaného personálu nebo i jeho následnou neochotu v těchto zařízeních dále pracovat. Bylo zmíněno i nedostačující finanční ohodnocení této práce a z toho jasně vyplývá následný odchod personálu na jiná, finančně lukrativnější místa. (plat se pohybuje v rozsahu 15-16 000).

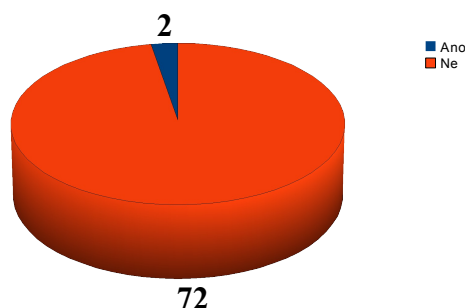
V případě odchodu zaměstnanců může dojít i k dočasnému zhoršení psychického stavu některých pacientů, kteří si vybudovali vztah k těmto osobám. Tato do jisté míry patologická fixace pramení z toho, že nejsou schopni akceptovat takové zásadní změny. Přestože u této choroby dochází k pamětním výpadkům, v případě navázání vztahu je toto problém.

Při této otázce jsem nepočítala s úplnou negativní odpovědí, jelikož jsem předpokládala, že vždy se z části dá poptávka uspokojit. Ale tento můj osobní předpoklad se ukázal jako mylný a u dvou dotazníků se objevila dopsaná odpověď „NE“. Je to nejspíš z důvodů, že pracovníci chtěli poukázat více na to, že čekací doba na volné místo je velmi dlouhá a poptávka se nedá uspokojit tak, jak by si žadatelé přáli.

3. Počítá se do budoucna s rozšířením kapacity vašeho domova?

	Počet odpovědí
Ano	2
Ne	72

Tabulka 5: Odpovědi na 3. otázku



Ilustrace 10: Rozšiřování kapacity domova

Z analýzy z roku 2004 vyplývá, že v Libereckém kraji je podle dostupných statistických údajů byla celková kapacita míst v zařízeních sociálních služeb, které kraj zřizuje celkem 1044 míst pro seniory, kde jsou zahrnuty i domovy se zvláštním režimem.

K roku 2010 bylo v Libereckém kraji registrováno 410 lůžek v domovech se zvláštním režimem.

Musím konstatovat i fakt, který byl uveden i v analýze z roku 2004, že „kvalita života lidí, kteří žijí s podporou sociálních služeb, zejména jejich možnost udržovat běžné sociální vztahy s okolní komunitou, pracovat nebo trávit volný čas se odvíjí také od kapacity, tedy velikosti zařízení. Vysoká koncentrace lidí v nepříznivé sociální situaci vede ke vzniku konfliktů a znamená vysokou náročnost práce lidí, kteří jsou v takových zařízeních zaměstnáni“ (Šlechtová a kol., 2004, str 5.).

Otázka rozšíření kapacity domova není u většiny domovů nyní příliš aktuální. V případě nejrůznějších dotací, konstatovala většina zaměstnankyň dotace za neúčelné a podhodnocené. Podle mínění některých jsou i nevýhodně využívány a mnohdy nerespektují potřeby domova. Jak jsem se tedy dozvěděla, dotace by měly být využity více cíleně a směřovat je na momentální potřeby domova.

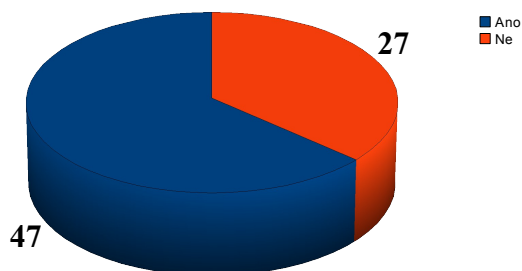
S touto odpovědí jsem se setkala ve všech dotaznících. Domovy jsou – až na výjimky zastaralé a mnohdy i nedostatečně vybavené, což značně stěžuje práci. Jak bylo konstatováno, domovy by potřebovaly dovybavit zejména místnostmi na pohybovou aktivitu, kterou je možno sice nahradit procházkami či návštěvami zahrady, ale toto je omezeno počasím. Často se stává, že pohybové aktivity jsou vynechávány nebo jsou mířeny do vnitřních částí zařízení. Toto neodpovídá požadavků na trávení volného času a bylo by nutno tuto situaci změnit. Zmiňovaný fakt – tedy nedostatek aktivního pohybu nesou někteří lidé velmi obtížně a v mnoha případech na něj i často upozorňují. Nicméně je také nutno uvést, že tyto aktivity nejsou vyhledávány a akceptovány všemi a tak je někdy nutno přizpůsobit program jiným požadavkům.

Vzhledem k tomu, že je nejčastěji odmítají nejvíce nemocní lidé, je třeba tento fakt řešit péčí jiného vychovatele nebo je možno použít i spolehlivého pacienta. Nicméně tato možnost je využívána velmi málo, protože podobně nemocný jedinec není zárukou péče. Záleží pochopitelně na personálním vybavení domova a počtu zaměstnanců a to, jak bylo uvedeno, je v mnoha případech také nedostačující.

4. Bylo by zapotřebí, aby váš domov prošel stavebními úpravami a modernizací tak, aby lépe vyhovoval klientům i zaměstnancům?

	Počet odpovědí
Ano	47
Ne	27

Tabulka 6: Odpovědi na 4. otázku



Ilustrace 11: Nutnost stavebních úprav

Pokud se týče stavebních či jiných úprav v jednotlivých domovech, je možno říci, že by byly ve všech domovech uvítány. Jedná se o opravy stávajícího zařízení, položení podlah a výměny oken. Vzhledem k tomu, že se jedná o nemocné lidi, je velmi obtížné vykonávat tyto opravy za provozu zařízení a proto jsou vždy řešeny jen zčásti.

V této souvislosti bych zmínila i závěr z analýzy hodnocení kvality sociálních služeb z roku 2004, kde byl hodnocen standart Prostředí a podmínky pro poskytování služeb, který se dá s touto otázkou porovnat.

„Z výsledků analýzy vyplývá, že více než 57% lůžkové kapacity je v souladu s běžným standardem bydlení. Naopak cca 43% lůžek současné kapacity je nevyhovující a doporučení v této oblasti směřuje k postupnému plánování takových transformačních změn, jejichž cílem budou důstojné podmínky pro lidi s postižením a pro staré lidi tak, aby bylo zachováno jejich právo na soukromí a intimitu při současném zachování dostupnosti potřebné podpory.

Změny, které se jistě stanou důležitou součástí rozvojových plánů, velmi těsně souvisí s cíli a posláním zařízení a s jejich rolí v síti sociálních služeb regionu. Transformační změny jsou v řadě zařízení vhodnou příležitostí ke snižování kapacity. Při zvažování investic v rámci zlepšování podmínek ve stávajících zařízeních je třeba citlivě zvažovat, zda investovat do některých zařízení je efektivní, zvláště v těch případech, které jsou v havarijním stavu nebo které z hlediska své lokalizace a umístění nenaplnují a ani nemohou naplnovat obecný cíl sociálních služeb – začleňování lidí do společnosti“ (Šlechtová, aj. 2004).

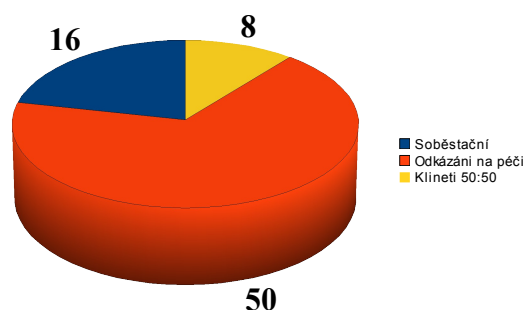
Při porovnání se situací z roku 2004 s dnešní, můžeme říci, že některé domovy již prošly částečnou rekonstrukcí, ale některé na ni stále čekají.

V této souvislosti byl zmíněn i fakt, že takováto zakázka není pro firmy příliš lukrativní, protože vyžaduje příliš mnoho času a tím jsou odkládány další práce.

Je pravda, že poskytované dotace na opravy stávajícího stavu jsou sice dostatečné, ale musí být o ně žádáno v dostatečném předstihu a může se stát, že je tento požadavek zamítnut a jeho řešení je odsunuto na pozdější dobu.

5. Převládají ve vašem domově klienti

	Počet odpovědí
Soběstační	19
Odkázání na péči	71
Klienti jsou vyvážení	2



Ilustrace 12: Rozdělení klientů v domově

Tabulka 7: Odpovědi na 5. otázku

Jak bylo již zmiňováno, populace již v mnoha případech není schopna samostatného života nebo nemá nikoho, kdo by jí pomohl se základními činnostmi.

Závislost klienta na péči třetí osoby také není možno přesně určit. Jsou případy, kdy se zdravotní stav mění. Diagnostikování klientů není možno přesně vymezit. Jak bylo konstatováno, v každém domově jsou ve věkové struktuře jisté výkyvy, které souvisí s momentálním věkovým složením. Stejně tak nebylo možno přesně odpovědět na dotaz, zda jsou v zařízení klienti, odkázáni pouze na pomoc personálu. Je nutno vycházet z momentálního stavu a přizpůsobit se mu.

Nicméně v průměru jsou vždy 3-4 pacienti, kteří nejsou soběstační ať již z důvodu pohyblivosti či demence. Je logické, že toto číslo není přesné a ani není možno jen přesně vymezit. Posuzování klientů je pouze orientační. Buď rozdílly zaznamená lékař nebo

personál. Větší změny k lepšímu není možno prognózovat, nicméně je nutno konstatovat, že se velmi mění. Se změnou souvisí další faktory, např. momentální zdravotní stav (bolesti, nachlazení apod.) a někteří klienti, i přes svou diagnózu špatně snášejí nezájem rodiny a v té souvislosti i minimum návštěv.

Pokud jsou klienti v depresi, což bývá v této souvislosti časté, je toto nutno řešit individuální péčí a pravidelným, delším osobním kontaktem ze strany zaměstnance.

V této souvislosti zaměstnanci neustále akcentují nedostatek personálu, ale někdy finanční limity zřizovatele nejsou schopny pokrýt dané požadavky. Zde je také na místě říci, že jistou výhodou je počet starších pracovníků, které již neřeší do takové míry časovou náročnost tohoto povolání a některé ani finanční otázku.

Práce se seniory a zejména s pacienty s demencí je jak fyzicky, tak i psychicky velmi náročná a jen někteří zaměstnanci jsou schopni (ať ji po fyzické či psychické stránce) ji delší dobu vykonávat. Pokud dojde k nadstavu pacientů, zejména u těch s demencemi, je péče daleko obtížnější. Pacienti mají velké paměťové výpadky a verbální komunikace není mnohdy možná.

Nicméně záleží na jednotlivém domově. Jsou domovy, které nejsou kapacitně vytíženy. Ale tento fakt se neodvíjí jen z kvality zařízení, ale i z toho, kolik seniorů v této oblasti žije. Tato situace je někdy řešena tak, že je senior umístěn nikoliv podle vzdálenosti od bydliště, ale podle volné kapacity a tím i možnosti umístění. Tento případ je ale poměrně méně častý.

Nicméně je nutno zmínit, že je velice málo těchto zařízení, která by nebyla vytížena. Někdy se stává, že musí zájemce i odmítat. Buď je odkáží na pozdější dobu (což je v jejich případě mnohdy nemožné) nebo jiné zařízení. Toto zaměstnanci nepovažují za vhodné, protože ti jedinci, kteří jsou závislí na odborné péči, nemají jinou možnost než buď čekat nebo žádat u umístění do jiného zařízení. Jak sami zaměstnanci uvedli, není to vhodné zejména z důvodu vzdálenosti a tím i omezení návštěv, kterými tito lidé trpí.

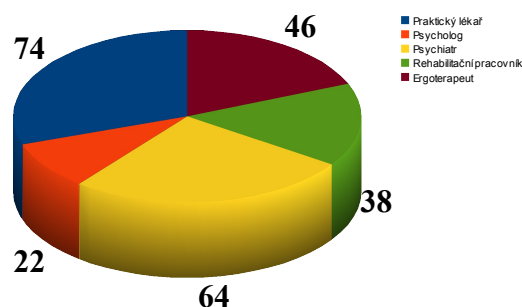
Problematika rozšíření kapacity domova je odvislá především od finančních možností dané oblasti. Je nutno s politováním konstatovat, že na sociální sféru se nebere takový zřetel, jako je tomu u jiných. Bylo by tedy třeba přehodnotit postoj k sociální otázce

a nezabývat se pouze teorií a statistikami, ale zejména praxí. Většina pracovníků konstatovala, že jsou spíše dobře vybaveny teoreticky a předepisované nutné statistické údaje jim zabírají příliš mnoho času, který by mohli věnovat péči o obyvatele zařízení.

Pokud by vznesen dotaz na možnosti eventuálního rozšíření a modernizaci domova, byl by ve všech případech vítán. Až na domov ve Velkých Hamrech (je rekonstruovaný) uvádějí zaměstnanci málo společných prostor i míst na rehabilitaci. Akcentovány byly i nedostatky ve společenských místnostech, které v mnoha případech neplní plošnou potřebu aktivních činností pro pacienty. Byl uváděn i fakt, že jedna společenská místnost je nedostačující, protože zájmy jednotlivých klientů se liší.

6. Co zahrnuje zdravotnická péče ve vašem domově?

	Počet odpovědí
Praktický lékař	74
Psycholog	22
Psychiatr	64
Rehab.prac.	38
Ergoterapeut	46



Ilustrace 13: Co zahrnuje zdravotnická péče

Tabulka 8: Odpovědi na 6. otázku

Vzhledem k tomu, že se jedná o zařízení, jehož hlavním posláním je udržet zdravotní stav pacientů v co nejlepší míře, má každý domov svého lékaře, který ordinuje pravidelně v prostorech domova, většinou dvakrát týdně.

Toto je však velmi orientační, protože lékař reaguje dle momentální potřeby zařízení. Jsou využívány i služby psychiatra či psychologa, kteří docházejí většinou 1 x měsíčně, ale jinak dle potřeby. Zejména toto personálu nevyhovuje, protože pokud se vyskytne problém, který není možno řešit bez odborné pomoci, nastávají často problémy. Přestože se jedná o diplomované sestry, nemohou nasadit medikaci, pokud není stanovena lékařem na základě zdravotního stavu. Problémem je i fakt, že na základě svobodné volby

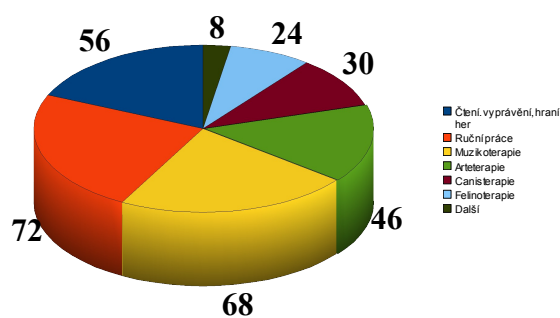
lékaře, zůstali někteří pacienti v péči svého ošetřujícího lékaře, což situaci velmi komplikuje.

Komplexní zdravotní péče je zajišťována v nepřetržitém provozu diplomovaným zdravotními sestrami, které jsou zaměstnankyněmi domova. Odborná vyšetření a péče je realizována v ordinacích odborných lékařů, kteří doporučí další postup. V případě zhoršení zdravotního stavu může sestra rozhodnout i o přivolání Zdravotní záchranné služby, která je zcela hrazena z pojištění nemocného i přes fakt, že výjezd neshledal žádnou život ohrožující skutečnost.

Zde je nutno vrátit se k faktu, že v zařízení ordinuje i psychiatr. Jak bylo uvedeno u lidí s těchto diagnózou, jsou jejich reakce mnohdy nepřiměřeně a někteří svůj stav i zveličují a v mnoha případech se dostávají do konfliktu s ostatními pacienty nebo personálem. Ve většině případech provádí psychiatr již při vstupu klienta základní vyšetření, které je soustředěno na paměť s cílem zjistit, zda není závažná progresse této nemoci a stav pacienta odpovídá dané míře poškození. Na základě psychiatrického vyšetření, které je podkladem pro určení momentálního stavu pacienta, může lékař indikovat léky proti zvětšujícím se obtížím nebo i lehká sedativa. Toto ale není příliš doporučováno, protože se může snadno vybudovat závislost.

7. Kterých forem terapie ve vašem zařízení využíváte?

	Počet odpovědí
Čtení, vyprávění, hraní her	56
Ruční práce	72
Muzikoterapie	68
Arteterapie	46
Canisterapie	30
Felinoterapie	24
Další	8



Ilustrace 14: Typy terapie

Tabulka 9: Odpovědi na 7. otázku

Na základě lékařského vyšetření se indikují následné terapie či aktivity, které napomáhají udržení daného stavu paměti. Psycholog může nabídnout aktivizační programy a během nich kontrolovat změnu poruch paměti. Často se používají aktivizační testy, které jsou pacienty velice oblíbené. Tyto testy spočívají například v zapamatování si cca 15 slov, která jsou pacientovi blízká a na tomto základě si může evokovat jejich význam. Jedná se o slova jako rodina, vnoučata, pes, nákup, tráva, nemoc, bolest, radost, četba a mohou se pochopitelně obměňovat. Cílem těchto cvičení je schopnost dokázat přiřadit slovo ke stavu nebo činnosti.

Zde bych ještě zmínila jeden důležitý fakt, že většina klientů popřela návštěvu odborných pracovníků - tedy v uvedeném případě psychologa - což může být v důsledku zhoršující se paměti nebo i v důsledku toho, že se s těmito lidmi nesečkávají často a tudíž si je nepamatují.

Se zdravotním stavem souvisí i používaná terapie. Je používána ve všech zařízeních a je vybírána podle stavu a míry postižení klientů. Patří mezi nejoblíbenější aktivity.

Většinou se jedná o hraní jednoduchých her, ale klient si může tuto hru vybrat sám podle svých schopností. K procvičování paměti patří i verbální aktivity - vyprávění jednoduchého textu nebo krátkých pohádek či příběhů.

Zde ošetřovatel může tyto aktivity korigovat. Nejčastěji se jedná o verbální pomoc vyprávěcímu, ale tak, aby nedocházelo k jeho obavám ze zesměšnění.

K dalším nejčastěji používaným terapiím patří arterapie. Některé z domovů využívají vlastní zařízení, zejména keramické pece, kde si mohou pacienti sami vyrobit nějaký předmět. Jak vyplynulo z dotazů ve všech domovech, je právě tento způsob oblíbený. Předměty jsou pojímány jako dárky pro rodinu (v případě, že jsou v kontaktu) nebo spolupacienty či ošetřující personál. Nemusí se pochopitelně jednat jen o využití speciálního zařízení (v tomto případě pece) ale je možno využít výrobků, např. origami, práce s modelínou či jednoduché ruční práce. Ale toto vše se odvíjí od schopnosti klientů.

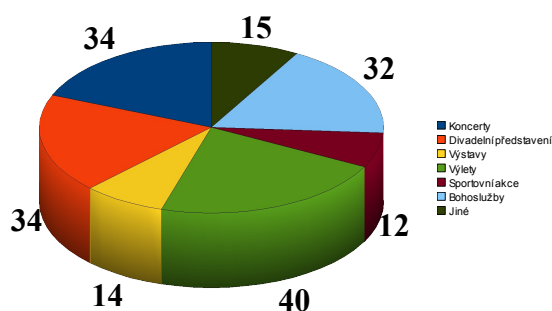
V několika domovech jsem se setkala s velmi nápaditým využitím arterapiie. Na nástěnce jsou vyvěšena data narození a jmenin všech pacientů. Zdravotnický personál vždy sdělí datum a pacient se může rozhodnout, komu bude dárek určen a kdo se na jeho výrobě bude spolupodílet. Velmi zajímavé byly i obrázky, malované různými technikami. Jejich cílem je, aby pacient vyjádřil svůj momentální pocit. Zde byl až zarážející rozdíl mezi jednotlivými projevy. Jen velice málo vyjadřovalo radost, příjemné pocity. Často byla volena tmavá barva, která většinou symbolizuje smutek či beznaděj.

Velice oblíbenou metodou je i felinoterapie, kdy je při terapeutických aktivitách používána kočka. Zde se vychází ze zakódovaného pocitu ochrany někoho a proto hodně pacientů vyhledává jak felino tak i canisterapii.

K této metodě jsou používána pouze zdravá zvířata, která neprojevují žádné známky agrese. Nicméně pravdou zůstává, že ne každé zařízení může tyto terapie provádět. Většinou se totiž doporučují zvířata zvyklá na prostředí a pokud není tato možnost, lze využít pracovníka, který se těmito terapiemi profesionálně zabývá. Nicméně faktem je, že v domovech tyto terapie nejsou nijak vyhledávány. Byl zjištěn i fakt, že někteří lidé nemají se zvířaty dobré zkušenosti a vybudovali si obavy a tudíž není možno tuto terapii používat u všech pacientů.

8. Navštěvujete v rámci terapie s vybranými klienty i akce, které jsou pořádány v obci (městě)?

	Počet odpovědí
Koncerty	34
Divadelní představení	34
Výstavy	14
Výlety	40
Sportovní akce	12
Bohoslužby	32
Jiné	15



Ilustrace 15: Návštěvnost akcí s klienty

Tabulka 10: Odpovědi na 8. otázku

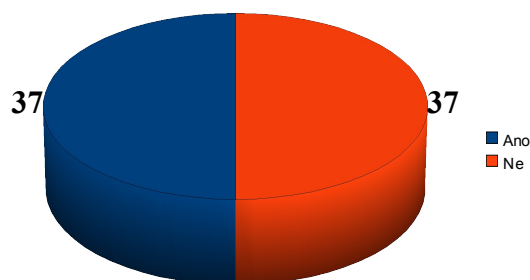
Pokud se týče dalších aktivit, patří k nim návštěvy nejrůznějších akcí, které se uskutečňují mimo domov. Pro klienty je to velké zpestření a rádi se takových akcí účastní. Nicméně pro personál je to náročné. Může dojít k momentálními zhoršení zdravotního stavu či neadekvátní reakcí na okolí či neznámé lidi. Častěji jsou využívány možnosti konat akce v rámci domova. Někteří klienti to vítají, jiní se cítí být tímto omezováni. Nicméně i tato situace je řešitelná a to rozdělením pacientů na skupiny, kdy každá realizuje program, který je pro ni v dané chvíli přitažlivější.

Jak zdůraznil ošetřující personál, jsou tyto akce pro pacienty velkým zpestřením.

9. Jsou vytvořeny podmínky, abyste se mohli každému klientovi věnovat individuálně?

	Počet odpovědí
Ano	37
Ne	37

Tabulka 11: Odpovědi na 9. otázku



Ilustrace 16: Podmínky pro individuální práci s klienty

Podmínky pro individuální péči nejsou v obecné rovině v domovech vytvářeny. Jak bylo uvedeno výše, v mnoha případech se stává, že v důsledku kapacitního přetížení domova toto není možné. S tím souvisí v mnoha případech i nedostatek personálu. Pacienti, kteří tuto situaci vnímají, ji velmi těžce nesou, protože si v některých případech uvědomí svou závislost na dané osobě. A tímto vlastně toto chápou jako nezáměr o svou osobu a o problémy, které se jich v dané chvíli dotýkají a které by chtěli řešit.

Zde by bylo nutno použít zcela individuální přístup s tím, že se s pacientem na tomto problému pracuje až do té doby, dokud není schopen jej chápat a nenajde se nějaké řešení.

Přestože práce s těmito lidmi je v kompetenci pracovníků, je jimi vnímána jako velmi náročná. U lidí s uvedenými diagnózami je obtížné vysvětlit jakýkoliv problém a zejména ten, který je pacientem pojímán jako osobní. Pracovníky těchto domovů je často akcentován problém nedostatečného personálního obsazení domova. Zde je ale nutno zdůraznit nedostatek financí na finanční ohodnocení nového pracovníka.

Byl zmíněn i fakt, že v mnoha případech jsou přijímáni zaměstnanci s malými zkušenostmi nebo i takoví, kteří nemají o tuto práci zájem a pak je zcela logické, že jejich přístup neodpovídá nárokům, který je ně touto prací kladen.

Jako ideální stav se pracovníkům jeví, že by měli v péči maximálně 2-3 uživatele, kteří by byli rozděleni podle míry svého postižení. V tomto případě by bylo možno k této práci přistupovat individuálně a v obecné rovině by se péče o pacienty mohla dostat na

vyšší úroveň.

Dvě zaměstnankyně zmínili nepoměr v jednotlivých zařízeních. Konkrétně se jednalo o klienty s drogovou závislostí, kterým je poskytována daleko větší péče, než je to u pacientů se demencemi.

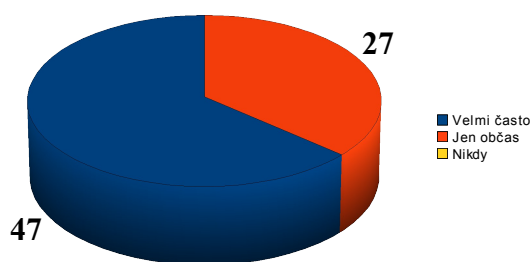
Tento fakt by bylo zcela jistě nutno zohlednit. Nicméně se setkáváme s názorem, že v domovech se jedná o staré lidi, naopak péče o mladistvé je prioritní. V této souvislosti je nutno i zmínit, že pacienti v domovech si tuto péči platí, což je u léčby narkomanů nemožné.

Tento stav bude stále pojmám jako velký problém. Jak u důchodců tak i drogově závislých není zlepšení zdravotního stavu mnohdy reálné a je tedy společností pojmáno negativně. Nyní mám zejména na mysli péči o lidi v domově pro seniory. Často je možno se setkat i s názorem, že o tyto lidi by se měla starat prioritně rodina a není zde zhodnoceno její pracovní vytížení, či důvody, proč byla zvolena tato forma péče.

Většina zaměstnanců také uvádí jako negativum spojení rodiny s pacientem. V mnoha případech je tento stav obtížně zvládnán a někdy je nutno tuto situaci řešit i s psychologem. Zde je ale nutno uvést, že záleží na míře postižení, protože jsou i lidé, kteří tento stav díky pokročilé demenci nezaznamenají.

10. Jste ve svém povolání vystaveni stresu?

	Počet odpovědí
Velmi často	47
Jen občas	27
Nikdy	0



Tabulka 12: Odpovědi na 10. otázku Ilustrace 17: Stres na pracovišti

Dotaz, který se týkal vystavení stresových situací, byl v každém dotazníku zmíněn jako velmi důležitý a nikdo z dotazovaných jej nepopíral. Situace v ústavech je náročná zejména po psychické stránce, ale i po fyzické. V mnoha případech se jedná o ležící pacienty a péče o ně je problematická. Setkala jsem se i s názorem, že provozu domova by

velice pomohlo zakoupení některých pomůcek, které by usnadnily péči o ležící pacienty.

Personál tvoří převážně ženy. Jak bylo opakovaně zmíněno, bylo by ideální, aby zde pracoval alespoň jeden muž. Takové případy se sice stávají, ale muži často odcházejí jak z důvodů nedostatku vlastní empatie vůči pacientům a dílem i díky svým menším schopnostem organizovat pro tyto lidi nějaké volnočasové aktivity a zejména k nim přistupovat individuálně. Dalším z důvodů a v mnoha případech i podstatným je i nízké platové ohodnocení.

V momentální ekonomické situaci nemůže být tento problém plošně řešen. Je sice v pravomoci ředitele nebo ředitelky upravit plat osobním ohodnocením, ale i to se odvíjí od množství finančních prostředků, které jsou na platy zaměstnanců vyčleněny.

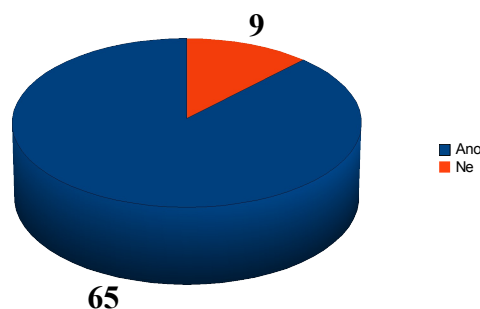
Stresové situace musí zaměstnanci řešit každý den. Většinou se jedná o problémy, ke kterým by u zdravých lidí nedocházelo, ale zde se objevují často. Důležitý je i fakt, že pacienti nejsou v mnoha případech schopni interpretovat situaci tak, jak se opravdu stala a tím dochází k mnoha konfliktům, často i zásadním, které musí personál řešit zcela samostatně a bohužel mnohdy neobjektivně, zejména v důsledku nedostatečných, mylných či pozdních informací.

Jak bylo konstatováno, objevují se i konflikty mezi pacienty a personálem, které je nutno řešit většinou s vedením ústavu. Lidé s demencemi jsou v mnoha případech snadno zranitelní a přestože ze strany personálu nedošlo k žádnému pochybení, je nutno daný problém řešit a často se i stalo, že se personál musel omluvit. Je zcela logické, že tento fakt může kdokoliv z personálu vnímat jako diskriminační. Ale vzhledem k tomu, že tito lidé pracují většinou s lidmi již delší dobu, vždy je nalezeno řešení, které je společně akceptováno. Nicméně pravdou zůstává, že i tyto situace mohou vést k většímu nervovému vypětí a následnému stresu.

11. Nabízí vám zaměstnavatel (zřizovatel) nějaké formy psychogieny, které pomáhají se se stresem vyrovnat?

	Počet odpovědí
Velmi často	65
Jen občas	9

Tabulka 13: Odpovědi na 11. otázku



Ilustrace 18: Psychohygienu

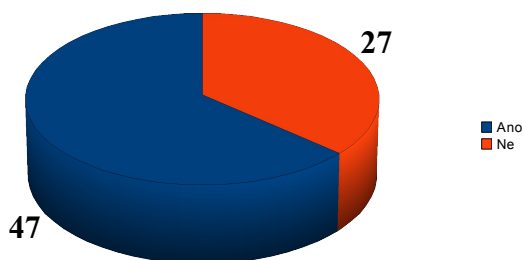
Ve všech domovech bylo konstatováno, že se zaměstnavatel snaží obtížnost a náročnost práce kompenzovat tím, že jsou pracovníkům nabízeny různé relaxační programy. Velmi vyhledávané jsou kurzy jógy, která je pro zaměstnance přínosná. Jednak dochází k psychickému uvolnění a navíc mohou některé prvky využít při práci s klienty. Domovy nabízí i plavání a následné masáže či rehabilitaci Tato nabídka je využívána často, protože při práci s některými klienty (nemohoucími) je nadměrně zatěžovaná páteř.

Jak jsem uvedla, pracují zde především ženy a namáhavost této práce může vést až k chronickým následkům. Z vyjádření zaměstnankyň jsem pochopila, že by uvítaly i možnost využít některých zařízení v domově. Vzhledem k délce pracovní doby a u některých i vzdálenosti je pro ně účast na těchto aktivitách problematická. V této souvislosti zazněla i nespokojenost s finančním ohodnocením. Pracovníci v sociálních službách mívají často jen 10 000 měsíčně čistého. Zde je nutno – podle ministra J. Drábka (Top 09) tento stav změnit sociální reformou. Potřeba ošetřovatelek a ošetřovatelů se stárnutím společnosti roste a rostou i nároky na pracovníky. Jak je známo, měly by být služby poskytovány v určité kvalitě s tím souvisí i nutnost dalšího vzdělávání či návštěva specializovaných kurzů.

12. Zaznamenali jste v loňském roce nějaké stížnosti klientů, případně jejich rodinných příslušníků?

	Počet odpovědí
Ano	47
Ne	27

Tabulka 14: Odpovědi na 12. otázku

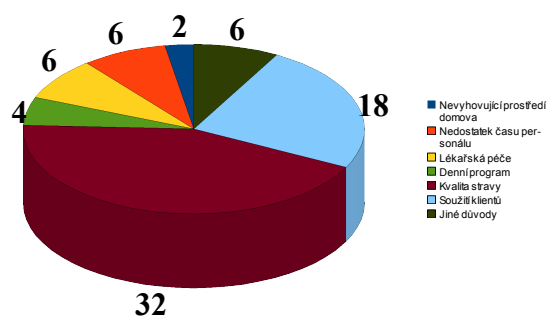


Ilustrace 19: Stížnosti klientů či rodinných příslušníků

13. Čeho se případné stížnosti týkaly?

	Počet odpovědí
Prostředí	2
Čas personálu	6
Lékařské zabezpečení	6
Denní program	4
Kvalita stravy	32
Soužití klientů	18
Jiný důvod	6

Tabulka 15: Odpovědi na 13. otázku



Ilustrace 20: Typy stížností

Otázka, která se týkala stížnosti klientů, taky nebyla přesně zodpovězena, protože odpovědi na ni se rozcházely. Nicméně tento problém byl konstatován u všech dotazovaných. Vzhledem k různorodosti klientů a míře jejich postižení jsou stížnosti

poměrně časté a vždy musí být prošetřeny. Většinou se ve všech případech ukáží jako neodůvodněné. Nejvíce bylo kritizováno stravování a nedostatečná vybavenost domovů.

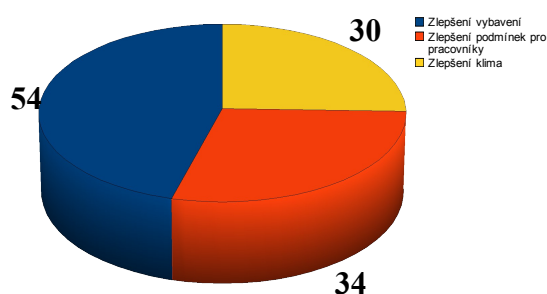
Vzhledem k tomu, že se zde stravují i zaměstnanci a z jejich strany nebyla zaznamenána žádná výhrada, zřejmě se nebudu jednat o oprávněné stížnosti. Navíc počet výhrad vůči stravování byl vcelku zanedbatelný. Jistá nespokojenost se objevila vůči ubytovacím podmínkám. Toto tvrzení je zcela neodpovídající realitě. Domovy jsou zařízeny pěkně, vkusně a jejich celková úroveň splňuje normy pro provoz těchto zařízení. Nicméně i u pacientů s demencemi zůstává zakořeněná představa či vzpomínky na bydlení doma a každý člověk si ke svému domovu vytvořil svůj vztah, ale je nutno zmínit, že si jej v mnoha případech idealizuje.

Jiná situace se objevila v přístupu rodinných příslušníků, kteří podmínky v domovech kritizovali. V mnoha případech byla negativně hodnoceny zaměstnankyně, lékařská péče, strava i ubytování – de facto všechny služby, které domov nabízí. Nicméně jak bylo kontrolami zjištěno, nebyly to stížnosti oprávněné a z toho důvodu se jimi vedení nezabývalo a nebyly vyvozeny žádné důsledky.

Vzhledem k tomu, že se jednalo o stížnosti ze strany klientů a tedy zprostředkované, nebyly až na drobné výjimky řešeny. Byl zde zohledněn fakt psychického stavu stěžovatelů a jejich neschopnost danou situaci posoudit.

14. Jak vašemu domovu pomohlo zavedení standardů kvality?

	Počet odpovědí
Zlepšeno vybavení	54
Zlepšení podmínek	34
Zlepšeno klima	30



Ilustrace 21: Standardy kvality

Tabulka 16: Odpovědi na 14. otázku

Pokud se týkalo otázky na zavedení standardů kvality, je tento postup přijímán

kladně. Tyto standardy podle názorů pracovníků služeb vycházejí z potřeb jednotlivých zařízení a pracovníků a mělo by tímto způsobem dojít ke zkvalitnění péče a poměrů v oblasti sociální péče.

Jak bylo zmíněno, standardy uvádějí jak pro uživatele tak pro poskytovatele pevná pravidla pro poskytování sociálních služeb.

Pro zaměstnance znamenají určení jak a v jaké kvalitě poskytovat sociální služby a také možnosti jejich zkvalitňování. Jsou tedy přínosné, protože jasně vytyčují a vymezují jejich práci. Bylo konstatováno, že někteří zaměstnanci používají standardy jako přehled potřeb a vytváření patřičné úrovně sociálních služeb.

Dále bylo uvedeno, že díky standardům získávají přehled o dalších potřebách daného zařízení a s tím souvisí i jeho zkvalitňování a následný rozvoj.

U většiny dotazovaných bylo konstatováno, že se tímto zavedením zlepšily podmínky v domovech.

Jejich realizace ještě není dokončena, ale spoléhá se i na to, že budou nastaveny lepší podmínky pro práci. V tomto případě se jedná o konkrétní informace o tom, jaké služby a v jaké kvalitě a míře dané zařízení poskytuje a co od něj může být očekáváno. Podle zaměstnanců dojde i ke zprůhlednění samotného chodu zařízení.

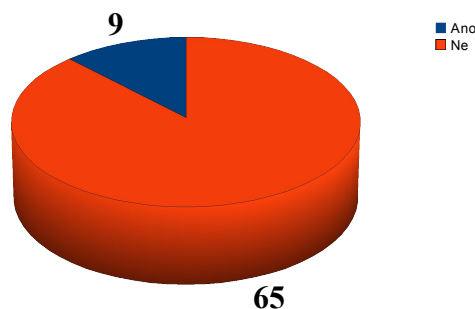
Tyto standardy jsou uváděny i na internetových stránkách a přesně definují to, co dané zařízení nabízí.

Standardy kvality sociálních služeb se platností zákona o sociálních službách (č. 108/2006) staly závazným kritériem kvality pro poskytovatele těchto služeb. Zaměřují se na popis činností, které poskytovatel (domov pro seniory) provádí ve vztahu k uživateli. V praxi to znamená, že poskytovatel formuluje různé pracovní postupy, různá nařízení, atd., které popisují systém práce. U prováděných činností přitom zohledňuje zavedenou praxi a zákonné požadavky. Na zavádění Standardů kvality do praxe se podílejí všichni zaměstnanci. Je to práce dlouhodobého charakteru, která se neustále vyvíjí, protože kvalitu lze stále zvyšovat.

Standardy kvality vedou poskytovatele sociálních služeb k tomu, aby zajišťoval materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu sociální služby a také individuálním potřebám jejich uživatelům. Jejich naplňování tedy nutně povede k poskytování takových služeb, které by odpovídaly přirozeným podmínkám života člověka, který v daném sociálním zařízení žije.

15. Je podle vašeho názoru koncepce dalšího rozvoje sociálních služeb Libereckého kraje dostatečná?

	Počet odpovědí
Ano	9
Ne	65



Tabulka 17: Odpovědi na 15. otázku

Ilustrace 22: Dostatečnost koncepce rozvoje sociálních služeb

Koncepce rozvoje sociálních služeb v libereckém kraji je chápána tak, že by se stále měly rozvíjet sociální služby v co nejvyšší kvalitě.

Uvažuje se i vytvoření podmínek pro to, aby občané kraje mohli tyto sociální služby využívat ve svém domácím prostředí a tím by si mohli zachovat své přirozené sociální vazby a kontakty.

Výsledky výzkumu potvrzují, že rezidenční zařízení si uvědomují, že jakkoli mohou být vztahy v rámci jejich zařízení blízké rodinným vazbám, je počet lidí, s nimiž se senioři každodenně stýkají, omezen.

Proto se snaží vytvářet optimální podmínky k tomu, aby mohl klient dále udržovat kontakt se svou rodinou udržovat, v ideálním případě rodinné příslušníky zapojovat do života zařízení. V rámci výzkumu byla stanovena hypotéza která konstatuje, že rezidenční zařízení považují zahrnutí rodiny seniora do života zařízení za více přínosné pro zajištění komplexní péče o seniora než individuální kontakt členů rodiny se seniorem. Tento fakt je poněkud zarážející, ale jak bylo zmiňováno dříve, je mnoho rodin, které se z časových důvodů nemohou o daného jedince starat. Důležitý je i fakt, že již nepostačují terénní

služby a proto se toto umístění stává nutností.

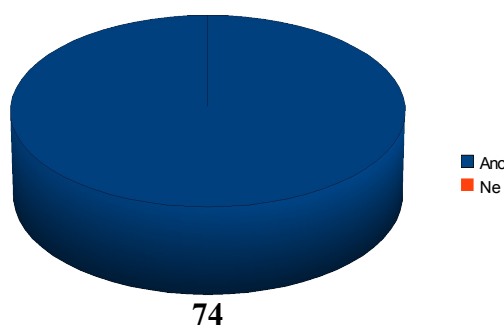
Na otázku, do jaké míry může současný ekonomický stav a snižování dotací ovlivnit chod zařízení, bylo jednoznačně konstatováno, že dopad může být veliký. Průměrné měsíční náklady na jedno lůžko v domově důchodců činí asi 22 tisíc, přičemž důchodce platí přibližně 12 tisíc korun. Ve většině případech tento rozdíl doplácí příbuzní a participuje i stát. Jak bylo konstatováno několika zaměstnanci, dojde k úbytku počtu uživatelů těchto služeb. Je zcela logické, že se služeb se dotkne celková inflace a budou i rodiny, které si ji nebudou moci dovolit. Tento fakt je ale podle pracovníků na škodu těch, kteří jsou v tomto zařízení. Péče rodiny nebo i pečovatele nemůže nahradit profesionální péči. V praxi toto znamená, že lidé budou odkázáni jen na terénní služby a tudíž se zcela omezí možnost udržet daný stav těchto lidí na úrovni, která nepovede k jejich zhoršování.

V této souvislosti se zaměstnanci zmínili i o omezování provozu některých zařízení, která nebudou mít požadovaný počet pacientů. Jak dále uvádí, mají i obavy ze slučování jednotlivých zařízení a tím i ke snížení péče. Nicméně toto je názor pracovníků, kteří i přesto doufají, že k ní nedojde. Jak zmínila jedna pracovnice, jsou již nyní práce nakumulované do takové míry, že nemohou být v mnoha případech prováděny přesně podle stanovených norem. Několikrát se i stalo, že nebyl dodržen ZP, zejména v bodě, který specifikuje práci žen. Nicméně podle nových standardů kvality péče by se tomuto faktu mělo zamezit nebo jej v první fázi výrazně omezit.

16. Dotkne se snížení finančních dotací, které na rok 2012 poslalo MPSV ČR jednotlivým krajům, i vašeho domova?

	Počet odpovědí
Ano	74
Ne	0

Tabulka 18: Odpovědi na 16. otázku



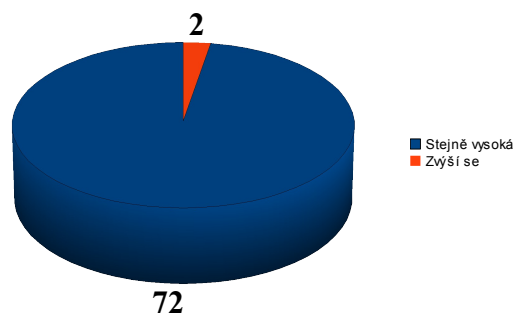
Ilustrace 23: Snížení finančních dotací

V libereckém kraji by mělo být snížení dotací až na 15 milionů korun, což znamená, že rozdíl by představoval jeden milión korun. Jak je mezi zaměstnanci známo,

obávají se rizika útlumu a ukončení některých činností sociálních služeb, což by znamenalo destabilizaci fungování sociální sítě jako celku. Jak bylo uvedeno téměř všemi zaměstnanci, tyto ekonomické škrty se dotknou nejen platové sféry, ale největší obavy převažují z toho, že by musela být omezena základní péče o seniory.

17. Jakou bude mít úroveň kvalita péče ve vašem domově se zvláštním režimem v letošním roce 2012?

	Počet odpovědí
Stejně vysoká	72
Zvýší se	2



Tabulka 19: Odpovědi na 17. otázku

Ilustrace 24: Úroveň kvality služeb v budoucnu

S tímto souvisí i odpověď na poslední otázku, zda nebude narušena kvalita pečovatelské péče v souvislosti se změnou financování. Vzhledem k tomu, že ředitelé nemají dosud přesnou představu, o jakou částku by jim měly být dotace kráceny a ani jaký bude další rozvoj sociální politiky, domnívají se, že z jejich strany jistě kvalita nebude poznamenána. V těchto zařízeních většinou pracují lidé kteří mají k této práci vztah. Jak mi bylo řečeno, váží se starých lidí a zejména toho, co pro společnost udělali. Právě z těchto důvodů by měla společnost tento fakt zohlednit a nabídnout starým lidem takové podmínky, aby mohli v klidu dožít svůj život s odpovídající péčí.

1.7.1.1 Shrnutí

Pokud bych se pokusila shrnout všechny odpovědi do závěrečného resumé, je nutno říci, že tyto služby jsou stále více vyhledávány. Nyní bych nechtěla specifikovat, zda se jedná o neschopnost či neochotu rodin zajistit odpovídající péči v důsledku zhoršeného zdravotního stavu pacienta s demencí či Alzheimerovou chorobou nebo zda se jedná o případy, kdy již rodina není schopna zajistit odpovídající péči. V pokročilém stadiu Alzheimerovy nemoci či jiných demencí to ani není doporučováno. Pacient v pokročilém stadiu této nemoci by měl být pod stálým dohledem jak zdravotníků, tak i odborně vzdělaných pracovníků, kteří se problematikou demence zabývají. I když toto

konstatování, že by měl být pacient svěřen do odborné péče, je pravdivé, přesto bych si dovolila zmínit, že i přes fakt částečné ztráty paměti, prožili tito lidé svůj život s rodinou a přáteli a nyní je tedy na nich, do jaké míry dokáží svou péčí ulehčit těmto lidem jejich momentální stav.

ZÁVĚR

Jako cíl své bakalářské práce jsem si stanovila zjistit, jaká je kvalita a početní zastoupení domovů se zvláštním režimem v rámci Libereckého kraje.

Tato fakta byla zjišťována formou dotazníkového šetření, a osobními pohovory se zaměstnanci a rodinnými příslušníky klientů těchto domovů, které jsem provedla ve všech 12 zařízeních.

První výzkumná otázka se týkala kvality služeb, poskytovaných jednotlivými zařízeními. Tyto údaje je možno vcelku globalizovat, protože i přes malé odchylky je kvalita posuzována jako dobrá. Pominu-li některá fakta, jakými jsou v mnoha případech jisté problémy s klienty, je možno říci, že v obecné rovině je možno kvalitu služeb v Libereckém kraji hodnotit jako uspokojivou. Jediný problém, se kterým se tyto domov setkávají je občasná fluktuace a s tím související nedostatek kvalifikovaných pracovníků.

V Libereckém kraji je 2416 neuspokojených žadatelů o umístění v těchto domovech. Tato informace je bohužel neobjektivní, protože neexistuje centrální registr evidence žádostí, a proto může docházet k jejich duplicitě. Pokud bych měla zhodnotit péči o klienty, je možno konstatovat, že péče nepostrádá žádný z aspektů kvalitní péče o lidi postižené demencemi. Vzhledem k předpokladu a předběžným zjištěním a konstatování o kvalitě péče, se tato hypotéza potvrdila.

Další výzkumnou otázkou byla vybavenost domovů. Domovy jsou vybaveny dobře, jediným problémem je v mnoha případech naddimenzovaná kapacita jednotlivých domovů a zejména počet pacientů, kdy je péče v mnoha případech pro pacienty neuspokojivá. Tento fakt ale není možno na základě dotazníkového šetření potvrdit, protože všechny pracovníce jsou odborně vyškolené a věnují klientům maximální pozornost a péči. Byl také akcentován nedostatek rehabilitačních pomůcek, což logicky brání kvalitní rehabilitaci, která by měla být v rámci těchto zařízení realizována. Předpoklad o dobré vybavenosti domovů se potvrdil jen zčásti. Novější domovy poskytují péči na vyšší úrovni –tedy

ubytovací, nikoliv profesní. Starší domovy mají některé problémy s vybaveností některých místností atd.

K další výzkumné otázce patřilo i zjištění dostatečného počtu těchto zařízení v rámci Libereckého kraje.

Je nutno konstatovat, že pacientů s těmito problémy rapidně přibývá a počet 12 zařízení je mnohdy zcela nedostačující. Jak bylo uvedeno výše, jsou počty v těchto domovech značně kolísavé v souvislosti s mortalitou pacientů. Zjišťovala jsem i vybavenost jednotlivých domovů, která je dostačující, i když v mnoha případech by tato zařízení potřebovala rekonstrukci, což je při plném chodu domova velmi obtížné.

Následujícím zkoumaným aspektem bylo zjištění, zda při počtu klientů je dostatek pracovních sil. Stanovila jsem si předpoklad, že podle počtu pacientů by měly být stavy pracovníků daleko vyšší. Tato hypotéza se týkala lékařské péče, kdy jsem předpokládala, že každý z domovů by měl mít svého lékaře. Tato hypotéza se nepotvrdila, protože lékaři nepracují v domovech na planý úvazek a mnohdy se stane, že při akutním stavu nemohou přijet tak, jak by to stav pacienta vyžadoval.

Při šetření bylo zjištěno, že ne všichni zaměstnanci mají odpovídající zdravotnické vzdělání (někteří jsou tam jako vychovatelé) a nemohou tedy zastávat kvalifikované práce.

Velkým problémem je i to, že se nejedná o personál, vyškolený na péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou, která je ve svých projevech zcela atypická a odlišuje se od běžných stařeckých demencí.

Předpoklad, že 12 domovů pro seniory je dostačující, se ukázal jako zcela mylný. Nabídka pobytových sociálních služeb by měla být až jako ta poslední možnost řešení nevyhovující sociální situace osoby ohrožené sociálním vyloučením z důvodu závažné změny zdravotního stavu. Žadatelé by měli využívat terénní služby, které umožní zůstat postižené osobě v přirozeném domácím prostředí pokud možno co nejdéle, při zachování si všech pro něj důležitých sociálních vazeb, to pobytová služba poskytovaná v jiném městě, mnohdy jiného kraje nedokáže a má v konečném důsledku na uživatele služby velmi negativní dopad. Tedy, jedná se o jev způsobený špatnou informovaností obyvatel a potenciálních uživatelů sociálních služeb o alternativních způsobech poskytování péče. Jak bylo uvedeno výše, vytíženost domovů se odvíjí od a počtu dalších čekatelů na umístění.

Předpoklad, že by počet zařízení měl být dostačující se ukázal jako nepravdivý. Těchto zařízení je málo, zejména v tom, že ne všechna poskytují péči pro pacienty s Alzheimerovou chorobou. Podle zjištění a dotazování jich z celkového počtu 12 poskytuje tuto službu jen 8 domovů. Toto číslo také nelze potvrdit, protože i když domovy toto neuvádějí ve svých propozicích, reagují na tuto potřebu a jsou schopni tuto péči zabezpečit.

Obecně bylo předpokládáno, že zároveň s faktem o narůstání počtu pacientů s touto chorobou by měla být vytvořena samostatná oddělení, nejlépe menší domovy, které by o tyto lidi pečovaly. Tento předpoklad se nepotvrdil a zřejmě jen ani nebude možno v budoucnu realizovat, zejména v souvislosti s financemi.

Pokud bych se tedy pokusila tuto problematiku shrnout a vytvořit z ní nějaký konkrétní závěr a přehled o možnostech léčby či důstojného života takto postižených lidí, domnívám se, že i když zařízení pro seniory jsou, ne všechny splňují požadavky pro péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou.

Pokud bych tedy měla sumarizovat šetření v rámci Libereckého kraje, osobně se domnívám, že do těchto služeb by mělo být investováno více financí a mělo by být zohledněno, že tito lidé si na svou péči připlácejí a zasluhují si opravdu kvalitní a odborný přístup vzdělaných a fundovaných pracovníků.

Lze tedy potvrdit fakt, že domovů, které poskytují péči o pacienty s demencí, jmenovitě s Alzheimerovou chorobou je v Libereckém kraji dostatek. Jak bylo uváděno dříve, nepotvrdilo se zcela konstatování zejména o dostatku financí. Domovy dostávají dotace na svůj provoz a klienti si svůj pobyt platí. Nebyl potvrzen fakt, že každý takový domov by měl mít dostatek personálu nejen zdravotnického, ale měl by poskytovat i zdravotní péči v plném rozsahu. Jak bylo uvedeno výše, není ve všech domovech dodržován počet pacientů na ošetřující personál, což vede ke komplikacím, které mohou v některých případech vést i k narušení chodu zařízení.

POUŽITÉ ZDROJE:

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL (ADI). 2010. Alzheimerova choroba ve světě. *Čtvrtletník Vážka* [online]. Roč.3., vyd.1.[vid. 21. 3. 2012]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/000027.pdf>.

ANON. 2011. *Financování sociálních služeb v letech 2012 – 2014*. In: NRZP [online]. 27. 9. 2011 [vid. 8. 3. 2012]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/aktualne/informace-predsedy-nrzp-cr/656-dopis-predsedy-nrzp-cr-clenskym-organizacim-ve-veci-navrhu-mpsv-cr-na-financovani-socialnich-sluzeb-v-letech-2012-2014.html>.

ČASL, 2010. *Pravidla pro udělování certifikátu Vážka*. In: ALZHEIMER [online]. 1.9.2010 [vid. 28.12.2012]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/000047.pdf>

ČRSS, 2011. Návrh věcného záměru zákona upravujícího řešení dlouhodobé péče. Závěrečná zpráva dopadů regulace RIA. In: ČRSS [online]. 25. 6. 2011 [vid. 24. 2. 2012] Dostupné z: <http://www.crss.cz/udalosti.php?start=100>.

ČSÚ, 2011. *Statistická ročenka Libereckého kraje 2011* [online]. 30. 12. 2011 [vid. 15. 3. 2012]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/krajkapitola/511011-11-r_2011-22

ČSÚ LIBEREC, 2009. *Senioři v Libereckém kraji* [online]. Liberec: Český statistický úřad, Liberec. [vid. 12. 3. 2012] ISBN 978-80-250-1970-2. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/48003FA5AE/\\$File/514063-09.pdf](http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/48003FA5AE/$File/514063-09.pdf).

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. [online]. Praha: EV public relations. [vid. 5. 2. 2012]. ISBN 978-80-254-0177-4. Dostupné z: http://www.geriatrie.cz/dokumenty/Pece_o_pacienty_s_kognitivni_poruchou_1.pdf.

HOLMEROVÁ, I., KOJESOVÁ, M., VÁLKOVÁ, M., 2010. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice* [online]. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. [vid. 14. 4. 2012] ISBN 978-80-7421-021-1. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9597/dlouhodob_a_pece_CR.pdf.

- KLUSÁKOVÁ, P., 2011. Systém zdravotní péče o seniory stále zavání diskriminací. *Zdravotnické noviny* [online], roč. 60. č. 12, s. 15.[vid 8. 3. 2012] ISSN 1214-7664, Dostupné z: <http://www.diakonie.cz/res/data/005/000927.pdf>.
- MPSV ČR, 2011. Konference Dlouhodobá péče v České republice. In: MPSV [online].27. 6. 2011 [vid. 7. 3. 2012]. Dostupné z :<http://www.mpsv.cz/cs/10980>.
- MPSV ČR, 2009. Standardy kvality sociálních služeb. In: MPSV [online]. 26. 10. 2009 [vid 29. 12. 2012]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5963>
- KOUKOLÍK, F., 2005. *Mozek a jeho duše*. 3. vyd., Praha: Galén.ISBN 80-7262-314-1.
- KUČEROVÁ, H., 2006. *Demence v kasuistikách*, 1. vyd., Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1491-5.
- MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, M., 2007a. *Kvalita péče o seniory. Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. 1. vyd. Praha. Galén. ISBN 978-80-7262-499-7.
- MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, M., 2007b. *Kvalita péče o seniory II. Řízení kvality dlouhodobé péče v mezinárodním srovnání*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-524-6.
- MATOUŠEK, O., 2011. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*.2. vyd., Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0041-3.
- MPSV ČR, 2010. Počet lidí s demencí roste. Pomůže Plán Alzheimer. In: *MPSV* [online]. 17. 12. 2010 [vid. 5. 3. 2012]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/10044>.
- NECHANSKÁ, B., 2011. Péče o pacienty s diagnózami F01, F03 a G30 (demence) v lůžkových zařízeních ČR v letech 2006–2010. In: ÚZIS [online]. 19. 12. 2011 [vid 2.3. 2012]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozami-f01-f03-g30-demence-luzkovych-zarizenich-cr-letech-2006-2010>.
- RENAULT, M., 2011. *Alzheimerova choroba*, 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0010-9.

SLÁDEK, M., 2010. Inspekce kvality v domovech pro seniory jako ukázka střetu hodnot. . In: HAVRDOVÁ, Z., et al., eds. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. 1. vyd., Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, s. 110 – 124. ISBN 978-80-87398-06-7.

ŠLECHTOVÁ, L. Aj., 2004. Analýza závěrečných protokolů z hodnocení kvality sociálních služeb, které zřizuje Liberecký kraj. In: KRAJ-LBC [online]. 15.4.2004. [vid 29. 12. 2012]. Dostupné z: <http://odbor-socialni.kraj-lbc.cz/page2149/Podpora-a-rozvoj-kvality-socialnich-sluzeb/Analyza-zaverecnych-protokolu-z-hodnoceni-kvality-socialnich-sluzeb>

ŠTENGMANOVÁ, I., HAVRDOVÁ, Z., 2010. Individualizace péče jako lakmusový papírek „nového“ přístupu v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory. In: HAVRDOVÁ, Z., et al., eds. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. 1. vyd., Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, s. 43 – 65. ISBN 978-80-87398-06-7.

TOŠNEROVÁ, T., 2005. *Mapování péče o pacienta postiženého demencí* [online]. [vid. 12. 3. 2012]. Dostupné z: aa.ecn.cz/img.../Soc.pe_e_03_Mapov_n__p__e_o_pacienty.doc.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2012 [vid. 28. 12. 2012]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1: Kitwoodova odlišná pojetí péče o pacienty s demencí

Příloha č. 2: Neuspokojení žadatelé o sociální služby podle krajů k 31. 12. 2010

Příloha č. 3: Kritéria pro hodnocení žadatele o pobyt v Domově důchodců
Jablonecké Paseky

Příloha č. 4: Dotazník k praktické části

Příloha č. 1.**Kitwoodova odlišná pojetí péče o pacienty s demencí**

Obsah	Staré pojetí	Nové pojetí
Demence	Demence je nevyhnutelná součást stárnutí, která se nedá léčit a která končí ztrátou paměti.	Demence je způsobena poškozením mozku, kterému můžeme předcházet a také ovlivnit. Jak je osoba postižena závisí na nezbytně nutné kvalitní péči.
Léčení	Léky jsou zaměřeny na zmírnění symptomů chování a na zlepšení paměti.	Musíme vyvinout lékařské a psychosociální prostředky, které zamezí, zadrží nebo zpomalí úpadek osobnosti.
Péče o demenční osoby	Symptomy musí být kontrolovány. Práce nevyžaduje způsobilost, velkou inspiraci a dostatečnou kvalifikaci; výsledek tomu odpovídá.	Je to jedna z nejbohatších oblastí lidské práce, která vyžaduje vysokou úroveň chápání, kreativity a porozumění.
Odborníci	Lékaři ovládají náležitě a nejspolehlivější znalosti.	Odborně školení lékaři, kteří pronikli do podstaty problému ovládají náležitě a nejspolehlivější znalosti.
„Oni a my“	Lidé s demencí se výrazně odlišují od ostatních pro svůj snížený kognitivní stav.	Lidé s demencí jsou rovnoprávní občané lidské společnosti. Všichni lidé jsou nějakým způsobem postižení.
Posudek	Je důležité mít jasné a přesné znalosti o poškození pacienta s demencí, abychom během času mohli zaznamenávat jeho úpadek.	Je důležité mít jasné a přesné znalosti o životě pacienta o jeho schopnostech, zálibách, zájmech, hodnotách a oduševnělosti.
Přednosti v péči	Péče je soustředěna na poskytování bezpečného prostředí, která uspokojuje základní potřeby pacienta a poskytuje mu fyzickou péči kvalifikovaným způsobem.	Péče je soustředěna na zachování a na celkovém zlepšení osobnosti pacienta. Fyzická péče je pouze část péče celé osoby.
„Problémové chování“	Takové chování je způsobeno mozkovou patologií a musí být zvládnuto rychle a účinně.	Takové chování by mělo být především považováno za pokus o komunikaci, která se týká neuspokojené potřeby.
Ústavní péče	Pacienti s demencí potřebují lékařskou pozornost na psychiatrických jednotkách nebo v pečovatelských ústavech po vzoru nemocnic.	Pacienti s demencí potřebují zařízení podobná domovu, ve kterých je zdůrazněn společenský model péče zahrnující různé individuální a

		skupinové činnosti.
Pečovatelé	Pečovatelé jsou „služebníci organizace“ a není nutné brát jejich potřeby vážně.	Osobnost pečovatелů musí být brána vážně mají-li si pečovatелé vážit těch osobností, které jsou v jejich péči.
Výzkum	Pro pacienta s demencí mnoho dobrého nemůžeme udělat do doby než dojde k převratným objevům v tomto oboru lékařství.	Je toho mnoho co můžeme v současné době udělat pomocí lidského porozumění a kvalifikace.

Tabulka 20: Odlišná pojetí péče o pacienty s demencí (Tošnerová 2005)

Příloha č. 2

Neuspokojení žadatelé o sociální služby podle krajů k 31. 12. 2010

ČR, kraje	Neuspokojení žadatelé o poskytnutí sociální služby v zařízeních				
	domovy pro seniory	azylové domy	chráněné bydlení	domovy pro osoby se zdravotním postižením	domovy se zvláštním režimem
Česká republika	60 769	4 241	2 531	3 159	12 932
Hl. m. Praha	7 932	482	143	207	347
Středočeský	6 384	407	188	186	869
Jihočeský	2 974	263	47	262	453
Plzeňský	2 663	66	8	214	1 104
Karlovarský	387	137	16	25	146
Ústecký	5 901	347	44	403	1 852
Liberecký	2 146	141	33	86	763
Královéhradecký	2 097	81	24	305	282
Pardubický	2 667	112	12	266	285
Vysočina	2 228	161	2	74	427
Jihomoravský	8 807	359	103	295	3 470
Olomoucký	3 240	188	1 237	133	517
Zlínský	4 072	540	577	252	944
Moravskoslezský	9 271	957	97	451	1 473

Tabulka 21: Neuspokojení žadatelé o sociální služby podle krajů k 31. 12. 2010 (ČSÚ 2011)

Příloha č.3

Kritéria pro hodnocení žadatele o pobyt v Domově důchodců Jablonecké Paseky

Jméno žadatele:

Úkony péče o vlast. osobu a soběstačnost	Osobní hygiena	s pomocí	3
		nezvládne	5
	Koupání, sprchování	s pomocí	3
		nezvládne	5
	Česání	s pomocí	3
		nezvládne	5
	Oblékání	s pomocí	3
		nezvládne	5
	Stravování	s pomocí	3
		nezvládne	5
	Vstávání z lůžka	s pomocí	3
		nezvládne	5
	Použití WC	s pomocí	3
		nezvládne	5
Výměna ink. pomůcek	s pomocí	3	
	nezvládne	5	
Chůze	s pomocí	3	
	nezvládne	5	
Hospodaření s financemi	s pomocí	3	
	nezvládne	5	
Potřeba dohledu		5	
Příspěvek na péči	Nemá		-5
	Požádáno		3
	I. stupeň		5
	II. stupeň		10
	III. stupeň		15
	IV. stupeň		20
Další kritéria	Chybí rodinné zázemí		5
	Bydliště v Lbc. kraji		1
	Účastník odboje		1
	Ochota dopláct do plné výše		1
	Žádost není aktuální		-100
Celkový součet bodů			
Max. součet bodů			83

Datum: Podpis pracovníka, který hodnocení provedl:

Kritéria pro hodnocení stanovují míru potřeby přijetí žadatele.

Zjišťování provádí sociální pracovníce při přijetí žádosti nebo v rodině žadatele.

Podpis osoby, která poskytla informace:

Ilustrace 25: Kritéria hodnocení žadatele

Příloha č. 4

1. Jaký je zájem o umístění klientů s Alzheimerovou chorobou do vašeho domova se zvláštním režimem?

- a/ konstatní
- b/ zvyšuje se
- c/ snižuje se

2. Jste schopni popřít o tuto pobytovou službu uspokojit?

- a/ zcela
- b/ částečně

3. Počítá se do budoucna s rozšířením kapacity vašeho domova?

- a/ ano
- b/ ne

4. Bylo by zapotřebí, aby váš domov prošel stavebními úpravami a modernizací tak, aby lépe vyhovoval klientům i zaměstnancům?

- a/ ano
- b/ ne

5. Převládají ve vašem domově klienti?

- a/ více či méně soběstační
- b/ zcela odkázaní na vaši péči

6. Zahrnuje zdravotnická péče ve vašem domově?

- a/ pravidelné návštěvy všeobecného lékaře

- b/ pravidelnou spolupráci s psychologem
- c/ pravidelnou spolupráci s psychiatrem
- d/ pravidelné využívání služeb rehabilitačních pracovníků
- e/ pravidelné využívání služeb ergoterapeutů

7. Kterých forem terapie ve vašem zařízení využíváte?

- a/ čtení, vyprávění, hraní jednoduchých her
- b/ ručních prací
- c/ muzikoterapie
- d/ artherapie
- e/ canisterapie
- f/ felinoterapie
- g/ dalších:

8. Navštěvujete v rámci terapie s vybranými klienty i akce, které jsou pořádány v obci (městě)?

- a/ koncerty
- b/ divadelní představení
- c/ výstavy
- d/ výlety
- e/ sportovní akce
- f/ bohoslužby

f /jiné:

9. Jsou vytvořeny podmínky, abyste se mohli každému klientovi věnovat individuálně?

a/ ano

b/ ne

10. Jste ve svém povolání vystaveni stresu?

a/ velmi často

b/ jen občas

c/ nikdy

11. Nabízí vám zaměstnavatel (zřizovatel) nějaké formy psychogieny, které pomáhají se se stresem vyrovnat?

a/ ano

b/ ne

12. Zaznamenali jste v loňském roce nějaké stížnosti klientů, případně jejich rodinných příslušníků?

a/ ano

b/ ne

13. Čeho se případné stížnosti týkaly?

a/ nevyhovujícího prostředí domova (nedostatek soukromí ap.)

b/ nedostatku času personálu na klienty

c/ lékařského zabezpečení klienta

d/ denního programu

e/ kvality stravy

f/ vzájemného soužití klientů

g/ jiného důvodu

14. Jak vašemu domovu pomohlo zavedení standardů kvality?

a/ zlepšilo se vybavení domova

b/ zlepšily se podmínky pro pracovníky domova

c/ zlepšilo se klima v domově

15. Je podle vašeho názoru koncepce dalšího rozvoje sociálních služeb Libereckého kraje dostatečná?

a/ ano

b/ne

16. Dotkne se snížení finančních dotací, které na rok 2012 poslalo MPSV ČR jednotlivým krajům, i vašeho domova?

a/ ano

b/ ne

17. Jakou bude mít úroveň kvalita péče ve vašem domově se zvláštním režimem v letošním roce 2012?

a/ stejně vysokou, jako v roce 2011

b/ oproti roku 2011 se ještě zvýší