

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Filozofická fakulta

Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie

MARGITA SOMMEROVÁ, DIS.



Systém sociálních služeb v Anglii se zaměřením na osoby s demencí

The system of social services in England focusing on people with dementia

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské diplomové práce: PhDr. Eva Klimentová, Ph.D.

Olomouc 2016

Autorské prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci na téma Systém sociálních služeb v Anglii se zaměřením na osoby s demencí vypracovala samostatně. Uvedené zdroje, prameny a literaturu, které jsem použila v práci, řádně cituji s uvedením úplného odkazu na příslušný zdroj.

V Olšanech, dne 23. 3. 2016

.....

Margita Sommerová

Obsah

Úvod	4
1 Sociální stát v Anglii	6
1.1 Vznik a vývoj sociálního státu v Anglii	6
1.2 Funkce sociálního státu v současné Anglii	8
1.3 Principy sociálního zabezpečení v Anglii	10
1.4 Sociální zabezpečení v Anglii	12
2 Služby sociální péče v Anglii	14
2.1 Struktura sociální péče	16
2.2 Současné modely péče o dospělé	21
3 Demence	29
3.1 Vymezení pojmu demence	29
3.2 Rizikové faktory demence.....	30
3.3 Léčba osob trpících demencí v Anglii.....	32
3.4 Péče orientovaná na člověka	36
3.5 Paliativní péče pro osoby s demencí	37
4 Péče o osoby s demencí	39
4.1 Organizace, instituce a typologie jejich služeb	39
4.2 Proces posouzení sociálních potřeb osob s demencí	46
4.3 Možnost využití příspěvků pro osoby trpící demencí	49
Závěr	52
Seznam použité literatury	54
Internetové články	55
Seznam obrázků	56
Seznam tabulek	56
Seznam grafů	56
Příloha č.1 Zásady péče o osoby s demencí v Anglii	57
Příloha č.2 Kazuistiky z Alzheimerovy společnosti v Anglii	61
Anotace	63

Úvod

Dnešní společnost v evropském měřítku hodnot klade důraz na individualizaci jedince. Vzhledem k tomu, že populace stále více stárne, prodlužuje se délka života člověka a patřičnou měrou na tento fenomén musí reagovat i koncepce sociálního státu. Tento vývoj s sebou nese přirozené socio-ekonomické následky. Země Evropské unie se snaží na stárnutí populace reagovat různými zásahy do sociální politiky. S tím přirozeně přicházejí reformy, jejichž cílem je eliminovat náklady na zdravotní a sociální péči, a zároveň zachovat kvalitní úroveň života občanů. Hlavním trendem v sociálních službách je upřednostňování péče ve vlastních domovech oproti ústavní péči, která není vždy možná nebo dostupná.

Vhodnou alternativou by se měl stát dostačující vějíř sociálních služeb a příspěvků, které by pokryly potřebným osobám možnost zůstat v jejich přirozeném prostředí, často i přes nelehkou diagnózu, jež se může ke stáří přidružit.

Cílem této bakalářské práce je popsat systém sociálních služeb v Anglii, se zaměřením na osoby trpící demencí. Ve své bakalářské práci se zaměřuji na Anglii, jelikož je považována za průkopníka sociální práce i sociálních služeb. Je také největší a nejlidnatější zemí Spojeného království Velké Británie a Severního Irska (84% obyvatel).

Věnuji se zde deskripci širšího kontextu systému sociálních služeb v Anglii, ale také konkrétním sociálním službám, které mohou využít jak osoby trpící demencí, tak i jejich rodinní příslušníci. V rámci celkového popisu uvádím i historický vývoj a legislativní zakotvení systému sociálních služeb v této zemi. Hlavní přínos této práce je v odlišném pohledu na poskytování péče o osoby s demencí oproti českým podmínkám. Je zde řada faktorů, které ovlivňují systém sociálních služeb v Anglii, například: rozdílní zřizovatelé organizací, vliv tradic na poskytování sociálních služeb, služby jsou dále ovlivňovány sociokulturním vzorcem, multikulturalismem společnosti, ale také jiným systémem péče o osoby s demencí jako takovým. Samotný výsledek může být velmi inspirativní pro pomoc a práci s podobnou cílovou skupinou v České republice.

O sociálním státu v Anglii jako takovém budu pojednávat v první a druhé kapitole bakalářské práce. Zaměřím se na vývoj sociálního státu z pohledu historie, dále na jeho funkce a principy. Ukážu rovněž strukturu sociálních služeb v Anglii a současné modely sociální péče, včetně způsobů financování.

Se stářím přichází různá onemocnění (jedním z nich je právě demence) a tuto problematiku chci probrat ve třetí kapitole. Zaměřuji se na vymezení pojmu demence, její

rizikové faktory a možnosti léčby, na trendy v poskytování pomoci osobám s demencí v Anglii.

V čtvrté části popisují konkrétní služby sociální péče o osoby trpící demencí v Anglii, jejich využití, věnují se jednotlivým službám, organizacím a institucím vztahujícím se k této problematice. V jejím závěru uvedu procesy posouzení potřebnosti sociálních služeb v Anglii a možnosti příspěvků pro osoby trpící demencí a jejich pečovatele.

1 Sociální stát v Anglii

Z hlediska pochopení celkového kontextu systému sociálních služeb v Anglii je nutné nejprve popsat vznik sociálního státu v Anglii z historického hlediska. Budu se také zabývat funkcí sociálního státu v současné Anglii. Závěr této kapitoly věnuji principům sociálního zabezpečení v této zemi.

1.1 Vznik a vývoj sociálního státu v Anglii

„Společensko-politický vývoj jednotlivých zemí a jejich jazyková a kulturní specifika se promítají do spontánního vytváření a profilování pojmu vystihujícího v příslušném jazykovém okruhu fenomén sociálního státu, včetně jeho významového zabarvení a šíře chápání“¹.

Ve středověku neexistovaly v Anglii žádné prostředky na pomoc či ochranu nemocných nebo chudých. První zmínky můžeme datovat až do období královny Alžběty I., která panovala v letech 1558–1603. V tomto období vznikají první chudinské zákony (1598 a 1601). Každá farnost byla zodpovědná za hledání práce pro chudé a za nemocnice či ubytovny. Zdroje na financování pocházely od zaměstnavatelů a vlastníků majetku buď ve formě finančních prostředků, nebo věcné pomoci, např. uhlí. Fary zřizovaly pracovní místa pro chudé v tzv. „workhausech“ nebo průmyslových domech.²

V roce 1834 byly chudinské zákony novelizovány, jejich hlavní snahou bylo nalezení efektivnějšího způsobu práce s chudými (unifikace „workhausů“), jehož cílem bylo přimět chudé, aby se o sebe sami postarali. V průběhu 19. století se stát angažoval hlavně v oblasti vzdělávání a hygienických opatření, vznikaly soukromé charitativní společnosti, kde si dělníci platili příspěvky pro případ sociálních událostí. V roce 1908 labouristé v čele s Loydem Georgem vydali zákon o penzijním pojištění. V roce 1911 vzniklo státem organizované schéma pojištění v nezaměstnanosti a zdravotní pojištění. V období mezi dvěma světovými válkami nebyl v podstatě žádný průlom v oblasti sociálního zabezpečení, s výjimkou zákona o penzijním pojištění pro všechny vdovy, sirotky a starší občany z roku 1925.³

Pojem označující sociální stát se v Anglii teprve postupně vyhraňoval a někteří autoři dlouho používali v podstatě ve stejném smyslu i jiné termíny např. „*societal state*“, „*social service*“, „*social service state*“, „*full employment state*“ nebo „*welfare capitalism*“. Postupně se vytvořil pojem „*welfare state*“. Welfare state je často spojován se jménem lorda Williama Beveridge, který je považován za otce myšlenky sociálního státu. Sociální stát

¹ VEČEŘA, M. *Sociální stát, východiska a přístupy*. 2. vyd. Praha: Slon, 1996, s. 22.

² MUNKOVÁ, G. a kol. *Sociální politika v evropských zemích*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004, s. 71-72.

³ MUNKOVÁ, G. a kol. *Sociální politika v evropských zemích*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004, s. 72.

až do dnešní podoby po řadu generací rostl a vyvíjel se, než byl poznán a pojmenován. Anglie patřila k prvním zemím organizujícím systematicky sociální pomoc.⁴

Zásadní průlom v oblasti sociálního zabezpečení se odehrály v období po druhé světové válce, kdy byly tvořeny reformy pod vlivem již zmíněného lorda Williama Beveridge, ředitele Londýnské školy pro ekonomii a politickou vědu, a jeho návrhů⁵:

- státní zdravotní pojišťovna (The National Health Service) v boji proti onemocnění;
- plná zaměstnanost v boji proti zahálce;
- státní vzdělávání;
- sociální bydlení;
- národní pojištění (National Insurance – NI).

V roce 1942 lord Beveridge přednesl zprávu a definoval pět sociálních zel (nevědomost, nečinnost, nemoc, potřebnost a zanedbanost). Navrhl, aby byl zaveden systém národního pojištění, který měl být určen pro všechny obyvatele a pokrýval by tak všechny nástroje k řešení sociálních zel. Jednalo se o komplexní zprávu, která v podstatě přispěla k tomu, že v Anglii začaly být vnímány souvislosti mezi vzděláním, zdravím, možnostmi výdělků a sociálním zabezpečením. V Anglii tak došlo k položení základu univerzálního a centrálně řízeného systému sociálního zabezpečení, který byl financován z veřejného rozpočtu.⁶

Tento systém v podstatě fungoval až do nástupu Margaret Thatcherové, která představuje odklon od univerzálních idejí lorda Beveridge o všennárodní solidaritě, a to hlavně zamítnutím sociálních práv jako součásti práv občanských. V tomto období jsou provedeny redukce veřejných výdajů v oblasti sociálního zajištění, je kladen důraz na privatizaci v této oblasti. Namísto sociálních dávek nastupují půjčky. Zároveň také dochází k redukci daní pro podnikatele a na místo veřejného sektoru přichází soukromé agentury. Podle Kellera měly tyto reformy řadu sociálních dopadů. Vzrostlo množství tzv. pracujících chudých a obecně počet osob, které žily v chudobě, prohloubila se sociální nerovnost.⁷

Oproti Kellerovi Matoušek vnímá reformu v té době jako nutnost, především vzhledem k tomu, že se sociální služby poskytované veřejným sektorem (místními orgány) jeví jako neefektivní. Nedostávalo se jich ani v dostatečné kvalitě, ani dostatečném rozsahu.⁸

⁴ VEČEŘA, M. *Sociální stát, východiska a přístupy* 2. vyd. Praha: Slon, 1996, s. 22.

⁵ ALCOCK, P., MAY, M. *Social Policy in Britain*. 4. vyd. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014, s. 5.

⁶ MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011, s. 55.

⁷ KELLER, J. *Soumrak sociálního státu*. 2. vyd. Praha: Slon, 2011, s. 55.

⁸ MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011, s. 55.

„Ve snaze řešit nastalou situaci byl ve Velké Británii v oblasti sociálních služeb (počítaje v to i zdravotní služby) zaveden systém kvazi-trhů (quasi-markets). Došlo k tomu především prostřednictvím zákona o národní zdravotní službě a zákona o komunitní péči (National Health Service and Community Care Act 1989). Systém quasi-markets spočívá v zavedení tržních mechanismů do systému poskytování sociálních služeb, s cílem zvýšit kvalitu poskytování služeb prostřednictvím zavedení určité podoby konkurenčního prostředí do této oblasti. Proto v zemích, kde se teorie quasi-markets začala uplatňovat (nejen Velká Británie, ale i Německo a Francie), jsou spolu s ní zaváděny rovněž určité druhy příspěvků na sociální služby přímo těm, kdo je potřebují a kdo si je volí“⁹.

1.2 Funkce sociálního státu v současné Anglii

Podle Alcocka, Maye má nyní sociální stát v Anglii čtyři základní funkce¹⁰:

- poskytování služeb;
- nákup služeb;
- regulace;
- zaměstnávání.

1.2.1 Poskytování služeb

Většina diskuzí na téma sociální stát se týká poskytování sociálních služeb veřejnosti ze strany státních orgánů a institucí, tedy těch oblastí, kde stát vystupuje jako poskytovatel služeb. Takovéto služby v Anglii například zahrnují zdravotnictví (National Health Service), vzdělávání nebo systém dávek sociálního zabezpečení. Ve všech těchto oblastech stát zaměstnává pracovníky (lékaře, zdravotní sestry a učitele) ve veřejně vlastněných a provozovaných institucích (nemocnice a školy) za účelem poskytování služeb všem občanům, kteří je potřebují a mají na ně nárok.¹¹

Za tímto účelem stát využívá veřejné prostředky získané vládou, z velké části ve formě daní, na nákup budov, vybavení a platy zaměstnanců. V závislosti na místě poskytování služeb musejí být příslušné plány na nakládání s těmito prostředky zdůvodněny a odsouhlaseny v rámci politického procesu na národní, případně místní úrovni. Tyto výdajové plány tak představují ústřední (a potenciálně i kontroverzní) prvek vládní politiky rozvoje.¹²

⁹ MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. 2. vyd. Praha:Portál, 2011, s. 55.

¹⁰ ALCOCK, P., MAY, M. *Social Policy in Britain*. 4. vyd. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014, s. 23-24.

¹¹ ALCOCK, P., MAY, M. *Social Policy in Britain*. 4. vyd. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014, s. 23-24.

¹² ALCOCK, P., MAY, M. *Social Policy in Britain*. 4. vyd. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014, s. 24.

Je zřejmé, že takovéto komplexní poskytování služeb je nejzřetelnější a pravděpodobně i nejrozsáhlejší funkcí státu v rámci systému sociálního zabezpečení. Není však z daleka jedinou: kromě toho stát plní i funkce, které mají stejně přímý a významný dopad na rozvoj a realizaci sociální politiky v zemi.¹³

1.2.2 Nákup služeb

Kromě vynakládání veřejných prostředků na poskytování sociálních služeb prostřednictvím veřejných institucí stát také veřejné peníze používá pro nákup a zajišťování stejných služeb prostřednictvím komerčních či neformálních poskytovatelů. Úloha státního financování hrála ve vývoji nestátních poskytovatelů sociálních služeb vždy důležitou roli, a to jak ve formě přímých dotací, například neziskovým organizacím, jako je Royal Voluntary Service (RVS) nebo Citizens' Advice Bureau (CAB), tak formou nepřímé podpory, například osvobození od daně prostřednictvím speciálních programů pro charitu.¹⁴

Zatímco přímé dotace, jako jsou granty, byly vždy tradičním způsobem, jak stát mohl podpořit poskytování sociálních služeb nestátními institucemi, v posledním desetiletí došlo k výraznému posunu směrem k uzavírání smluv o poskytování konkrétních služeb s poskytovateli ze soukromého nebo neziskového sektoru. Prostřednictvím smluv tak stát může poskytovat finanční prostředky organizacím, které mu poskytnou určité služby o dohodnuté kvalitě, přičemž ty stanovuje prostřednictvím procesu zadávání veřejných zakázek. To znamená, že stát určí formu poskytovaných služeb, přičemž samotné jejich poskytování zajišťují jiní poskytovatelé, než je stát.¹⁵

1.2.3 Regulace

Prostřednictvím nákupu zmíněných externích služeb může stát utvářet a řídit svoji sociální politiku. Stejného cíle však stát může dosáhnout i přímějším způsobem, a to vydáváním právních předpisů. Regulace sociálních služeb prostřednictvím zákona je možná nejstarší metodou realizace státní politiky. Právní předpisy určují meze, v rámci kterých se rozvíjejí soukromé trhy a fungují neziskové organizace, přičemž regulace rovněž určuje strukturu státem poskytovaných sociálních služeb. Prostřednictvím přijetí a prosazování pravidel a postupů stát kontroluje širokou škálu sektoru poskytování sociálních služeb, a to i v případech, kdy je poskytuje někdo jiný, než veřejná instituce. To znamená, že například důchody a zdravotní pojištění zajišťované komerčními subjekty jsou přísně

¹³ ALCOCK, P., MAY, M. *Social Policy in Britain*. 4. vyd. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014, s. 24.

¹⁴ ALCOCK, P., MAY, M. *Social Policy in Britain*. 4. vyd. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014, s. 24.

¹⁵ ALCOCK, P., MAY, M. *Social Policy in Britain*. 4. vyd. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014, s. 24.

regulovány prostřednictvím zákonů, nebo že činnost neziskových organizací je předmětem množství auditů a kontrol, které zkoumají jejich účelnost a efektivitu.¹⁶

1.2.4 Zaměstnávání

Kromě role poskytovatele a zadavatele veřejných služeb a dohledu nad nimi stát také plní roli zaměstnavatele těch osob, které pracují ve státních institucích, jako jsou soudy nebo různé vládní instituce. Ve skutečnosti je stát, a to prostřednictvím jak centrálních, tak místních veřejných institucí, zdaleka největším zaměstnavatelem v celé Anglii.¹⁷

1.3 Principy sociálního zabezpečení v Anglii

Srdcem politiky sociálního zabezpečení jsou principy, které jsou základem pro vyplácení benefitů a dávek. Jedná se v podstatě o přerozdělení a využití zdrojů, které jsou přerozdělovány s určitým cílem. V širším horizontu rozlišujeme dva základní principy, které mohou ve společnosti zajišťovat přerozdělování prostředků. V první řadě se jedná o **horizontální redistribuci**, tzv. převod prostředků mezi občany. Je založen na předpokladu, že jsou různé okamžiky v životě, kdy všichni budeme potřebovat podporu. Jsou to zejména případy podpory v dětství (podpora rodičů dětí), nebo odchod do důchodu.¹⁸

Druhým principem je **vertikální redistribuce**. Jedná se o převod prostředků směrem od bohaté k chudé společnosti. V rámci nerovnoměrného rozdělení příjmů se jedná o podporu těch, kteří nemají dostatečné množství příjmů nebo majetku, s využitím převodu části příjmů těch, kteří vlastní více, než by potřebovali. Na rozdíl od horizontální redistribuce je zde nepoměr mezi těmi, co zaplatí a nebudou z toho možná nikdy mít prospěch, a těmi, kteří profitují a nikdy nebudou platit.¹⁹

Je zde důležitý ideologický, politický a ekonomický rozdíl mezi těmito dvěma přístupy, jehož výsledkem jsou různorodé způsoby financování a poskytování podpory. V praxi oba přístupy dávají informaci o rozvoji sociálního zabezpečení v Anglii. Dva způsoby horizontální a vertikální redistribuce vedou k různým metodám financování plateb sociálního zabezpečení, které je poskytováno formou sociálních dávek. Ty mohou být rozděleny do dvou širokých přístupů – sociální pojištění a sociální pomoc.²⁰

¹⁶ ALCOCK, P., MAY, M. *Social Policy in Britain*. 4. vyd. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014, s. 24.

¹⁷ ALCOCK, P., MAY, M. *Social Policy in Britain*. 4. vyd. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014, s. 24.

¹⁸ ALCOCK, P., MAY, M. *Social Policy in Britain*. 4. vyd. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014, s. 108.

¹⁹ ALCOCK, P., MAY, M. *Social Policy in Britain*. 4. vyd. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014, s.108-109.

²⁰ ALCOCK, P., MAY, M. *Social Policy in Britain*. 4. vyd. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014, s. 109.

1.3.1 Sociální pojištění

Sociální pojištění je spojeno s horizontálním přerozdělováním a myšlenkou, že příspěvky od pracujících lidí jsou pak rozděleny mezi tyto lidi v jiných fázích životního cyklu, když tyto příspěvky potřebují. Zaměstnanci a firmy proto platí příspěvky na sociální zabezpečení, a ty jsou shromažďovány v národním fondu pojištění (National Insurance Scheme), ze kterého jsou dávky vyplácené těm, kteří je potřebují. Dávky sociálního pojištění obvykle zahrnují situace, jako je odchod do důchodu, onemocnění nebo zdravotní postižení a ztráta zaměstnání (obvykle na přechodnou dobu, zatímco hledá další práci). Nárok na příspěvky je vázán na platby sociálního pojištění a jsou vypláceny a dostávají je pouze ti, kteří vyhoví kvalifikačním kritériím pro výplatu takového příspěvku. Tyto příspěvky jsou vypláceny na základě plateb odvedených na sociálním pojištění, a tudíž nejsou obvykle ovlivněny např. výdělkem partnera nebo majetkem rodiny. To má některé podobnosti se soukromým pojištěním, i když ve většině programů sociálního pojištění jsou příspěvky klientů používány pro vyplácení aktuálních dávek, spíše než že jsou investovány na pokrytí nároků, které by mohly vzejít ze strany budoucích žadatelů (někdy bývá označováno jako „pay-as-you-go“ neboli průběžné financování). Kvůli tomuto způsobu financování bývají platby sociálního pojištění často označovány jako příspěvkové benefity.²¹

1.3.2 Sociální pomoc

Sociální pomoc je spojena s vertikálním přerozdělováním a myšlenkou, že příspěvky by měly být zaměřeny pouze na ty, kteří potřebují podporu, protože jsou chudí. Příspěvky jsou hrazeny z daní osob s odpovídajícími příjmy (obvykle včetně některých prvků daňové progresse – lidé s nejvyššími příjmy zaplatí nejvíce) a poskytují výhody těm, kteří mohou prokázat, že jsou v nouzi. V Anglii se konkrétně jedná o aplikaci "testů", dle kterých se prověřuje finanční situace potenciálních žadatelů, aby bylo zajištěno, že nemají k dispozici další zdroje podpory a na dávku mají opravdu nárok. Testy znamenají, že tyto dávky jsou závislé na výši příjmu a mohou být použity k přerozdělení zdrojů v celé řadě různých úrovní příjmů, ale v rámci poskytování sociálního zabezpečení jsou obvykle omezeny pouze na osoby s nejnižšími příjmy. V Anglii jsou tyto nároky závislé na rodinných zdrojích, včetně úspor a dalších příjmů v rámci rodiny. Dávky pomoci jsou proto také označovány jako selektivní nebo cílené programy sociálního zabezpečení. Kromě příjmu je sociální pomoc často závislá na splnění dalších podmínek a jejich nesplnění může vést k sankcím nebo penále. V Anglii, stejně jako v mnoha jiných zemích, musí dospělí v produktivním věku (bez

²¹ ALCOCK, P., MAY, M. *Social Policy in Britain*. 4. vyd. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014, s. 109.

odpovědnosti za péči o malé děti nebo dospělé osoby se zdravotním postižením), kteří požadují sociální pomoc, být ochotni pracovat a aktivně hledat zaměstnání.²²

1.4 Sociální zabezpečení v Anglii

Anglie patří mezi země s nejnižšími daněmi. Všechny politické strany podporují relativně nízké sazby daně z příjmu. Je to také dáno reflexí veřejného mínění, které vychází z požadavků spotřební společnosti. Obyvatelé Anglie došli k přesvědčení, že pro spokojený život je nutná neustálá míra spotřeby, tudíž nechtějí odevzdávat daně z vyšší části příjmů, než je nezbytně nutné.²³

Zdá se, že lidé jsou poměrně tolerantní vůči nepřímým daním, které jsou zahrnuty do spotřebního koše. Z toho vyplývá, že společnost očekává nízké sazby přímého zdanění a politikům nezbyvá, než aby toto očekávání brali v úvahu i v kontextu rozšíření či zkvalitnění služeb.²⁴

„V současné době jsou ve Velké Británii sociální služby spolu s dávkami upraveny v zákoně o příspěvcích a dávkách ze sociálního zabezpečení z roku 1992 (Social Security Contribution and Benefits Act). Tento zákon upravuje dávky a služby pro ty, kdo péči potřebují, i pro ty, kdo o ně pečují. Systém je plně financován ze státního rozpočtu“²⁵.

Anglická legislativa umožňuje, aby klient s nárokem na sociální službu měl i nárok na finanční dávku, kterou použije k nákupu sociálních služeb. Sociální pracovník (Care manager) může i spravovat tyto finanční prostředky a dávat klientovi návrhy, jak částku použít a jak za určitou částku získat co nejkvalitnější služby. Klient rovněž dostává informaci o výši částky, za kterou může služby koupit. Klient je, v závislosti na výši svých příjmů a majetku, povinen přispívat si na financování konkrétní služby i v případě, že jsou mu tyto služby poskytovány buď orgány místními samosprávami, nebo přímo státem. Výše klientova podílu na úhradě sociálních služeb je vypočtena na základě posouzení jeho příjmů a majetku.²⁶

Systém sociálního zabezpečení zahrnuje služby a pojištění poskytované prostřednictvím systému státního pojištění (*National Insurance Scheme, NIS*), ze kterého jsou financovány peněžité dávky v případě nemoci, nezaměstnanosti, popřípadě úmrtí partnera, nebo

²² ALCOCK, P., MAY, M. *Social Policy in Britain*. 4. vyd. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014, s. 109.

²³ MUSIL, L. *Vývoj sociálního státu*, 1.vyd. Brno:Doplňek, 1996, s. 198.

²⁴ MUSIL, L. *Vývoj sociálního státu*, 1.vyd. Brno:Doplňek, 1996, s. 198.

²⁵ MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. 2.vyd. Praha:Portál, 2011, s. 56.

²⁶ KOLDINSKÁ, K.. *Britská právní úprava a praxe sociálních služeb jako inspirace pro Českou republiku*, [online] časopis Aplikované právo 2/2004, [cit. 23.1.2016]. Dostupné z <http://www.aplikovanepravo.cz/clanky-pdf/22.pdf>, s. 67

důchodové dávky. Nároky na tyto dávky vznikají na základě placení příspěvků státního pojištění.²⁷

Dále zde patří státní zdravotní služba (*National Health Service, NHS*) zahrnující lékařskou a zubní péči. Systém státní zdravotní péče v Anglii poskytuje od r. 1948 základní péči všem osobám, které v Anglii dlouhodobě pobývají. Zdravotní péče je na základní úrovni obecně "bezplatná". Navíc je možné si k této státní péči zřídit i soukromé zdravotní pojištění.²⁸

Součástí sociálního zabezpečení jsou také rodinné dávky a program daňového kreditu pro děti, z nichž jsou poskytovány peněžité dávky osobám vychovávajícím děti. Dále existují nepřispěvkové dávky pro některé kategorie osob zdravotně postižených a příspěvky hrazené zaměstnavatelem, které jsou vypláceny zaměstnancům po narození dítěte nebo přijetí dítěte k adopci.²⁹

Jak je zřejmé z první kapitoly, sociální stát v Anglii prochází neustálým vývojem a jeho role se postupně mění. Na rozdíl od role sociálního státu v České republice hraje v Anglii velmi výraznou roli konkurenční prostředí a je kladen důraz na efektivitu. Fungování celého systému je komplexní. V následující kapitole se pokusím o vysvětlení, jak je tento systém vzájemně provázán a jakým způsobem je financován.

²⁷ http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20UK_cs.pdf, ze dne 27.10.2015

²⁸ http://www.mzv.cz/london/cz/konzularni_a_vizove_informace/uzitecne_informace_pro_ceske_obcany_v_uk/pobyv_v_cizine_a_zdravotni_pojisteni.html, ze dne 28.2.2016

²⁹ http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20UK_cs.pdf, ze dne 27.10.2015

2 Služby sociální péče v Anglii

V této kapitole se budu zabývat definicí sociální péče a sociálních služeb v Anglii, jejich strukturou a způsoby financování. Zaměřím se také na současné modely péče pro dospělé.

Nejprve vysvětlím pojem sociální péče v anglosaském pojetí. Sociální péče je zastřešující termín pro poskytování nemedicínské individuální podpory vůči zranitelným, nemocným či postiženým jedincům, kteří se nejsou schopni o sebe postarat. Cílem sociální péče je pomoc k jejich nezávislosti. Tato podpora je poskytována buď na neplacené bázi (rodina) anebo na základě placených pečovatелů (care workers), ať už ve vlastním obydlí nebo v rezidenčních zařízeních.³⁰

Sociální služby jsou, dle Alcocka, Maye, obecný termín pro poskytování sociální péče a sociální práce veřejnými institucemi těm, v rámci vymezené oblasti, kteří potřebují zvláštní podporu. Tradičně také zahrnují širší škálu služeb poskytovaných na individuální nebo komunitní bázi. Z velké části jsou tyto služby poskytovány, přímo či nepřímo, prostřednictvím místních úřadů. Jejich celková organizace se liší mezi zeměmi ve Spojeném království.³¹ Ve svém výkladu se zaměřuji na systém fungování služeb v Anglii.

„Sociální péče o staré lidi a děti, včetně sociálních služeb, je v kompetenci místních veřejných samospráv a je financována ze státního rozpočtu. Místní orgány poskytují domácí péči, roznášku jídla, zvláštní pomůcky, denní stacionáře apod. V rámci systému quasi-markets poskytují sociální služby také nestátní organizace, jež v souvislosti se zmíněnými změnami získaly na důležitosti, zatímco role státu byla oslabena“³² (viz závěr kapitoly 1.1 a reformy Margaret Thatcherové).

Sociální péče, financovaná v Anglii z veřejných prostředků, tvoří pouze menšinu celkové hodnoty péče, a tento podíl se stále snižuje. Většina péče a podpory je poskytována bezplatně prostřednictvím rodiny, přátel a sousedů (neformální péče) a mnoho dospělých si platí za částečné či komplexní služby formální péče. Místní úřady poskytují řadu univerzálních a preventivních služeb, z nichž mnohé jsou k dispozici bez nutnosti posuzovat potřebnost této služby.³³

Místní úřady obvykle platí pouze za jednotlivé balíčky péče pro dospělé na základě hodnocení vysoké potřebnosti a omezených možností klienta. Zároveň zprostředkovávají

³⁰ ALCOCK, P., MAY, M. *Social Policy in Britain*. 4. vyd. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014, s. 165.

³¹ ALCOCK, P., MAY, M. *Social Policy in Britain*. 4. vyd. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014, s. 165.

³² MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. 2.vyd. Praha:Portál, 2011, s. 56.

³³ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London:National Audit office, 2014, s. 5.

většinu péče ze soukromého a neziskového sektoru, kde je domácí péče a péče v pečovatelských domech nejběžnějším typem služeb.³⁴

Legislativní a další změny zvyšují roli dospělých v utváření jejich vlastní péče a podpory, diverzifikaci typů péče, které chtějí mít k dispozici, a mění způsoby, jakými dospělí k této péči přistupují. V roce 2012 ministerstvo zdravotnictví oznámilo nové právní předpisy a přípravu nového zákona o sociálních službách, tzv. „Sociální účet“ (Care Act and Care Bill). Ministerstvo navrhlo tento zákon, aby racionalizovalo povinnosti místních orgánů, zavedlo nové povinnosti založené na individuálním blahobytu a zmírnilo tlak na samoplátce a pečovatele.³⁵

Návrh zákona má plně vstoupit v platnost v letošním roce a jeho hlavním přínosem je jeho první část, která spojuje stávající péči a podporu legislativy do jednoho zákona a zahrnuje³⁶:

- obecné povinnosti místních orgánů v oblasti sociálních služeb (zdraví, prevence, integrace, informace a poradenství, zajištění rozmanité a kvalitní péče ze strany poskytovatelů služeb);
- popis postupů pro jednotlivce v rámci nového systému (finanční hodnocení, hodnocení způsobilosti pro poskytnutí péče, způsoby plateb, plánování péče, strop nákladů na péči);
- ochrana dospělých před zneužíváním nebo zanedbáváním;
- dohled nad trhem a kontrola poskytovatelů služeb;
- přechod ze systému dětské péče do systému péče pro dospělé.

Již od dubna 2015 tento zákon změnil způsob, jakým místní úřady posuzují potřeby a financují péči o dospělé osoby. Od dubna 2016 bude zavedeno omezení maximální výše příspěvku na jednotlivce pro poskytnutí nezbytně nutné péče. Vláda chce pokračovat ve snižování veřejných výdajů při zachování celkových výdajů na péči a podporu, a zlepšování výsledků sociální péče pro dospělé, protože potřeba péče stále roste.³⁷

Abych objasnila, jakým způsobem vlastně systém sociální péče v Anglii funguje, popisuji v následujících kapitolách celkovou strukturu sociální a zdravotní péče v Anglii, jeho provázanost, ale i způsoby, jakými je financována.

³⁴ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 5.

³⁵ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 5.

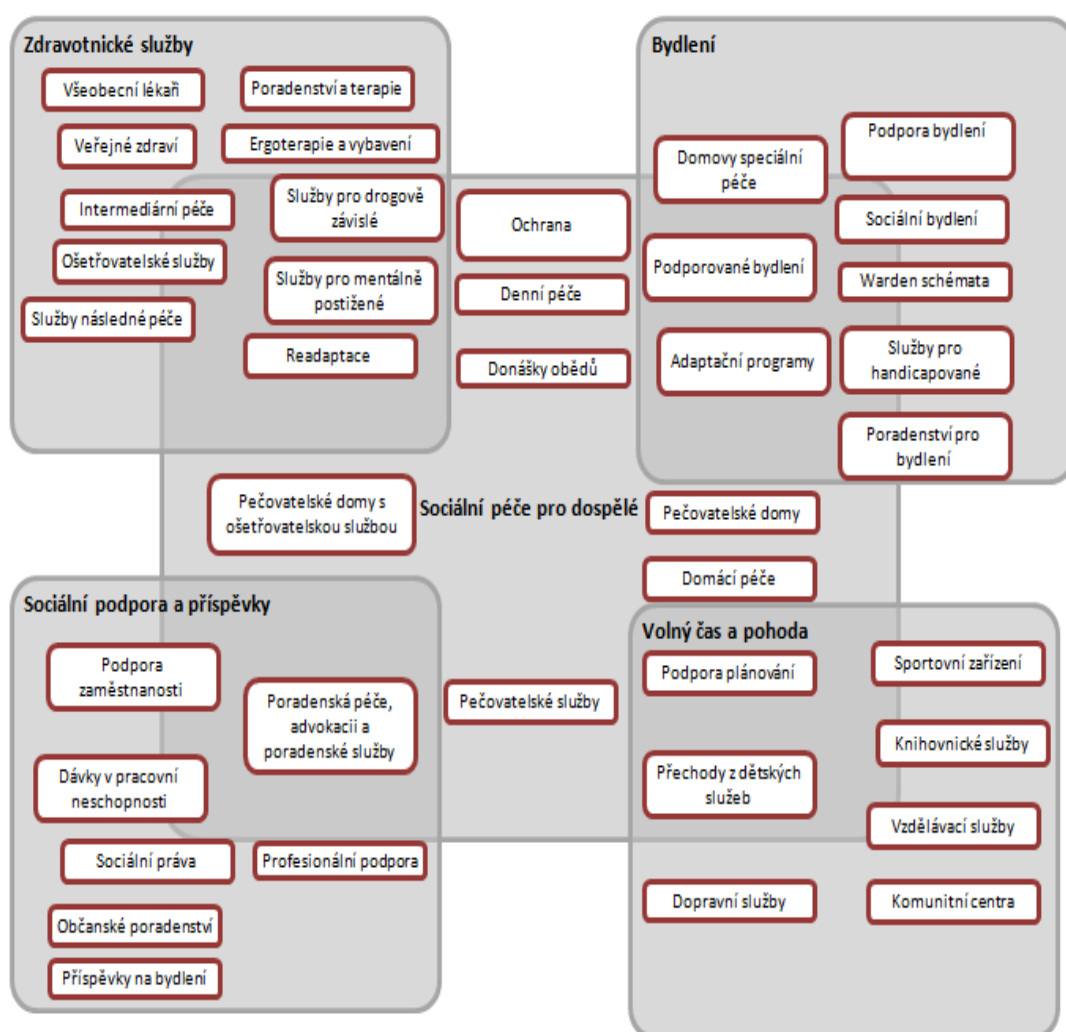
³⁶ <http://www.local.gov.uk/documents/10180/5572443/Care+Bill+overview+for+BCF+toolkit/a8a1b4f6-82f4-4e78-82bc-638f0fe80475>, ze dne 30.1.2016

³⁷ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 5.

2.1 Struktura sociální péče

Z hlediska celkového popisu sociálních služeb nejprve vysvětlím fungování komplexní péče pro dospělé, kam také spadají osoby trpící demencí, tudíž se tyto služby vztahují také na ně.

Sociální péče pro dospělé je součástí komplexního systému veřejných služeb a různých forem podpory, které jsou spolu propojeny (Obrázek 1). Jak efektivně služby odpovídají potřebám dospělých, je závislé na tom, jak všechny části systému pracují komplexně. Vhodná dlouhodobá zdravotní péče brání rozvoji onemocnění a snižuje náklady na nutnou sociální péči, sociální příspěvky pomáhají udržet nezávislý život klienta.³⁸



Obrázek 1: Komplexní systém veřejných služeb³⁹

³⁸ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 5.

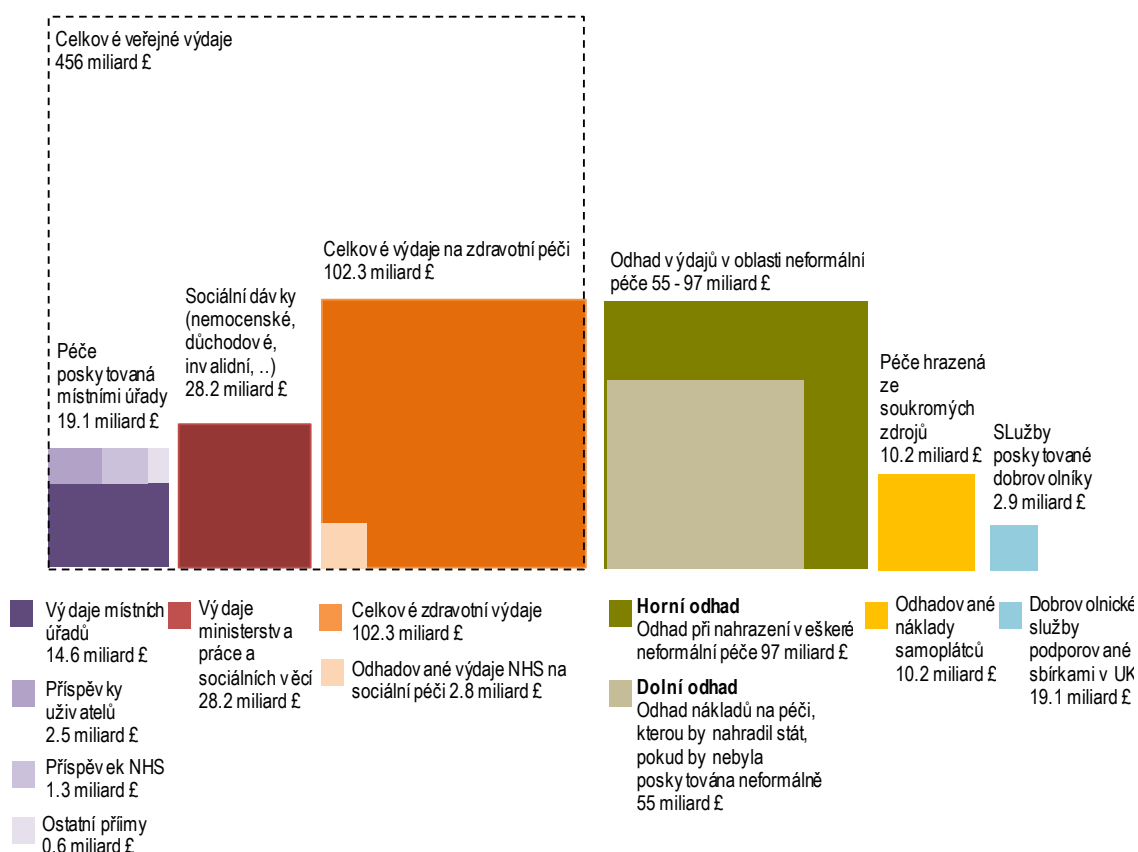
³⁹ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 5.

2.1.1 Rostoucí potřeby péče a klesající státní výdaje

Již z dřívějších kapitol je patrné, že sociální péče o dospělé je v Anglii více závislá na rodině a soukromém financování. O dospělé lze pečovat dvěma způsoby: buď neformálně rodinou, přáteli či sousedy, bez placení, nebo formálně prostřednictvím služeb, které si klienti sami nebo prostřednictvím jejich místního úřadu sociální péče musí zaplatit. Další variantou jsou některé dobrovolné organizace, které poskytují bezplatné formální služby.⁴⁰

Graf 1 srovnává tyto části systému péče se zdravotnickými a sociálními službami.

Hodnota neformální péče převyšuje státní výdaje a je srovnatelná s celkovými výdaji na zdravotní péči



Graf 1: Srovnání státních výdajů a výdajů v oblasti neformální péče⁴¹

Z grafu je patrné, jakými částkami je podporována oblast sociální péče ze strany státu, ale také jakými částkami přispívají dobrovolnické služby a kolik si platí uživatelé služeb sami.

Abych tento poměr státních a nestátních sociálních služeb dále podrobněji objasnila, uvádím i příklady počtu pracovních míst ve státním a soukromém sektoru v oblasti sociální péče.

⁴⁰ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 13.

⁴¹ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 13.

2.1.2 Nezávislí zaměstnavatelé

Odhady celkového počtu míst pro nezávislé zaměstnavatele (tj. všechny komerční a neziskové organizace) byly provedeny za použití National Minimum Data Set pro sociální péči (NMD-SC). Údaje NMD-SC byly použity pro modelování počtu pracovních míst nabízených v zařízeních různých typů i velikostí. Tyto modely pak byly použity k odhadu celkového počtu pracovních míst ve všech nezávislých organizacích pro sociální péči pro dospělé v Anglii.⁴²

2.1.3 Místní úřady

Od roku 2011 se zde rovněž používají data z NMD-SC, od roku 2012 tato data poskytuje všech 152 místních úřadů a data jsou proto velmi přesná.⁴³

2.1.4 Příímí zaměstnavatelé

Odhady počtu pracovníků zaměstnaných přímými příjemci dávek pro sociální péči byly vypočítány pomocí různých datových zdrojů, včetně NMDS-SC a informačního střediska zdravotní a sociální péče.⁴⁴

2.1.5 National Health Service (NHS)

Počty pracovních míst v oblasti sociální péče v rámci NHS (například terapeuti) byly zahrnuty použitím NHS sčítání nelékařských pracovníků (září 2014), které zveřejnila HSCIC.⁴⁵

2.1.6 Dobrovolní pečovatelé

Dobrovolní pečovatelé jsou ti, kteří pečují bez nároku na finanční odměnu. Dobrovolní pečovatelé hrají významnou roli v sociální péči pro dospělé, ale nejsou obvykle zahrnuti ve statistikách zaměstnanosti a proto nejsou zahrnuti do odhadu pracovní síly v této práci. V roce 2011 byl odhad počtu dobrovolných pečovatelů v Anglii 5,4 milionu, a toto číslo se má do roku 2037 zvýšit o 40%.⁴⁶

⁴² <http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/NMDS-SC,-workforce-intelligence-and-innovation/NMDS-SC/Size-and-structure/Size-and-structure-report-2015.pdf>, ze dne 28.10.2015

⁴³ <http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/NMDS-SC,-workforce-intelligence-and-innovation/NMDS-SC/Size-and-structure/Size-and-structure-report-2015.pdf>, ze dne 28.10.2015

⁴⁴ <http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/NMDS-SC,-workforce-intelligence-and-innovation/NMDS-SC/Size-and-structure/Size-and-structure-report-2015.pdf>, ze dne 28.10.2015

⁴⁵ <http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/NMDS-SC,-workforce-intelligence-and-innovation/NMDS-SC/Size-and-structure/Size-and-structure-report-2015.pdf>, ze dne 28.10.2015

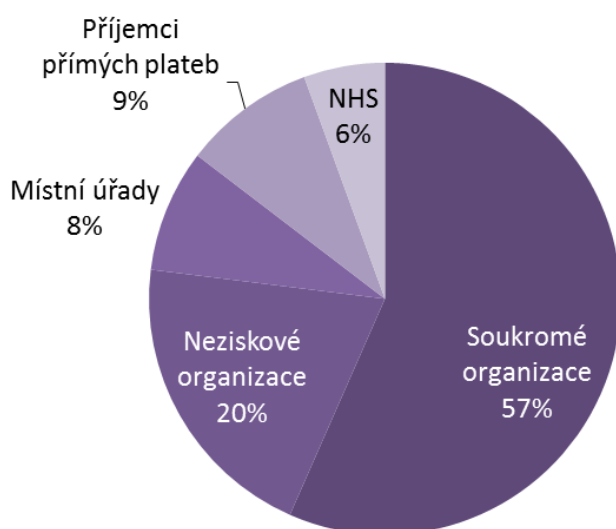
⁴⁶ <http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/NMDS-SC,-workforce-intelligence-and-innovation/NMDS-SC/Size-and-structure/Size-and-structure-report-2015.pdf>, ze dne 28.10.2015

Při součtu všech pracovních míst v Anglii v oblasti sociální péče hovoříme o hodnotě více než 1,5 miliónu pracovních míst. Z tohoto celkového počtu pracovních míst bylo v Anglii v roce 2014 následující rozdělení⁴⁷:

Typ zaměstnavatele	Počet pracovních míst	Procento pracovních míst
Nezávislí	1,190,000	77%
Místní úřady	130,000	8%
Příjemci přímých plateb	140,000	9%
NHS	86,000	6%
Celkem	1,546,000	

Tabulka 1: Počty a procenta pracovních míst v oblasti sociální péče⁴⁸

Z tohoto srovnání vyplývá, že více než tři čtvrtiny zaměstnanců v oblasti sociální péče pracují v soukromém či neziskovém sektoru. Následující graf ukazuje i rozdělení zaměstnanců v soukromých a neziskových organizacích.



Graf 2: Rozdělení zaměstnanců v soukromých a neziskových organizacích⁴⁹

2.1.7 Způsoby financování sociální péče v Anglii

Důležité pro pochopení fungování systému sociální péče v Anglii jsou i údaje ukazující způsob financování sociální péče. Místní úřady jsou odpovědné svým místním voličům,

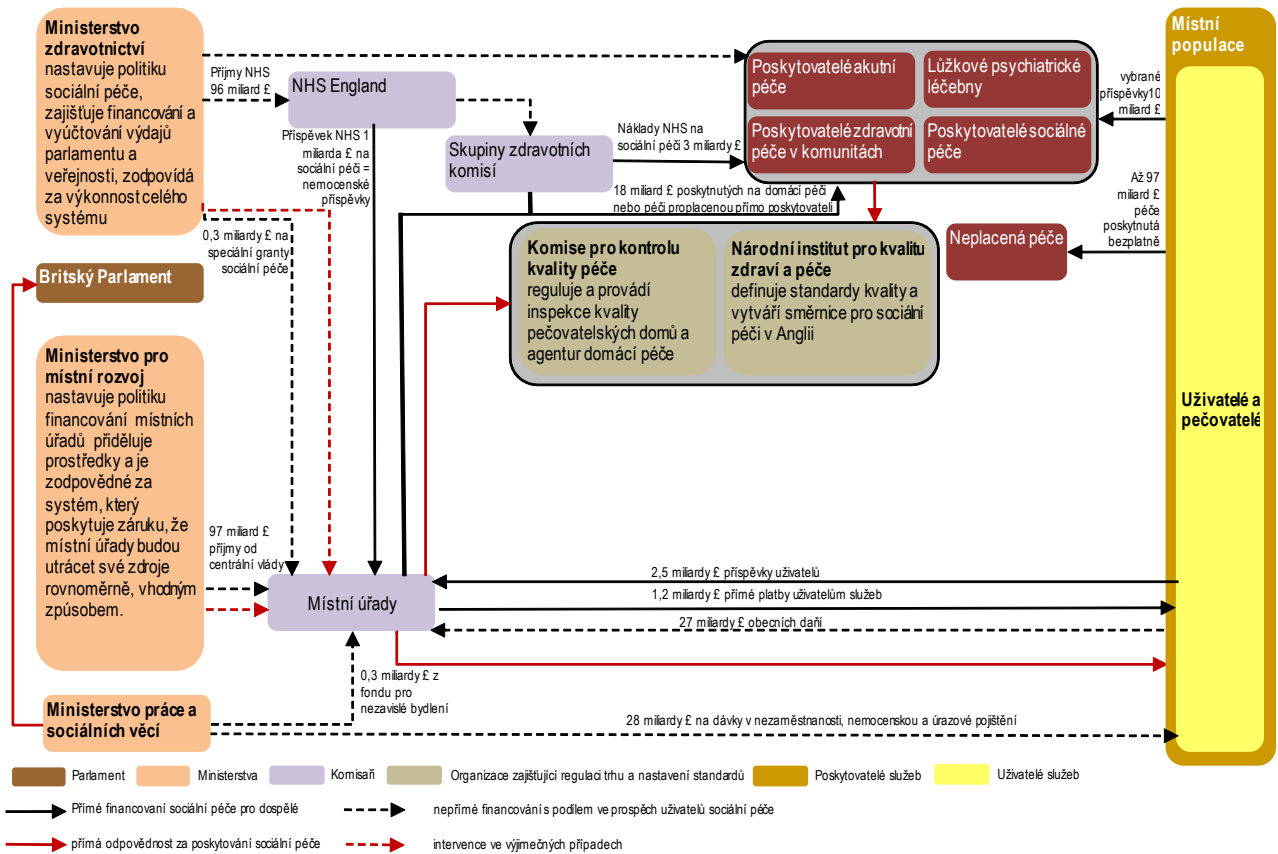
⁴⁷ <http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/NMDS-SC,-workforce-intelligence-and-innovation/NMDS-SC/Size-and-structure/Size-and-structure-report-2015.pdf>, ze dne 28.10.2015

⁴⁸ <http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/NMDS-SC,-workforce-intelligence-and-innovation/NMDS-SC/Size-and-structure/Size-and-structure-report-2015.pdf>, ze dne 28.10.2015

⁴⁹ <http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/NMDS-SC,-workforce-intelligence-and-innovation/NMDS-SC/Size-and-structure/Size-and-structure-report-2015.pdf>, ze dne 28.10.2015

zatímco orgány ústřední státní správy dohlížejí na centrálně distribuované financování. Financování a odpovědnost za náklady a kvalitu sociální péči pro dospělé jsou komplexní.⁵⁰

Sociální péče pro dospělé zahrnuje komplexní síť odpovědností a finančních toků



Obrázek 2: Kontrola a financování systému sociální péče v Anglii⁵¹

Tato opatření jsou čím dál tím komplikovanější v reakci na změny v tom, jak je péče poskytována a kdo za ni platí, např. v souvislosti se zavedením nového zákona (Care Act and Care Bill). Kromě financování místních úřadů ze strany ministerstva zdravotnictví a ministerstva pro místní rozvoj financuje ministerstvo zdravotnictví částečně také fondy péče a související služby, jako jsou úpravy bydlení, nebo přispívá neziskovým organizacím. Ministerstvo práce a sociálních věcí poskytuje finanční prostředky na péči a podporu prostřednictvím plateb dávek a benefitů.⁵²

⁵⁰ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 26.

⁵¹ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 27.

⁵² MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 26.

2.2 Současné modely péče o dospělé

V této kapitole se věnuji modelům péče o dospělé a povahou potřeb péče. Vysvětlím rovněž formální a neformální péči i v jaké míře a kým je poskytována a hrazena. Nastíním trendy a prognózy vývoje sociálních služeb v Anglii.

2.2.1 Povaha potřeb péče

Dospělý s potřebou sociální péče nemůže vykonávat běžné denní aktivity, jako je mytí, braní léků, vaření nebo nakupování bez podpory. Potřebná péče může mít krátkodobý, ale i dlouhodobý charakter, mnohdy je obtížné ji plánovat. Potřeba sociální péče může vzniknout vrozeným zdravotním postižením, úrazem, duševním onemocněním, např. demencí, zdravotním stavem, propuštěním z nemocnice po úrazu, nebo onemocněním neformálního pečovatele. Potřeby sociální péče a zdravotní péče se mohou překrývat a je často obtížné je rozlišit a definovat.⁵³

Centrální vláda určuje národní politiku sociální péče, zákonné povinnosti místních orgánů a objem finančních prostředků pro centrální orgány, z nichž většina není účelově vázána. Místní orgány stanoví priority a politiku na místní úrovni a také rozhodují, jak utratit prostředky poskytnuté ústřední vládou spolu s místními prostředky na provozování místních sociálních služeb. Místní úřady rozhodují, jak nejlépe naplnit potřeby a služby sociální péče o dospělé. Současná politika se zaměřuje na přizpůsobení pečovatelské služby konkrétním potřebám a přáním člověka.⁵⁴

V roce 2012 ministerstvo zdravotnictví oznámilo novou legislativu a návrh zákona (Care Act a Care Bill), které jsou navrženy tak, aby zjednodušily povinnosti místních úřadů a zavedly jejich nové povinnosti v oblasti sociální péče, založené na individuálních požadavcích. Návrh zákona navazuje na cíle ministerstva z roku 2010 a vychází z doporučení z hodnocení právního rámce a systému financování péči a podpory. Od roku 2015-16 se mění nové zákony o sociálních službách (Care Act a Care Bill) a způsob, jakým státní orgány posuzují a financování potřeby dospělých a jejich pečovatelů, včetně limitu příspěvků lidí na náklady spojené s potřebnou sociální péčí.⁵⁵ Podrobněji se o těchto procesech rozepisují v kapitole 4.2.

⁵³ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 12.

⁵⁴ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 12.

⁵⁵ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 12.

2.2.2 Neformální péče

Jak už jsem zmínila v úvodu kapitoly 2, většina sociální péče v Anglii je poskytována klientům neformálně prostřednictvím rodiny, přátel a sousedů, kteří poskytují osobní péči, praktickou pomoc a koordinují formální služby. Odhady hodnoty neformální péče se liší, ale dosahují téměř 100 miliard liber ročně. Počet neformálních pečovatелů se zvýšil mezi lety 2001 a 2011 až o 11 procent, ze 4,9 milionu na 5,4 milionu, a roste rychlejším tempem růstu, než je populační růst ve všech regionech s výjimkou Londýna. Pečovatelé také poskytují tuto péči intenzivněji: v roce 2011 36 procent pečovatелů strávilo péči 20 hodin a více za týden, oproti 31 procentům v roce 2001. Více než každý pátý pečovatel je nyní ve věku 65 let a více, a tento podíl se zvyšuje.⁵⁶

Místní úřady podporují neformální pečovatele prostřednictvím rad a informací. Úřady nabízejí respitní péči těm, kteří poskytují mnohahodinovou péči pravidelně. Nabízejí také platby pečovatелům, aby si sami nakoupili služby, jako je poradenství, volnočasové aktivity nebo pomoc s domácími pracemi. Počet neformálních pečovatелů užívajících některou z těchto služeb místních úřadů poklesl dle provedeného průzkumu z 387,000 v letech 2009-10 na 354,000 v letech 2012-13, což představuje přibližně každého patnáctého pečovatele.⁵⁷

V květnu 2013 obdrželo 545,000 pečovatелů (okolo 10 procent všech pečovatелů) pečovatelský příspěvek, který se vyplácí pečovatелům s nízkými příjmy, kteří poskytují alespoň 35 hodin péče týdně. Od zavedení nového zákona o sociálních službách se očekává, že vytvoří povinnost pro místní úřady, aby provedly hodnocení potřebnosti pečovatелů a donutily je schválit oprávněné požadavky pečovatелů na podporu. Detailně se budu tímto zabývat v kapitole 4.2.

2.2.3 Formální péče

Služby formální péče jsou hrazeny místními úřady nebo uživatelem. Existuje popis celé škály služeb. Mezi nejběžnější služby patří⁵⁸:

- **Domácí péče**

Pomáhá s osobními úkony seniora doma, nebo s nákupy a volnočasovými aktivitami

- **Denní péče**

Dává příležitost socializovat se daleko od domova a poskytuje oddech pro neformální pečovatele.

⁵⁶ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London:National Audit office, 2014, s. 14.

⁵⁷ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London:National Audit office, 2014, s. 14.

⁵⁸ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 14.

- **Pečovateľské domy**

Pečovateľské domy poskytujú celodennú podporu v rezidenčnom prostredí, ktorá môže zahŕňať i ošetrovateľskú starostlivosť kvalifikovaných zdravotníckych sestier.

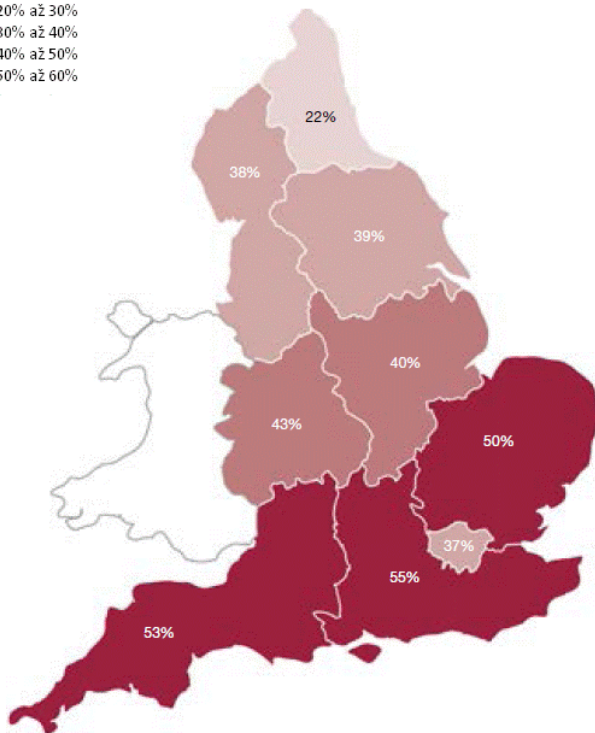
Existuje rada spôsobov, ako si formálnu starostlivosť hrať:

Samoplátcovia starostlivosť

Samoplátcovia sú osoby, ktoré nemajú nárok na úhradu starostlivosť od miestnych úradov vzhľadom na vlastné finančné prostriedky. Mohú si starostlivosť zakúpiť priamo od poskytovateľov služieb. V rokoch 2010-11 bol objem súkromne zakúpených starostlivosť bez zapojenia miestnych úradov celkom 10,2 mld libier. V roku 2010 si dle odhadov 339,000 dospelých zakúpilo vlastnú sociálnu starostlivosť. Z nich 170.000 si kúpilo miesto v pečovateľských domoch, čo predstavuje 45 percent miest v pečovateľských domoch. Rozsah samofinancovania sa značne líši v rôznych regiónoch Anglie (Obrázok 3).⁵⁹

Z obrázku je vidieť, že viac samoplátcov je v pečovateľských domoch na juhu než na severu

20% až 30%
30% až 40%
40% až 50%
50% až 60%



Obrázok 3: Podiel samoplátcov bydlícich v pečovateľských domoch, 2012⁶⁰

Starostlivosť hrazená miestnymi úradmi

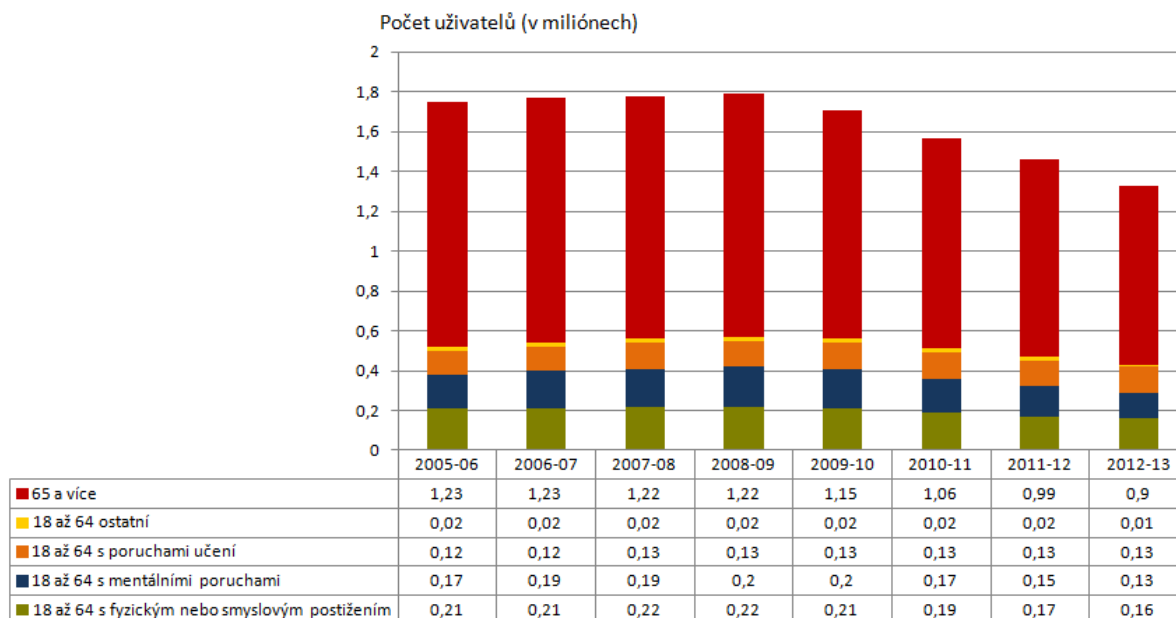
V rokoch 2012-13 miestne úrady objednali alebo zaplatili balíčky individuálnej starostlivosť a služby univerzálnej starostlivosť v celkovej hodnote 19 miliárd libier. Z toho miestne úrady zaplatili 77 percent, užívatelia služieb prispeli 13 percent a 10 percent platieb prišlo prostredníctvom

⁵⁹ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 15.

⁶⁰ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 15.

zdravotní péče (The National Health Service). Za poslední čtyři roky se počet dospělých, kterým byly místními úřady proplaceny individuální balíčky státem nebo místní samosprávou financovaných služeb, snížil (Graf 3).⁶¹

Počet dospělých využívajících státem financovanou péči klesl z asi 1,8 miliónu v letech 2008-09 na asi 1,3 miliónu v 2012-13



Graf 3: Dospělí využívající služeb sociální péče hrazené státem⁶²

Místní úřady nyní používají jednotná pravidla pro definici 4 kategorií potřeby péče, s cílem stanovit způsobilost žadatelů pro proplacení individuálních balíčků služeb: kritická, důležitá, střední nebo nízká potřeba. Místní orgány v současné době mohou zvolit, pro která pásma nastaví proplácení služeb. V rámci současné populace dospělých jich 87 procent (a 85 procent dospělých ve věku 65 let a více), žije v oblastech s místními úřady, které proplácejí péči pouze osobám, které mají důležitou nebo kritickou potřebu péče. Jedno procento seniorů (495.000) žije ve třech oblastech, kde místních úřady omezují přístup ke službám sociální péče i osobám s kritickými potřebami. Od zavedení nového zákona o sociálních službách se očekává, že povede ke sjednocení prahové hranice proplácení péče napříč všemi regiony.⁶³

Více než dvě třetiny dospělých v péči zprostředkované (hrazené) místními úřady je ve věku 65 let a více (Graf 3). Velký počet mladších uživatelů ve věku 18-64 má tělesné postižení, poruchy učení nebo mentální poruchu. Většina těchto uživatelů využívá neústavní péči ve vlastním domě nebo v komunitě. Naopak v pečovatelských domech je mnohem vyšší podíl seniorů a dospělých s poruchami učení.⁶⁴

⁶¹ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 16.

⁶² MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 16.

⁶³ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 17.

⁶⁴ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 17.

Hrazení formou dobrovolné péče

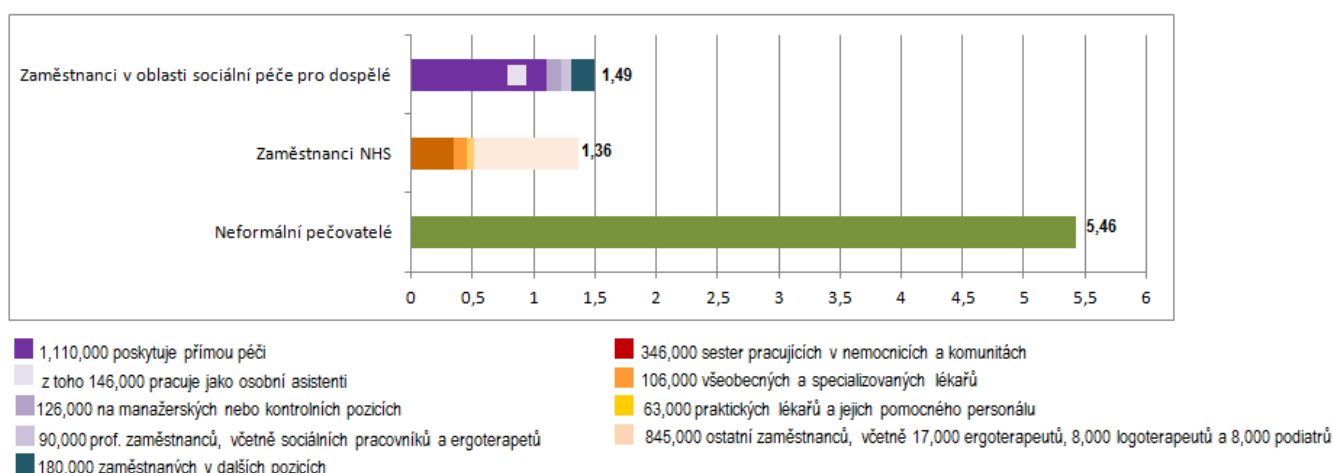
Dobrovolnický sektor je v Anglii velmi rozvinutý. V roce 2010-11 neziskový sektor uhradil péči v hodnotě 2,9 mld liber z vlastních zdrojů poskytovaných dárci a sponzory. Dalších 6,2 mld liber získal neziskový sektor od místních úřadů. To představuje téměř čtvrtinu činností dobrovolnického sektoru.⁶⁵

Hrazení péče přes NHS (The National Health Service)

The National Health Service dává jen malou část ze svého ročního rozpočtu 95,6 mld. liber na služby sociální péče. Pro osoby, které jsou při opuštění nemocnice posouzeny jako mající "primární lékařskou potřebu" sociální péče, NHS organizuje a financuje jejich péči, ať už v domácí prostředí nebo v pečovatelských domovech. Počet dospělých využívajících tuto péči se více než zdvojnásobil na 59,000 v období od března 2006 do března 2013. NHS rovněž financuje péči registrovaných zdravotních sester v pečovatelských domovech, nebo může spolufinancovat balíčky individuální péče společně s místními úřady. V roce 2007 ministerstvo zdravotnictví představilo národní pravidla, podle kterých by péči měla platit NHS, místní úřady nebo uživatelé. Nicméně rozdíly často nejsou jasné a mohou mít za následek nákladné diskuse a někdy i právní spory.⁶⁶

2.2.4 Zaměstnanci v sociálních službách

V Anglii pracuje 1,5 milionu lidí v oblasti sociální péče pro dospělé, z nichž 74 procent poskytuje přímou péči uživatelům služeb (Graf 4).⁶⁷



Graf 4: Zaměstnanci v sociálních službách⁶⁸

⁶⁵ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London:National Audit office, 2014, s. 17.

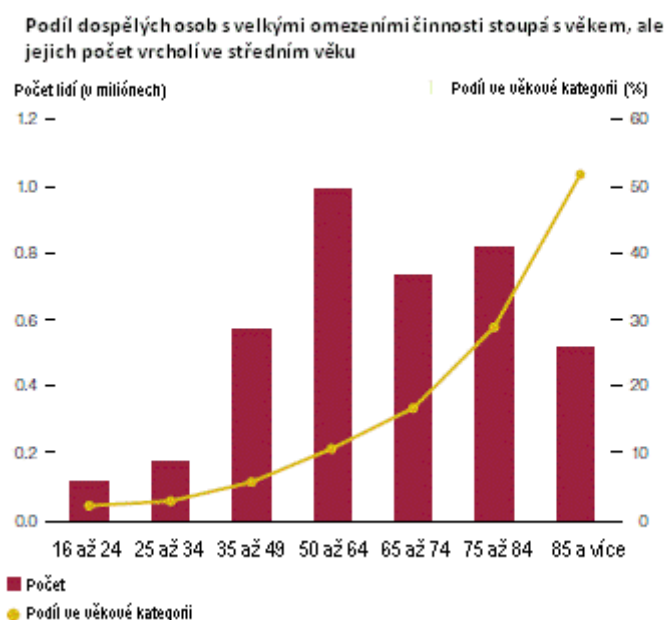
⁶⁶ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London:National Audit office, 2014, s. 17.

⁶⁷ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London:National Audit office, 2014, s. 17-18.

⁶⁸ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 18.

2.2.5 Rozsah potřebné péče

Většina dospělé populace v Anglii je zdravá a nemá potřebu péče, ale dlouhodobá omezení jsou častá a postihují dospělé všech věkových kategorií. Potřebnou péči může být obtížné plánovat a může být krátkodobá, dlouhodobá, nebo trvalá. V roce 2011 při sčítání lidu 9 procent dospělých uvedlo, že jejich každodenní činnosti byly omezeny, často z důvodu věku nebo dlouhodobého zdravotního problému či zdravotního postižení. Tento podíl vzroste na více než polovinu pro osoby ve věku 85 a více, a pohybuje se od 43 procent do 64 procent dle regionu. Věková skupina s největším počtem dospělých osob s omezením činnosti je 50 až 64 let. Asi třetina dospělých ve věku 65 a více let hovoří o potřebě pomoci s alespoň jednou z aktivit každodenního života, a kolem čtvrtiny z nich potřebuje pomoc při vycházení a scházení po schodech, což je zároveň nejčastěji hlášené omezení (Graf 5).⁶⁹



Graf 5: Počty a podíl dospělých s každodenním omezením⁷⁰

Starší ženy mají vyšší potřeby sociální péče, než je tomu u starších mužů ve stejném věku, a je větší pravděpodobnost, že nedostávají potřebnou péči. Ženy rovněž početně převyšují muže mezi neformálními pečovateli. 36 procent žen ve věku 65 a více let hovoří o potřebě pomoci s alespoň jednou z aktivit každodenního života, ve srovnání s 27 procenty mužů. Ženy nad 65 let tvoří 67 procent uživatelů služeb místních úřadů, ve srovnání s padesáti procenty uživatelů ve věku 18 až 64 let.⁷¹

⁶⁹ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 18.

⁷⁰ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 19.

⁷¹ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 19.

Pro mladší lidi mohou potřeby péče vést k dalším obtížím, například udržení zaměstnání. Více než polovina dospělých s dlouhodobým zhoršením zdravotního stavu tvrdí, že jejich zdravotní stav je překážkou druhu nebo množství práce, které mohou dělat.⁷²

Prevalence většiny dlouhodobých onemocnění a zdravotních postižení, včetně demence, cukrovky a rakoviny, stoupá s věkem, deprivací a sociální izolací. Poruchy duševního zdraví se vyskytují čteněji s klesajícím sociálně-ekonomickým postavením. Ve srovnání s absolventy vysokých škol mají nekvalifikovaní dospělí o 60 procent vyšší výskyt dlouhodobých onemocnění. Sociální izolace je spojena s vyšším počtem dlouhodobých onemocnění. U lidí, kteří žijí sami, je méně pravděpodobné, že vyhledají lékařskou pomoc při rozvoji zdravotních problémů. Život o samotě je častější u starších žen než u starších mužů a stoupá s věkem. Ve věku 80 až 84 let přibližně polovina lidí žije sama.⁷³

2.2.6 Trendy a prognózy sociálních služeb

Délka života se prodloužila, ale vzrostl také počet lidí se zdravotním omezením. Podíl a počet starších lidí, kteří uvádějí, že jejich denní aktivity jsou omezeny, se od roku 1991 zvýšil (Graf 6). Celková dospělá populace vzrostla mezi lety 2001 a 2011 o 10 procent, a počet dospělých ve věku nad 65 let vzrostl o 11 procent, ale počet lidí ve věku 85 a více let vzrostl ve stejném období o 24 procent. Více seniorů se dnes potýká se zdravotními omezeními, což vytváří vyšší a komplexnější nároky na rozsah a kvalitu poskytovaných služeb.⁷⁴

Lepší zdravotní péče znamená, že více nemocných a zdravotně postižených dětí dosáhne dospělosti a více nemocných a postižených dospělých žije déle. To zároveň znamená, že potřeba sociální péče pro seniory, ale i pro nižší věkové kategorie, stoupá. Počet dospělých s vrozenými vadami je obtížné odhadnout. Některé faktory zvyšují výskyt a složitost vrozených vad u dospělých. Například děti s těžkými vrozenými vadami mají dnes mnohem vyšší šanci přežít, stejně jako děti se závažným poškozením mozku. Na druhou stranu existuje řada faktorů snižujících počet dětí narozených s vrozenými vadami, například zlepšený prenatální screening Downova syndromu.⁷⁵

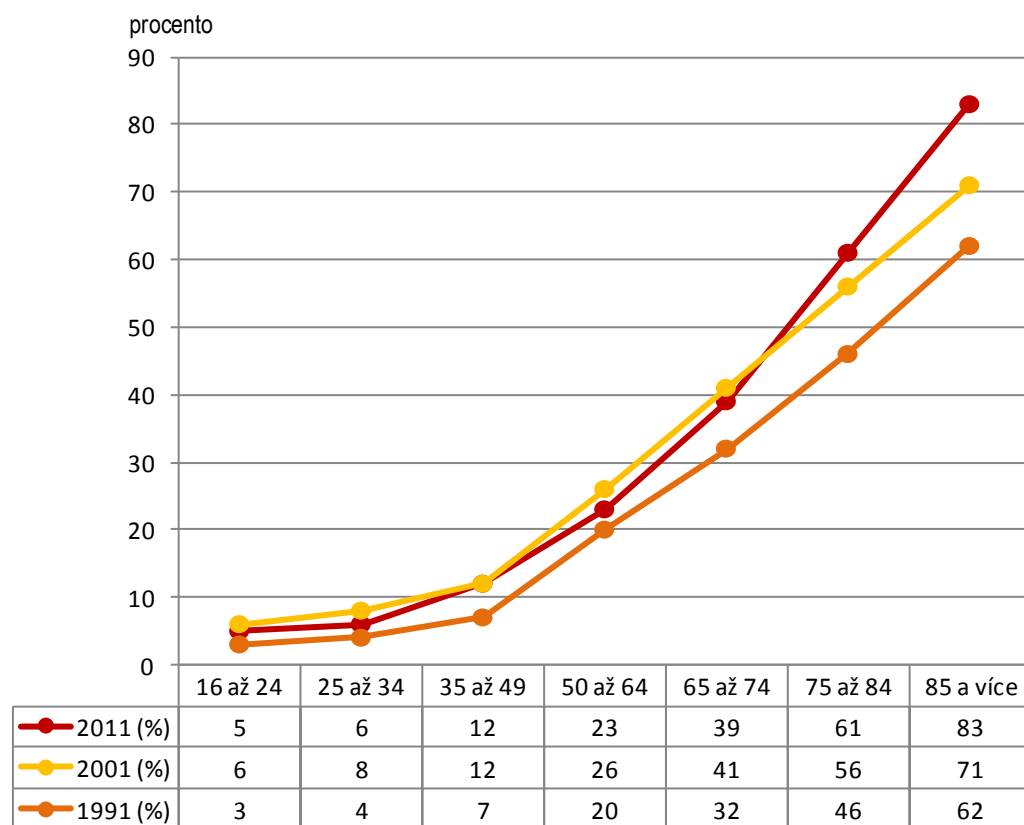
⁷² MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 19.

⁷³ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 20.

⁷⁴ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 20.

⁷⁵ MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 20.

Více dospělých v nejstarších věkových kategoriích je výrazně omezeno ve své každodenní činnosti



Graf 6: Trend v omezení aktivity podle věkových kategorií⁷⁶

Jak je vidět z této a předcházející kapitoly, obecný systém péče v Anglii je velmi závislý na dobrovolnické péči a soukromém financování péče. Úroveň rozhodování je až na výjimky převedena na úroveň místních úřadů. To na jedné straně umožňuje úřadům značné množství autonomie a zaměření se na lokálně potřebné služby, na druhou stranu nejsou potřeby žadatelů o služby sociální péče uspokojovány stejně v různých regionech. Vláda se snaží tento problém řešit novým zákonem o sociálních službách (Care Act a Care Bill), který by měl sjednotit postupy a kritéria pro žadatele ve všech regionech. To se týká i služeb zaměřených na osoby s demencí. V dalších kapitolách se již konkrétně věnuji definici demence a službám pro osoby s demencí.

⁷⁶MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, s. 21.

3 Demence

V této kapitole bych chtěla čtenáře uvést do problematiky osob trpících demencí. Nejprve vysvětlím pojem demence a její rizikové faktory, dále se budu zabývat způsoby léčby osob trpících demencí, včetně krátkého pohledu na jejich historický vývoj. Závěrem se zaměřím na paliativní péči a poslední podkapitolu věnuji přístupu orientovanému na člověka.

3.1 Vymezení pojmu demence

„Demence je obecný termín označující celkový úbytek rozumových schopností a duševní bystrosti způsobené nemocí nebo poraněním mozku. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova nemoc“⁷⁷.

Jinou definici demence můžeme najít v literatuře dle Jiráka, Holmerové, Borzové: „Demence jsou poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních (poznávacích) funkcí (funkcí, které zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci se zevním prostředím, cílené chování). Mezi tyto funkce náleží kromě paměti pozornost, vnímání, řečové funkce (schopnost tvorby řeči i schopnost porozumění řeči), tzv. exekutivní (výkonné) funkce – schopnost být motivován k určité činnosti, tuto účelnou činnost naplánovat, provést a zpětně zhodnotit, funkce zajišťující účelné jednání a další. Celková úroveň kognitivních funkcí se obvykle označuje jako inteligence“⁷⁸.

Základními symptomy demence jsou dle Glennera:

Problémy s percepcí

Pod slovem percepcie chápeme to, co nás obklopuje, a jsme schopni to interpretovat. Obsahuje naše chápání věcí kolem sebe, které jsou vnímány především prostřednictvím zraku, sluchu, hmatu a čichu. Lidé postižení demencí nejsou schopni interpretovat, co vidí či slyší, dotýcný nepoznává známé předměty ani prostředí.⁷⁹

Problémy s rozsahem pozornosti

Jedná se o dobu, po kterou se dokážeme soustředit na nějakou konkrétní činnost. Lidé postižení demencí často nedokážou dokončit činnost, kterou započali. Obvykle je zapotřebí jim připomínat, co chtěli udělat.⁸⁰

⁷⁷ GLENNER A. J. a kol. *Péče o člověka s demencí*, 1. vyd. Praha: Portál, 2012, s. 9.

⁷⁸ JIRÁK R., HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ C. *Demence a jiné poruchy Komunikace a každodenní péče*, Praha: Grada Publishing, 2011, s. 11.

⁷⁹ GLENNER A. J. a kol. *Péče o člověka s demencí*, 1. vyd. Praha: Portál, 2012, s. 12.

⁸⁰ GLENNER A. J. a kol. *Péče o člověka s demencí*, 1. vyd. Praha: Portál, 2012, s. 13.

Problémy s řečovými schopnostmi

Řečové schopnosti jsou rozděleny na receptivní a produktivní schopnosti. Receptivní schopnosti vnímáme jako řečovou schopnost, která nám dává možnost přijmout a pochopit smysl informací jak v ústní, tak v písemné podobě. Produktivní schopnost je schopnost předat informace druhým, ať už se jedná o ústní či písemnou formu.⁸¹

Problematická paměť

Pokud hovoříme o paměti, je nutné zmínit, že má tři fáze: uvědomování, uchovávání a vybavování. Pokud si něco neuvědomujeme, nemůžeme si to jednoduše ani zapamatovat a posléze ani vybavit nebo tuto informaci v hlavě vyhledat. Špatnou paměť mají osoby s nízkou koncentrací pozornosti.⁸²

Ovládání emocí

Jedinec, který se dokáže ovládat v běžném životě, si zachovává uvolněnost a nadhled, klid. Negativní emoce většinou drží pod pokličkou (samozřejmě ne úplně vždycky). Lidé s demencí mají v této oblasti problémy. Často mohou trpět např. úzkostí, když se jim partner nepatrně vzdálí z dohledu.⁸³

Narušené vnímání, uvažování a úsudek

Úsudek lze definovat jako schopnost složitějšího myšlení s cílem nalezení jistého závěru. Lidé postižení demencí nejsou schopni zaujímat racionální stanoviska a nemají schopnosti dojít k racionálnímu závěru.⁸⁴

3.2 Rizikové faktory demence

V dnešní době jsou onemocnění způsobující demenci prozkoumána dost podrobně, jsou nám již známy procesy, které mají na vzniku demence svůj podíl. U drtivé většiny případů nám ovšem není známa příčina onemocnění vedoucích k demenci. U onemocnění degenerativních např. Alzheimerova choroba, nemoc s Lewyho tělisky, nebo vaskulární demence je zjištěno, že ve většině případů jsou důsledkem aterosklerotického postižení mozkových cév. Existují jasné společné rizikové faktory jak pro cévní, tak pro degenerativní onemocnění. I když nedokážeme přesně prokázat, jaké faktory demenci skutečně způsobují, existuje již hodně poznatků, popisujících **rizikové faktory demence**.⁸⁵

⁸¹ GLENNER A. J. a kol. *Péče o člověka s demencí*, 1. vyd. Praha: Portál, 2012, s. 13.

⁸² GLENNER A. J. a kol. *Péče o člověka s demencí*, 1. vyd. Praha: Portál, 2012, s. 14.

⁸³ GLENNER A. J. a kol. *Péče o člověka s demencí*, 1. vyd. Praha: Portál, 2012, s. 14.

⁸⁴ GLENNER A. J. a kol. *Péče o člověka s demencí*, 1. vyd. Praha: Portál, 2012, s. 15.

⁸⁵ HOLMEROVÁ I., JAROLÍMOVÁ E., SUCHÁ J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Gerontologické centrum, 2007, s. 12.

Nejdůležitější rizikový faktor je **věk**, v podstatě se demence může projevit v jakémkoliv věku, ale onemocnění demencí před 60. rokem je spíše vzácností. S vyšším věkem se riziko tohoto onemocnění zvyšuje.⁸⁶

Dalším významným rizikovým faktorem demence je **historie rodiny**. Ti, kteří mají v rodině rodiče nebo sourozence s touto chorobou, mají větší pravděpodobnost vzniku onemocnění. Riziko se zvyšuje, pokud jde o více než jednoho nemocného člena rodiny. Při onemocnění hraje roli buď dědičnost (genetika), nebo faktory životního prostředí. V určitých případech mohou hrát roli oba dva faktory.⁸⁷

Některé studie hovoří o **vzdělání** a to ve spojení převážně s Alzheimerovou chorobou, což je jedna z častých příčin demence. Je méně častá u osob s vyšším vzděláním. Není ovšem jasné, zda jde o vzdělání samotné či socioekonomický status.⁸⁸

Mezi významné rizikové faktory řadíme **cévní mozkové příhody a vaskulární onemocnění**. Demence se rozvine až u jedné třetiny osob, které prodělaly cévní a mozkovou příhodu. Jako rizikový faktor jsou zmiňovány i kouření a alkohol. Vliv alkoholu může být důsledkem přímého toxického působení, ale i sekundárního nedostatku vitamínů a živin u alkoholiků.⁸⁹

Demence se často vyskytuje i v důsledku častých **poranění hlavy** například u boxerů. Některé studie ukázaly, že v anamnéze pacientů s demencí se úrazy hlavy vyskytují 2 x častěji než ve zbytku populace. Jedná se zejména o poranění hlavy, kdy je ztráta vědomí více než 15 minut. V poslední řadě literatura zmiňuje užívání protizánětlivých léků a také hormonální substituční léčbu, deprese, ale i infekční onemocnění jako syfilis, AIDS apod.⁹⁰

Jako **eliminace rizikových faktorů vzniku demence** se naopak uvádí **tělesná a duševní aktivita**. Lidé, kteří se více věnují mentálním a společenským aktivitám, v mnohem menší míře onemocní demencí. Jako velmi účinné je zmiňováno učení se stále novým věcem, vedení kulturního, společenského života a fyzická aktivita.⁹¹

⁸⁶ HOLMEROVÁ I., JAROLÍMOVÁ E., SUCHÁ J. a kol., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Gerontologické centrum, 2007, s. 12.

⁸⁷ NATIONAL COLLABORATING CENTER FOR MENTAL HEALTH., *Dementia, A NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care*, Leicester: Published by The British Psychological Society and Gaskell, 2007, s.19.

⁸⁸ HOLMEROVÁ I., JAROLÍMOVÁ E., SUCHÁ J. a kol., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Gerontologické centrum, 2007, s. 13.

⁸⁹ HOLMEROVÁ I., JAROLÍMOVÁ E., SUCHÁ J. a kol., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Gerontologické centrum, 2007, s. 13.

⁹⁰ HOLMEROVÁ I., JAROLÍMOVÁ E., SUCHÁ J. a kol., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Gerontologické centrum, 2007, s. 13-14.

⁹¹ HOLMEROVÁ I., JAROLÍMOVÁ E., SUCHÁ J. a kol., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Gerontologické centrum, 2007, s. 14.

3.3 Léčba osob trpících demencí v Anglii

Demence je ve Spojeném království, tudíž i v Anglii celkově jedním z nejrozšířenějších onemocnění a potvrzují to i následující číselné údaje⁹²:

- 800 000 - počet lidí s demencí ve Spojeném království;
- 1,7 mil. - odhadovaný počet lidí, kteří budou trpět demencí v roce 2051;
- 1/3 – podíl lidí ve věku nad 65 let, u kterých se předpokládá rozvinutí demence
- 62 % - poměr lidí nemocných demencí, jež je způsobena Alzheimerovou chorobou;
- 23 miliard £ – náklady na onemocnění demence ve Spojeném království;
- 8 miliard £ – hodnota práce vykonané pečovateli ve Spojeném království.

Péče a služby pro osoby trpící demencí a jejich rodiny prošla v Anglii od 70. let 20. století výrazným vývojem. Dříve byla demence považována za nevyhnutelný důsledek stárnutí a nejčastější dostupnou službou bylo umístění ve veřejných institucích. Zatímco kvalitativní rozdíly mezi stárnutím a demencí nejsou přijímány univerzálně, v západním lékařství je demence nyní považována za něco jiného než stárnutí. Téměř 30 let se poukazyvalo na to, že péče musí pokrýt potřeby osob trpících demencí a jejich rodin od diagnózy až po úmrtí. Navzdory těmto názorům nebyla v Anglii tato péče dostupná a bylo třeba se dohodnout na určitých standardech, které by ošetřily tuto problematiku.⁹³

Z tohoto důvodu Národní institut pro zdraví a klinickou odbornost (National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE) a Odborný institut sociální péče (Social Care Institute for Excellence - SCIE) v roce 2006 v Anglii vytvořily návod pro takovou péči s názvem „Demence: podpora osob trpících demencí a těch, kteří o ně pečují, v oblasti zdravotní a sociální péče“ (Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care). Tento návod je reakcí na zprávu Audit Commission (2000) s názvem Forget-me-not (Pomněnka), která uvádí podrobnosti o různorodosti poskytování zdravotní a sociální péče starším osobám s duševními poruchami a která byla aktualizována v roce 2002.⁹⁴

⁹² ATKINS, S., *First Steps to living with Dementia*, 1. vyd. Oxford:Lion Books, 2013, s.12.

⁹³ SMALL N., FROGGAT K., DOWNS M., *Living and dying with dementia*, King's Lynn: Biddles Ltd., 2007, s. 60.

⁹⁴ SMALL N., FROGGAT K., DOWNS M., *Living and dying with dementia*, King's Lynn: Biddles Ltd., 2007, s. 60.

System státních služeb pro starší osoby (National Service Framework for Older People) Ministerstva zdravotnictví (2001) popisuje strategický plán s metodologií, jak měřit účinnost reformy zdravotních a sociálních služeb, stanovuje státní standardy péče a definuje modely služeb. Evropská síť dohody o demenci (European Dementia Consensus Network - EDCON) doporučila vytvoření a používání standardů kvality pro různé druhy péče po celé Evropě a zdůraznila, že je třeba, aby tyto standardy zohlednily hledisko osob trpících demencí a jejich rodin.⁹⁵

Rozvoj péče o osoby trpící demencí a jejich rodiny může být vysledován napříč historií jak v oblasti podpory ze strany členů rodiny, inovativních praktických lékařů a různorodých profesních skupin, tak i v rozvoji péče o osoby trpící demencí v Anglii. Zaměřuje se i na úsilí klinické medicíny, která poskytuje dominantní systémový pohled na demenci – především geriatrickou medicínu, psychogeriatricii a geriatrickou neuropsychiatricii – a na hlavní zásady a praktiky přístupu k péči orientované na člověka.⁹⁶

3.3.1 Klinická medicína

V Anglii ovlivnily specializace geriatrické medicíny a psychogeriatricie rozvoj péče o osoby trpící demencí.⁹⁷

Geriatrická medicína

Geriatrická medicína (geriatricie) je odvětví obecného lékařství, které se zabývá klinickými, preventivními, rehabilitačními a sociálními aspekty chorob, kterými trpí starší lidé. Jejich vysoká míra úmrtnosti, odlišné vzorce projevů chorob, pomalejší reakce na léčbu a nároky na sociální podporu vyžadují speciální lékařské schopnosti.⁹⁸

Cílem současného poskytování geriatrických služeb starším lidem je napravit problémy a zajistit maximalizaci fyzických funkcí. National Service Framework for Older People Ministerstva zdravotnictví (2001) doporučuje, aby péče o seniory zajistila setrvání v domácím prostředí, a prosazuje rozvoj prostředí intermediární péče, kde mohou lidé získat intenzivní podporu, která maximalizuje jejich schopnosti a pomůže jim vrátit se domů po období akutní

⁹⁵ SMALL N., FROGGAT K., DOWNS M., *Living and dying with dementia*, King's Lynn: Biddles Ltd., 2007, s. 60.

⁹⁶ SMALL N., FROGGAT K., DOWNS M., *Living and dying with dementia*, King's Lynn: Biddles Ltd., 2007, s. 61.

⁹⁷ SMALL N., FROGGAT K., DOWNS M., *Living and dying with dementia*, King's Lynn: Biddles Ltd., 2007, s. 61.

⁹⁸ SMALL N., FROGGAT K., DOWNS M., *Living and dying with dementia*, King's Lynn: Biddles Ltd., 2007, s. 61.

nemoci nebo traumatu. Geriatrická medicína se svým zaměřením stala rehabilitační, kdy podporuje starší osoby, aby znovu získaly a udržely si schopnost být samostatní.⁹⁹

Psychogeriatric

V Anglii se psychiatrie seniorů, která se také často nazývá psychogeriatric, vyvinula na konci 70. let 20. století a jejím cílem bylo posoudit, léčit a řešit duševní problémy u seniorů žijících v domácím prostředí nebo v různých institucích. Tato specializace se zrodila ze zkušeností psychiatrů, že vysoké procento jejich klientů byli starší lidé, i ze zkušenosti geriatrů, že vysoké procento jejich pacientů má duševní problémy, především zhoršení poznávacích schopností. Psychogeriatric v Anglii kombinuje znalosti o léčbě pomocí léků s „psychosociálním a psychoterapeutickým přístupem“, přičemž využívá širokou škálu schopností a odborných znalostí včetně lékařství, především sociálního lékařství, rodinné dynamiky, psychologického a neurologického testování a klinického důvtipu. Jsou popisovány principy léčby osob v seniorském věku, které zahrnují posouzení přímo v domácím prostředí a spolupráci s jinými odborníky včetně zdravotních sester, sociálních pracovníků a praktických lékařů z oblasti geriatrické medicíny i primární péče.¹⁰⁰

Služby, které poskytuje psychogeriatric, převzaly vedení v oblasti posouzení, diagnózy a péče o osoby trpící demencí. Tento model péče se rozšířil do jiných částí světa. Spolu s geriatry hrají psychiatři seniorů klíčovou roli ve vývoji klinik zaměřených na paměť, které poskytují posudky, informace, léčbu, vzdělávání a výzkum. Mnoho takových klinik bylo založeno v posledních desetiletích, přičemž nárůst jejich počtu může být částečně připsán dostupnosti léků pro léčbu demence a návodu vytvořeném Ministerstvem zdravotnictví (2001). Kvalita poskytovaných služeb je přezkoumávána a stejně tak i vývoj podkladů pro důkazy o jejich efektivitě při zlepšování kvality života osob s demencí.¹⁰¹

Přes velký pokrok, jenž byl v rámci výzkumů učiněn, se stále osoby s demencí potýkaly s nepříznivými faktory jako pozdní diagnóza a neschopnost diagnózu dotyčnému sdělit. Tento fakt vedl Ministerstvo zdravotnictví (2001) k tomu, že se na tuto oblast zaměřilo jako na klíčovou oblast pro rozvoj služeb v Anglii. Sdělení diagnózy je už nějakou dobu v oblasti léčby demence citlivým tématem. Až do nedávna se situace podobala tomu, co jsme mohli vidět v 50. letech 20. století u rakoviny. Rakovina v té době a demence nyní mohou být charakterizovány jako choroby, jejichž název se lidé bojí vyslovit. O výhodách a nevýhodách

⁹⁹ SMALL N., FROGGAT K., DOWNS M., *Living and dying with dementia*, King's Lynn: Biddles Ltd., 2007, s.62-63.

¹⁰⁰ SMALL N., FROGGAT K., DOWNS M., *Living and dying with dementia*, King's Lynn: Biddles Ltd., 2007, s. 63-64.

¹⁰¹ SMALL N., FROGGAT K., DOWNS M., *Living and dying with dementia*, King's Lynn: Biddles Ltd., 2007, s. 65.

prozrazení takové diagnózy se diskutuje od počátku 90. let. Lidé trpící demencí chtějí svou diagnózu vědět. Kdysi rodiny nechtěly, aby jejich příbuznému lékaři diagnózu sdělovali, ovšem v dnešní době již příbuzní i nemocní upřednostňují sdělení pravdy o onemocnění.¹⁰²

Jedním z argumentů proti stanovení a prozrazení diagnózy demence je obava, že lidé trpící demencí budou zažívat negativní důsledky psychiatrické nálepky. Mezi takové důsledky patří stigma, zatlačení diagnózy do pozadí a diskriminace. Pokud je diagnóza zatlačena do pozadí, důsledkem je, že cokoliv osoba s takovou diagnózou udělá nebo řekne, je připsáno jejímu psychickému stavu. Psychiatrické nálepky jsou proto kritizovány, neboť vedou k důsledkům, které mohou být stejně škodlivé, jako samotný dopad této choroby.¹⁰³

Geriatrická neuropsychiatrie

Stejně jako psychogeriatric se geriatrická neuropsychiatrie zabývá posouzením a léčbou psychických problémů spojených s neurologickými chorobami vyššího věku včetně demence. Tato disciplína je na vzestupu a od psychogeriatric se odlišuje stupněm zdůraznění biologického nebo neurologického základů symptomů. Geriatrická neuropsychiatrie jako taková je jedním ze zdrojů poznatků využívaných v psychogeriatric v průběhu péče o seniora trpícího demencí. Geriatrická neuropsychiatrie, a obecněji i neuropsychiatrie jako taková, výrazně přispěla k rozvoji znalostí o demenci pomocí propojení se základní vědou a využitím farmak k léčbě choroby i příznaků, a řízením psychiatrických aspektů neurologického onemocnění. Ačkoliv i tento přínos má své kritiky, zahrnuje například objasnění hlavních podtypů demence, podrobné popsání behaviorálních a psychologických symptomů demence a využívání farmak k léčbě kognitivních, behaviorálních i psychologických symptomů demence.¹⁰⁴ Neuropsychiatrie nahlíží na behaviorální a psychologické symptomy jako na víceméně nedílnou součást mnoha chorob, které tvoří základ demence. Behaviorální a psychologické symptomy demence (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia - BPSD), zahrnují „změny osobnosti, klamy, halucinace, náladovost, poruchy neurovegetativních funkcí (např. chuť k jídlu a spánek) a nepříjemné chování“. Tyto psychologické a behaviorální symptomy jsou považovány za projev specifických skrytých

¹⁰² SMALL N., FROGGAT K., DOWNS M., *Living and dying with dementia*, King's Lynn: Biddles Ltd., 2007, s. 65.

¹⁰³ SMALL N., FROGGAT K., DOWNS M., *Living and dying with dementia*, King's Lynn: Biddles Ltd., 2007, s. 65.

¹⁰⁴ SMALL N., FROGGAT K., DOWNS M., *Living and dying with dementia*, King's Lynn: Biddles Ltd., 2007, s. 65 – 66.

patologií v konkrétních oblastech mozku a hlavně za něco, „co je odlišné od reakce člověka na jeho zhoršující se schopnosti“.¹⁰⁵

Léčba kognitivních a nekognitivních symptomů pomocí farmak

Neuropsychiatrie je nejčastěji spojována s aplikací farmak, které mají léčit symptomy demence – jak kognitivní, tak i behaviorální a psychologické symptomy. Dostupnost medikace k léčbě kognitivních symptomů je poměrně novým fenoménem. V Anglii, na rozdíl od předchozích pokynů, nyní NICE/SCIE (2006) doporučuje použití tří acetylcholinových inhibitorů (donezepil, galantamin a rivastigmin) jako možnosti, jak léčit osoby trpící demencí mírné intenzity. Předchozí pokyny doporučovaly jejich použití pro osoby v raném stádiu této choroby. Předepsat je musí lékař, který se specializuje na léčbu seniorů, a jejich předepisování musí být každých šest měsíců znovu posouzeno.¹⁰⁶

3.4 Péče orientovaná na člověka

Péče orientovaná na člověka je v případě osob trpících demencí široce používána. Pokyny NICE/SCIE (2006) týkající se léčby demence usilují o to, aby se zásady péče zaměřené na člověka odrážely v jejich doporučeních, přičemž uznávají, že taková péče tvoří základ správných postupů v dané oblasti. Péče zaměřená na člověka se zrodila z deziluze založené na omezeních bio-medicínského přístupu k péči. Medicína se téměř výhradně zaměřuje na léky a zanedbává ty, jejichž stav není léčitelný. Toto opomíjení ze strany lékařské profese poskytlo Tomu Kitwoodovi (zakladateli přístupu, který byl inspirovaný C. Rogersem) morální argument, proč představit alternativní „proces“ demence – dialektický model – a alternativní přístup k péči: péči orientovanou na člověka.¹⁰⁷

Mezi základní znaky péče orientované na člověka patří¹⁰⁸:

- potvrzuje hodnotu člověka a jeho života, bez ohledu na zdravotní postižení;
- uznává, že lidé se mohou aktivně vyrovnávat s demencí;
- snaží se minimalizovat dopad kognitivních, funkčních a behaviorálních postižení na kvalitu života;

¹⁰⁵ SMALL N., FROGGAT K., DOWNS M. *Living and dying with dementia*, King's Lynn: Biddles Ltd., 2007, s. 70.

¹⁰⁶ SMALL N., FROGGAT K., DOWNS M. *Living and dying with dementia*, King's Lynn: Biddles Ltd., 2007, s. 70-71.

¹⁰⁷ SMALL N., FROGGAT K., DOWNS M. *Living and dying with dementia*, King's Lynn: Biddles Ltd., 2007, s. 70-71.

¹⁰⁸ EPP, T. *Person-centred Dementia Care A vision to be Refined*, [online] The Canada Disease Review. 2003, April, [30.1.2016]. Dostupné z http://www.livingdementia.com/downloads/docs/person-centered_dementia_care.pdf, s. 14-17

- pojmenovává fyzické, emocionální, duchovní a sociální aspekty života;
- uznává důležitost osobní životní historie;
- trvá na tom, že každý člověk je považován za individuální osobnost;
- uznává, že rodina a personál hrají klíčovou úlohu při udržování kvality života;
- uznává, že rodina a pečovatelský personál potřebují podporu.

Péče orientovaná na člověka je založená na přesvědčení, že lidé s demencí mohou žít plnohodnotný život. Pohled na demenci by neměl být zúžen pouze na důsledky neuropatologického postižení, ale měl by obsahovat kombinaci faktorů, včetně individuální osobnosti pacienta, životopisu, fyzického zdraví, neurologických změn a sociální psychologie. V posledních letech stále roste popularita tohoto přístupu. Důkazem toho je, že v Anglii je péče orientovaná na člověka součástí vládní politiky zvyšování kvality služeb.¹⁰⁹ Je zakotvena jako jedna z klíčových zásad National Service Framework for Older People Ministerstva zdravotnictví (2001).¹¹⁰

3.5 Paliativní péče pro osoby s demencí

Paliativní péče se zaměřuje na zlepšení symptomů důstojné kvality života lidí, kteří se blíží ke konci svého života, ale také na péči a podporu jejich rodin a přátel. Toto téma je často opomíjeno, ačkoli je důležité pro každého z nás. V minulosti byla paliativní péče většinou nabízena lidem s rakovinou, a to v hospicovém zařízení. Paliativní péče je přístup, který se snaží o zlepšení kvality života pacientů a jejich rodin. Je důležitou otázkou veřejného zdraví. Vzhledem ke stárnutí obyvatelstva a rostoucímu počtu starších lidí ve společnosti je věnována nedostatečná pozornost jejich komplexním potřebám.¹¹¹

Ačkoli většina úmrtí nastává mezi lidmi, kteří jsou starší, jen poměrně malé množství pozornosti je v sociální politice věnováno specifickým potřebám ke konci života. Populace na celém světě stárne, což vede k dramatickému nárůstu počtu lidí, kteří žijí často až do vysokého věku. Typy nemocí v posledních letech života se tudíž mění, stále více lidí umírá na

¹⁰⁹ EPP, T. *Person-centred Dementia Care A vision to be Refined*, [online] The Canada Disease Review. 2003, April, [30.1.2016]. Dostupné z http://www.livingdementia.com/downloads/docs/person-centered_dementia_care.pdf, s. 14-17

¹¹⁰ SMALL N., FROGGAT K., DOWNS M., *Living and dying with dementia.*, King's Lynn: Biddles Ltd., 2007, s. 70-71

¹¹¹ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf?ua=1, ze dne 30. 10. 2015

chronické oslabující onemocnění, jako jsou kardiovaskulární choroby, chronické obstrukční plicní nemoci, diabetes, rakovina a demence.¹¹²

Národní rada pro paliativní péči (NCPC) je zastřešující charita pro všechny, kteří jsou zapojeni do poskytování, zřizování a využití paliativní péče a hospicových služeb v Anglii, Walesu a Severním Irsku. NCPC podporuje rozšíření a zlepšení služeb paliativní péče pro všechny lidi a zaměřuje se na život ohrožující a omezující podmínky. NCPC podporuje paliativní péči v nastavení zdravotní a sociální péče napříč všemi odvětvími jak ve vládě, tak i na úrovni národních a místních tvůrců politik.¹¹³

Vzhledem k tomu, že nemocného člověka s demencí musíme brát v holistickém pojetí, je nutné k němu takto přistupovat také v terminálních stádiích tohoto onemocnění. Je potřeba, aby se paliativní péče zabývala všemi potřebami, které vznikají v souvislosti s procesem umírání. Tyto potřeby se dají rozdělit do následujících oblastí¹¹⁴:

- fyziologické - zmírnění bolesti, nemoci, únavy nebo obnovení ztráty chuti k jídlu atd.;
- psychologické - emocionální podpora klienta a těch, kteří se o něj starají a pečují, je potřeba dát dostatečný prostor pro řešení problémů souvisejících s umíráním;
- duchovní – prozkoumání myšlenek o smyslu života, obav, co se stane po smrti, všichni lidé mají duchovní potřeby;
- sociální – poskytování podpory a poradenství v oblasti praktických záležitostí.

Všichni ošetřovatelé by měli umět naslouchat umírajícím lidem a podle toho nastavovat řešení jejich potřeb, a měli by usilovat také o odbornou pomoc, při které jsou nutné speciální dovednosti a znalosti.

V této kapitole jsem se pokusila nastínit problematiku léčby demence a nutnost komplexního přístupu k této léčbě. Považuji rovněž za důležité se dále zabývat systémem péče o osoby s demencí, a na to se zaměřuji v následující kapitole.

¹¹² http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf?ua=1, ze dne 30. 10. 2015

¹¹³ http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/GuideToEoLC_CareHomes.pdf, ze dne 30. 10. 2015

¹¹⁴ http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/GuideToEoLC_CareHomes.pdf ze dne 30. 10. 2015

4 Péče o osoby s demencí

V této kapitole popisují konkrétní organizace a instituce, které se zabývají péčí o osoby trpící demencí, a věnují se službám sociální péče, které poskytují. Objasním proces posouzení sociálních potřeb osob s demencí a nastíním možnost využití státních příspěvků pro osoby trpící demencí.

4.1 Organizace, instituce a typologie jejich služeb

Jak jsem již dříve zmínila, v Anglii poskytují služby sociální péče pro osoby s demencí jak státní organizace, tak soukromý a neziskový sektor. Zde uvádím příklady národních organizací a institucí, včetně typologie jejich služeb. Pro komplexní pochopení systému pomoci osobám s demencí je potřeba také uvést i zdravotní péči, která je nedílnou součástí celkové péče v Anglii.

4.1.1 Zdravotní péče - služby poskytované Národní zdravotní službou (NHS)

Osoby s demencí mohou využít zdravotní služby prostřednictvím státní zdravotní péče (National Health Service - NHS), jako je praktický lékař nebo specialista. Služby poskytované prostřednictvím NHS jsou zdarma. Existuje široká škála NHS odborníků, kteří mohou pomoci, jako jsou¹¹⁵:

- praktičtí lékaři;
- lékařští specialisté, např. psychiatři (pro duševní zdraví), geriatři (pro fyzické onemocnění starších lidí), a neurologové (pro onemocnění mozku a nervů);
- zdravotní sestry, např. praktické sestry, okresní nebo komunitní zdravotní sestry, sestry pro komunitní psychiatrické služby nebo sestry pro komunitní duševní zdraví a na demenci specializované zdravotní sestry;
- psychologové (pro hodnocení problémů s pamětí);
- ušní a oční lékaři;
- zubaři;
- fyzioterapeuti (pro výkon a mobilitu);
- pedikéři;
- ergoterapeuti (pro udržení každodenních dovedností);
- logopedi a jazykoví terapeuti (také pro problémy spojené s polykáním);
- dietní poradci.

¹¹⁵ https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=2233, ze dne 16. 1. 2016

V Anglii existuje celá řada služeb, které se zabývají jak posouzením, tak diagnostikou demence. Praktičtí lékaři jsou zpravidla první osoby, které jsou v rámci podezření na onemocnění demencí kontaktovány. Po vyhodnocení na základě testů praktický lékař tuto osobu přeposílá na tzv. kliniku zaměřenou na paměť - Memory clinic.¹¹⁶

Klinika zaměřená na paměť (Memory clinic)

Klinika zaměřená na paměť je lékařská klinika specializující se na hodnocení a diagnostiku poruch paměti. Tyto kliniky byly poprvé založeny v Anglii v roce 1980, a to především v akademických výzkumných centrech. Od roku 2009 existuje zhruba 246 klinik. Hodnocení pacientů provádí jednak sestry, ale také psychiatři, ergoterapeuti a psychologové. Jeden z nástrojů hodnocení je tzv. Addenbrookes, poznávací zkouška, která testuje specifické oblasti poznávání, včetně paměti, pozornosti, orientace, jazyka, slovní plynulosti a vizuálních schopností. K dispozici je také používaný strukturovaný rozhovor, který shromažďuje informace o případech, specifikuje nástup a progresi jakýchkoliv potíží s kognitivními funkcemi, denními aktivitami a potíže s chováním.¹¹⁷

Komunitní týmy duševního zdraví určené starším lidem

Komunitní péče o duševní zdraví je zprostředkována týmem odborníků, kteří poskytují pomoc starším lidem. Jsou klíčovou službou v systému poskytování služeb pro starší lidi s psychickými problémy. Zkušenosti ukazují, že péče by měla být poskytována pokud možno v komunitě umístěné blízko domova. Tato služba je multidisciplinární, multi-agenturní a působí integrovaným způsobem s holistickým pojetím přístupu. Tým odborníků obvykle zahrnuje psychiatry, komunitní zdravotní sestry zaměřené na osoby s demencí, ergoterapeuty a sociální pracovníky.¹¹⁸

Služby pro inkontinentní pacienty

Někteří pacienti, kteří jsou postiženi demencí, řeší také potíže s inkontinencí. Z tohoto důvodu je zřízena služba poskytovaná v rámci zdravotní péče (The National Health Service). Tzv. Continence Service se specializuje na péči o inkontinentní pacienty.¹¹⁹

¹¹⁶ leták Alzheimer's Society, 2015

¹¹⁷ <https://www.highbeam.com/doc/1G1-191896670.html>, ze dne 16. 1. 2016

¹¹⁸ <http://www.bsmhft.nhs.uk/our-services/older-adult-services/older-adult-community-services/older-peoples-community-mental-health-team/>, ze dne 16.1.2016

¹¹⁹ leták, Alzheimer's Society, 2015

Nemocnice poskytující akutní péči

Pro osoby trpící demencí může být pobyt v nemocnici v důsledku potřeb akutní péče velmi náročný, a stejně náročný je takový pobyt i pro nemocnice a jejich zaměstnance. Je obtížné změnit způsob vnímání hospitalizace. Nemocnice postupně začínají uznávat neadresné potřeby pacientů s demencí při jejich pobytech. Požadavky pacientů s demencí vyžadují splnění následujících tří principů¹²⁰:

- plné využití principů péče orientované na člověka, včetně zapojení pečovatelů a příbuzných;
- důkladné pochopení fyzických a emocionálních potřeb osoby trpící demencí;
- dodržování pravidelného režimu hydratace a výživy.

4.1.2 Sociální služby a sociální péče poskytované přes místní úřady

Pracovník sociálních služeb pomáhá v zajištění péče a podpory pro osoby s demencí a jejich pečovatele a může k tomu také využít širokou škálu jiných organizací. Pracovníci domácí péče a osobní asistenti pomáhají lidem v udržení jejich nezávislosti. Cílem služby je setrvat v domácím prostředí po co nejdélší dobu. Služby poskytované místními úřady mohou zahrnovat¹²¹:

- pomoc v domě i kolem domu (např. nákupy, vaření, úklid, praní, oblékání);
- vybavení a úpravy pro snadnější pohyb v domovech - zvýšená toaletní mísa, madla nebo detektor;
- pomoc s jídlem v domovech;
- pomoc při užívání léků;
- denní kluby nebo podpůrné skupiny pro osoby s demencí;
- pomoc při hospodaření s penězi a placením účtů, podpora při žádostech o dávky;
- respitní péče;
- domovy se speciální péčí (domy, kde je k dispozici speciální péče a podpora).

Většina informací a poradenství z oblasti sociálních služeb je poskytována zdarma.

¹²⁰ COOPE, B., RICHARDS, F., *ABC of Dementia*, 1. vyd., Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 2014, s. 48.

¹²¹ https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=2233, ze dne 16. 1. 2016

Domácí péče

Služby domácí péče, a to jak ty hrazené z veřejných, nebo soukromých zdrojů, jsou přidělovány na základě příjmů, a pouze ti, kteří mají příjem na hranici minima, mají nárok na služby zdarma. To se týká zhruba poloviny všech závislých osob na péči.¹²²

Respitní péče

Existuje mnoho různých typů respitní péče, které mohou pomoci pečovateli, aby si udělali potřebnou přestávku při péči o osobu trpící demencí. Patří mezi ně denní centra, domácí péče, krátkodobé rezidenční pobyty a apod.¹²³

Pečovatelské domy

Může se stát, že se potřeby osob s demencí změní natolik, že musí být zajištěno dlouhodobé umístění do péče. Třetina osob trpících demencí žije v rezidenčních pečovatelských domech nebo v domech se stálou zdravotnickou službou. Rozvoj dovedností v péči o osoby trpící demencí vyžaduje čas a úsilí, což je důležité jak pro zaměstnance, tak i pro klienty pečovatelských domů.¹²⁴

Další specifické služby zahrnují například:

Tísňová péče (Telecare)

Tísňová péče - využívá celou řadu jednoduchých senzorů umístěných v domácnosti, kdy může osoba s demencí v případě potřeby dostat adekvátní pomoc. Funguje 24 hodin denně a zajišťuje jejím uživatelům bezpečnost.

K vybavení patří senzory, které mohou¹²⁵:

- zjistit, zda někdo odešel z domu v nebezpečné době, nebo se nevrátil do postele po probuzení uprostřed noci;
- připomenutí požití léků;
- detekovat kouř, plyn nebo vodu;
- upozornit pečovatele v domě, kde se osoba s demencí pohybuje.

Pokud se ozve alarm, operátor bude osobu kontaktovat, kontrolovat její bezpečnost, poskytovat poradenství a zajistí pocit jistoty v případě nebezpečí. Pokud je to

¹²² ANTONEM, A., BALDOCK, J., SIPILÄ, J. *The young, the Old and the State*, 1.vyd. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited, 2003, s. 120.

¹²³ https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=2710, ze dne 22. 1. 2016

¹²⁴ COOPE, B., RICHARDS, F. *ABC of Dementia*, 1 vyd., Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 2014, s. 4.

¹²⁵ <https://www.walthamforest.gov.uk/Pages/Services/asc-safe-tele.aspx>, ze dne 16. 1. 2016)

nutné, bude kontaktovat příbuzného, mobilní pečovatele nebo záchrannou službu. Tuto službu zajišťuje místní úřad.¹²⁶

Zajímavostí jsou také služby, které jsou kulturně specifické, jako příklad uvádím denní centrum pro seniory, cílovou skupinou tohoto centra je africká a karibská komunita.

Denní centrum pro seniory se specifickou komunitou (Infinite Oasis Care)

Poskytuje denní službu zaměřenou na kulturně specifické osoby a s tím spojené specifické aktivity. Existuje například projekt služeb zaměřených na Africké a Karibské komunity pro osoby nad 55 let s demencí a fyzickým postižením. Jedná se o denní centrum.¹²⁷

Setkávání osob s demencí (Dementia Café)

Jedná se o měsíční setkávání osob postižených demencí a jejich přátel, pečovatelů. Toto setkávání má víceméně neformální charakter, tyto osoby si mohou pravidelně sdělovat svoje starosti a problémy, které mohou vyvstat v souvislosti s onemocněním demencí. V rámci tohoto setkávání jsou všichni zúčastnění informováni o novinkách sociální pracovníci z místního úřadu, navštěvuje je zde také psycholog, který s nimi může sdílet problémy a pocity spojené s demencí.¹²⁸

4.1.3 Dobrovolnický sektor - charity a neziskové organizace

Dobrovolnický sektor hraje důležitou roli v poskytování komunitních služeb. Dobrovolnické organizace se zaměřují na určité specifické cílové skupiny. Místní úřady mají v nabídce pouze omezený počet služeb, proto využívají služby z dobrovolnického sektoru. Po vyhodnocení potřebnosti klienta zdravotní či sociální péče doporučují právě dobrovolnické služby.¹²⁹

Charity a neziskové organizace jsou cenným zdrojem místní podpory, poradenství a informací pro osoby s demencí, jejich rodiny a pečovatele. Mezi národní organizace patří Alzheimerovská společnost, Demence UK a Age UK. Mezi jejich činnosti patří¹³⁰:

- poradenství pro osoby s demencí;
- péče specializovaných zdravotních sester o osoby s demencí;
- organizace podpůrných skupin;
- provozování kaváren pro osoby s demencí;
- denní centra;

¹²⁶ <https://www.walthamforest.gov.uk/Pages/Services/asc-safe-tele.aspx>, ze dne 16. 1. 2016

¹²⁷ www.infiniteoasiscare.co.uk, ze dne 16. 1. 2016

¹²⁸ leták Alzheimer's society

¹²⁹ <http://www.carerssupportcentre.org.uk/other-services/voluntary-sector/>, ze dne 28. 2. 2016

¹³⁰ https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=2233, ze dne 16. 1. 2016

- skupinový zpěv;
- advokátní služby;
- telefonní linky pomoci;
- diskusní fóra.

Organizace typu Alzheimerovská společnost a Age UK poskytují informace týkající se onemocnění demencí od internetových stránek až po přímé a individuální poradenství. V některých částech Anglie jsou služby poskytovány tzv. poradci, což jsou osoby, které přímo navštěvují osoby s demencí v jejich domovech. Mezi dobrovolnický sektor můžeme také zahrnout již zmíněnou službu Dementia café.¹³¹

Alzheimer's society

Alzheimerovská společnost – jedná se o organizaci, která poskytuje širokou škálu specializovaných služeb nejen pro lidi s demencí, ale také pro jejich pečovatele. Nabízí personalizované služby podpory, komunitní aktivity, informace a rady ve všech fázích demence. Alzheimerovská společnost dále nabízí individuální podporu a pomoc neprofesionálním pečujícím, příbuzným a přátelům. Jejich bezplatný servis zahrnuje¹³²:

- podpůrné skupiny pro pečovatele;
- služby advokacie;
- poradenství ohledně práv a benefitů pro pečující osoby;
- výlety a aktivity pro osoby s demencí a jejich pečovatele.

Za zmínění stojí také iniciativa Alzheimerovské společnosti v hnutí „Dementia friends“, jedná se o program, který je zaměřený na sdělování základních faktů o demenci veřejnosti. Tyto informace jsou šířeny mezi populací převážně v Anglii a Walesu. Každý člověk se může stát jedním z členů programu „Dementia friends“ pokud se zúčastní asi 45 minutové interaktivní přednášky. Přednášející jsou dobrovolníci. Tato iniciativa vznikla před dvěma lety a do dnešního dne se stalo si 1,5 milionu lidí členem hnutí „Dementia friends“.¹³³

Alzheimerovská společnost financuje také řadu výzkumů a to převážně v oblasti příčin, léčbě, péči a prevence Alzheimerovy choroby, ale i jiných typů demence. Financovala již více než 200 výzkumných projektů v předních vědeckých institucích po celé Velké Británii.¹³⁴

¹³¹ COOPE, B., RICHARDS, F. *ABC of Dementia*, 1 vyd., Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 2014, s. 4.

¹³² leták Alzheimer's society

¹³³ <https://www.dementiafriends.org.uk>, ze dne 29. 2. 2016

¹³⁴ https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=1126, ze dne 28. 2. 2016

Dementia UK

Tato charitativní organizace je založena na ošetrovatelství prostřednictvím tzv. admirálních sester, které byly pojmenovány rodinou Josefa Levyho, který založil charitu. Josef sám trpěl vaskulární demencí a byl známý jako "admirál Joe", pro jeho lásku k plachtění. Zdravotní sestry této organizace většinou pracují pro National Health Service (NHS) v komunitách a pomáhají lidem s demencí, aby měli možnost zůstat doma co nejdéle. Pracují také na jiných pracovištích, jako jsou pečovatelské domy, nemocnice a hospice. Dementia UK nabízí¹³⁵:

- odborné praktické rady a emocionální a psychologickou podporu od diagnózy až po konečné stadium, učí strategie zvládnání nemoci;
- poradenství jak spojit různé části zdravotní a sociální péče dle potřeb pacienta koordinovaným způsobem;
- napomáhají pochopení demence a jejich účinků, snaží se o výcvik dovedností s cílem zlepšení komunikace s osobami s demencí;
- nabízí poradenství a doporučení dalších služeb, snaží se o spojení zdravotní a sociální péče profesionálů.

Registrované zdravotní sestry poskytují také podporu osobám s demencí v obtížných situacích včetně případů, kdy se stav zhoršuje, nebo pokud je nutné pomoci při těžkém rozhodnutí, např. umístění člena rodiny do ústavní péče.¹³⁶

Age UK

Jedná se o největší charitativní organizaci v Anglii, věnuje se pomoci osobám v seniorském věku a tímto i osobám s demencí. Činnost organizace je různorodá:¹³⁷

- řeší finanční záležitosti seniorů;
- zabývá se oblastmi zdraví (vyhledání zdravotních služeb, zdravé stravování, péče o vztahy a rodinu, inkontinenční pomůcky);
- poskytuje domácí péči (možnosti bydlení, poradenství pro pečovatele, bezpečí domova pro seniory, pojištění domácnosti, pomůcky atd.).

Zajímavé je, že tato organizace se také specializuje na aktivní život seniorů, jako je cestování a životní styl a poskytuje poradenství ohledně práce a učení (hledám práci, další vzdělávání, technologie, diskriminace a práva, odchod do důchodu).¹³⁸

¹³⁵ <https://www.dementiauk.org/how-we-help/admiral-nursing/>, ze dne 31.1.2016

¹³⁶ <https://www.dementiauk.org/how-we-help/admiral-nursing/>, ze dne 31.1.2016

¹³⁷ <http://www.ageuk.org.uk/about-us/>, ze dne 16. 1. 2016

4.2 Proces posouzení sociálních potřeb osob s demencí

Mnoho lidí s demencí potřebuje péči a podporu, jelikož se jejich stav postupně zhoršuje. Tato péče je často kombinací pomoci rodiny, přátel a odborníků. Placená péče může mít řadu různých forem a zaměřuje se na uspokojování potřeb dané osoby vedoucí ke zlepšení jejího pohodlí a zdravotního stavu. To zahrnuje poskytnutí osobní péče doma, hospodaření s penězi, pomoc při oblékání nebo při jídle, nebo podpora při docházení do zaměstnání, nakupování. Péče může být osobám s demencí poskytnuta ve vlastním obydlí, v denním centru nebo pečovatelských domech. V Anglii je termín "sociální péče" často používán při popisu tohoto druhu péče, jako protikladu k péči, která je poskytována v rámci zdravotní péče (National Health Service) NHS nebo rodinami.¹³⁹

Placení za sociální péči může být pro mnoho lidí problémem - tento soupis nastiňuje různé způsoby, jak hradit sociální péči. Často se odkazuje na zákon o péči (Care Act a Care Bill, 2014), viz kapitola 2. Zákon je platný pro osoby žijící v Anglii, nezahrnuje občany Walesu a Severního Irska, kde jsou zákony odlišné.¹⁴⁰

4.2.1 Posouzení potřeb

Místní úřad je povinen provést posouzení potřeb péče a podpory žadatelů. Požadavek na "posouzení potřeb" je předkládán místním orgánům k posouzení potřebné péče dané osoby. Místní úřad rozhodne, zda má osoba nárok na získání péče a podpory. Pokud ano, jsou požadavky této osoby na potřebnou péči považovány za oprávněné. Místní úřad se pak dále domluví se způsobilou osobou (a pečovateli) a společně vytvoří plán péče a podpory. Poté bude místní úřad teprve zvažovat, zda je osoba způsobilá k finanční podpoře k jejím potřebám péče. Místní orgán nemůže odmítnout posoudit osobu, protože se zdá, že má dost peněz na zaplacení své péče.¹⁴¹

4.2.2 Osobní rozpočty

Osobní rozpočet je finanční částka vypočtená místním úřadem, kterou úřad považuje za nezbytnou k nákupu nutné péče pro danou osobu. Místní úřad poskytne prohlášení, ze kterého je způsobilé osobě jasné, kolik peněz bude dle místního orgánu nutné na pokrytí jejich potřeb péče (někdy nazývaný "předběžná alokace"). To poskytuje osobě širší možnosti výběru a kontroly nad tím, jak využít daný rozpočet k nákupu péče a podpory. Existuje několik

¹³⁸ <http://www.ageuk.org.uk/about-us/>, ze dne 16. 1. 2016

¹³⁹ https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=2710, ze dne 22. 1. 2016

¹⁴⁰ https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=2710, ze dne 22. 1. 2016

¹⁴¹ https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=2710, ze dne 22. 1. 2016

způsobů, jak je osobní rozpočet placen a spravován, včetně přímých plateb, kde jsou peníze spravovány přímo potřebnou osobou (nebo jejím zástupcem), a používány k přímým platbám za péči a podporu. Mnoho lidí si nechává svůj rozpočet spravovat místním úřadem nebo agenturou zajišťující péči (někdy to bývá označováno jak „samořídící podpora“). Poté následuje finanční hodnocení možností potřebné osoby a je možné, že si osoba na svůj rozpočet péče bude muset sama více nebo méně přispívat.¹⁴²

4.2.3 Finanční hodnocení

Finanční hodnocení se používá jako podklad k rozhodnutí, kdo bude platit za potřebnou péči a podporu. Obvykle je to buď samotná potřebná osoba, nebo místní úřad, někdy jde o kombinaci obou. Finanční posouzení se liší dle druhu požadovaného péče. Například se bude lišit v závislosti na tom, zda bude daná osoba v domácí péči nebo jí bude poskytnuta péče v pečovatelském domě, i když existují určité podobnosti. Je pravděpodobné, že osoba provádějící finanční hodnocení bude požadovat, aby osoba s demencí nebo její pečovatel/příbuzný vyplnil formuláře o své finanční situaci a napsal prohlášení, že tyto informace jsou pravdivé. Pracovník místního úřadu může také navštívit potřebnou osobu a pomoci s vyplněním formulářů.¹⁴³

Některé klíčové body finančního hodnocení¹⁴⁴:

- příjmy - znamenají jakékoliv peníze, které člověk pravidelně dostává, například dávky nebo důchod;
- majetek - odkazuje na další majetek, který osoba má. To zahrnuje úspory, investice, v některých případech (pro ústavní péči) může zahrnovat hodnotu jejich domu. Potřebné osobě bude vždy dovoleno ponechat si určité množství příjmu, nazývané „osobní minimum“;
- jak majetek, tak příjmy budou brány při posuzování v úvahu. Ty pak budou buď plně zahrnuty do hodnocení, nebo na ně částečně či zcela nebude brán zřetel.

Místní orgány musí poskytnout písemné prohlášení o tom, jak vypočítaly částku, kterou si člověk přispěje na vybranou péči. To by mělo jasně ukázat, jaké příjmy byly vzaty v úvahu.¹⁴⁵

¹⁴² https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=2710, ze dne 22. 1. 2016

¹⁴³ https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=2710, ze dne 22. 1. 2016

¹⁴⁴ https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=2710, ze dne 22. 1. 2016

¹⁴⁵ https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=2710, ze dne 22. 1. 2016

4.2.4 Druhy péče a podpory, které jsou zdarma

Místní úřad může účtovat lidem za péči a podpůrné služby a jejich obstarání, některé druhy péče a podpory ale musí být bezplatné. Mezi ně patří¹⁴⁶:

- „intermediární“ péče (až na šest týdnů), cílem je urychlit návrat pacientu do běžného života, provádí se přednostně formou domácí péče;
- pomůcky a drobné úpravy domů v ceně méně než 1.000 £;
- následná péče / podpora poskytovaná podle Mental Health Act z roku 1983 část 117, která definuje, pro které pacienty je tato následná péče povinná;
- NHS služby.

4.2.5 Péče a podpora pro osoby v domácí péči

Většina místních orgánů bude účtovat poplatky za péči, která je poskytována v něčí vlastní domácnosti. Kolik osoba platí, bude záviset na finančním hodnocení. Zákon o péči (2014) uvádí, že náklady musí být "přiměřené". Tímto je řečeno, že lidé, kteří dostávají péči, by neměli žít s příjmem nižším než je "životní minimum". Toto životní minimum se počítá jako příjem, který by osoba obdržela při podpoře v nezaměstnanosti nebo jako minimální penze, navýšené o 25 procent. Komukoliv, jehož příjem nepřesahuje životní minimum, by neměly být účtovány náklady na domácí péči.¹⁴⁷

Jednotlivé místní úřady se mohou rozhodnout, zda počítat pojistné při těžkém zdravotním postižení, příspěvek na živobytí pro zdravotně postižené osoby, příspěvek na samostatnost, nebo příspěvek na pečovatelskou službu jako příjem. Pokud je domácí péče nutná pouze v průběhu dne, neměl by úřady brát v úvahu náklady na péči nutnou během noci. Například, jestliže osoba obdrží vyšší úroveň příspěvku na pečovatelskou službu, protože ji potřebuje i v průběhu noci, tato vyšší částka by neměla být započítána do finančního hodnocení jako příjem pro péči, kterou osoba potřebuje během dne. V závislosti na finančním hodnocení může místní úřad požádat osobu o příspěvek na úhradu nákladů na péči, místní úřad doplatí zbytek. Každý místní úřad má svou vlastní metodiku, proto se výše příspěvků se liší v závislosti na tom, kde člověk žije. Kopie příspěvkové politiky místních úřadů by měly být k dispozici on-line, nebo je možné si ji vyžádat. Politika by měla obsahovat i hranici majetku a příjmů. Každý, kdo má majetek či příjem nad touto hranicí, může očekávat, že bude

¹⁴⁶ https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=2710, ze dne 22. 1. 2016

¹⁴⁷ https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=2710, ze dne 22. 1. 2016

příspěvat na svou vlastní péči. Pokud se majetek nebo příjem pohybuje pod touto hranicí, místní úřady by měly péči plně financovat.¹⁴⁸

4.2.6 Respítní péče

Tyto služby mohou být projednány při rozhodování o plánu péče a podpory. Místní úřady mohou žádat poplatek za tuto péči a často tak činí. Pokud osoba platí za služby respítní péče, může se pokusit najít nějakou finanční pomoc v místě bydliště. Je možné se zeptat na místním úřadě ohledně systému pomoci, nebo se obrátit na charitativní organizace, které mohou s platbami za respítní péči pomoci. Mohou být k dispozici poukazy na pečovatelskou přestávku, které jsou vydávány na místních úřadech a jsou určeny k placení respítní péče. Zákon o péči říká velmi jasně, že respítní péče musí vyhovovat potřebám osoby s demencí, ne pečovatele.¹⁴⁹

4.2.7 Pečovatelské domy

V případě pečovatelských domů existuje národní standard pro placení péče a pro rozhodování, kdo bude péči platit. V Anglii existují dvě mezní hodnoty:¹⁵⁰

- horní hranice - v případě, že z finančního hodnocení vyplývá, že majetek a příjmy dané osoby jsou nad horní hranicí, budou si náklady na svou péči plně hradit;
- dolní hranice – je-li majetek a příjmy dané osoby pod dolní hranicí, bude náklady na péči plně hradit místní úřad.

Pokud jsou majetek a příjmy člověka pod horní hranicí, ale zároveň i nad dolní hranicí, bude na péči přispívat jak místní orgán, tak osoba pobírající péči.

4.3 Možnost využití příspěvků pro osoby trpící demencí

Osoby trpící demencí jsou většinou odkázané na péči druhého člověka, vzhledem k povaze a stupni onemocnění. U osob trpících demencí se většinou jedná o dlouhodobou péči. Dlouhodobá péče je poskytována v rámci systému sociální péče (věcné dávky) a systému sociálního zabezpečení (nepříspěvkové invalidní peněžní dávky) osobám, které jsou postiženy fyzickým či kognitivním onemocněním nebo také onemocněním souvisejícím s věkem. Tyto osoby potřebují pomoc jak s osobní péčí, tak i s každodenními činnostmi. Tato pomoc je financována státem a je určena pro obyvatele, kteří mají neomezené právo pobytu v

¹⁴⁸ https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=2710, ze dne 22. 1. 2016

¹⁴⁹ https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=2710, ze dne 22. 1. 2016

¹⁵⁰ https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=2710, ze dne 22. 1. 2016

Anglii. V případě, že chce osoba získat služby sociální péče (věcné dávky), musí kontaktovat odbor sociálních služeb na místním úřadě a požádat jej o provedení posouzení potřeb zdravotní a sociální péče.¹⁵¹

V rámci ústavní péče nepobírají v Anglii osoby s majetkem (např. rodinný dům) vyšším než 23 250 GBP (28 966 EUR) finanční částku státní podpory a tyto osoby jsou nuceny si péči hradit sami. Celková výše a druh státní finanční podpory pro osoby, jejichž majetek nedosáhne určené hranice, je závislá na potřebách a příjmech daného jedince. Osoby, u nichž není nutná ústavní péče a místní úřady jim poskytují jinou péči a služby, platí náklady v závislosti na svých schopnostech hradit uvedené částky. Posouzení této částky a rozhodnutí je vždy na daném místním úřadu.¹⁵²

Příspěvek na živobytí pro zdravotně postižené (Disability living Allowance) mohou získat osoby, které jsou nositeli ať už fyzického či mentálního postižení, pokud je postižená osoba mladší 65 let. V případě, této osobě je více než 65 let, může získat příspěvek na pečovatelskou službu (Attendance Allowance). Tento příspěvek je nyní vyplácen bez nutnosti příspěvku na pojištění.¹⁵³

Příspěvek na pečovatelskou službu může čerpat jedinec v případě, že osoba s demencí má více než 65 let, což je vzhledem ke statistikám pravděpodobné. Je hrazen lidem, kteří potřebují osobní péči z důvodu mentálního či fyzického postižení. Tento příspěvek může být vyplácen zároveň s jinými příspěvky. Platí zde povinnost neomezeného pobytu v Anglii. Příspěvek na tuto službu je přímo hrazen na bankovní, spořitelní nebo poštovní účet, a to podle volby příjemce.¹⁵⁴

Příspěvek při péči (Carer's Allowance) je týdenní dávka vyplácená pečující osobě, která pečuje o jinou osobu např. s demencí nejméně 35 hodin týdně a zároveň pobírající příspěvek na živobytí pro zdravotně postižené ve střední nebo nejvyšší sazbě na osobní péči, příspěvek na vnější pomoc nebo příspěvek v případě odkázanosti ve stejné výši. Příspěvek při péči může také ovlivňovat vyplácení jiných dávek, jelikož je dán limit příjmů a není

¹⁵¹http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20UK_cs.pdf, ze dne 20. 1. 2016

¹⁵²http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20UK_cs.pdf, ze dne 20. 1. 2016

¹⁵³<http://www.nidirect.gov.uk/index/information-and-services/people-with-disabilities/financial-support-for-people-with-disabilites/disability-living-allowance/disability-living-allowance-introduction.htm>, ze dne 20. 1. 2016

¹⁵⁴http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20UK_cs.pdf, ze dne 20.1.2016

přiznáván studentům denního studia. Ačkoliv nejsou předem dány podmínky pro hrazení příspěvků na pojištění, musí daná osoba splňovat podmínky pobytu v Anglii.¹⁵⁵

Podporu příjmů (Income support) lze charakterizovat jako příspěvek podporující příjem pečovatele, který je natolik nízký, že nezajišťuje dostatek prostředků na živobytí. Tato dávka je testovaná. Požádat mohou pečovatelé, kteří nemohou nadále pracovat z důvodu péče o osobu s demencí nebo mohou pracovat jen na částečný úvazek, který nepřesáhne 16 hodin týdně. Podmínkou je, že úspory pečovatele se nemohou dostat přes hranici £16 000. Dávka je složená ze tří různých částí: z osobních příspěvků, prémie a plateb na úhradu některých nákladů na bydlení. Výše příspěvku je individuální.¹⁵⁶

V kapitole čtyři jsem ukázala organizace zabývající se péčí o osoby s demencí v Anglii, a popsala jsem typologii jejich služeb. Zároveň jsem detailně popsala proces posouzení sociálních potřeb osob trpících demencí a vysvětlila jsem mechanismy, na základě kterých se rozhoduje, jak velkou část péče bude hradit osoba postižena demencí a jak velká část bude hrazena místními úřady. Vysvětlila jsem rovněž systém příspěvků pro osoby trpící demencí v Anglii.

Závěrečnou část věnuji shrnutí mé bakalářské diplomové práce, zejména poukazují na nejdůležitější část systému sociální péče v Anglii a pojmenováním oblastí, ve kterých podle mého názoru může moje práce ukázat možnosti zlepšení sociální péče o osoby s demencí v České republice.

¹⁵⁵ http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20UK_cs.pdf, ze dne 20.1.2016)

¹⁵⁶ <https://www.gov.uk/income-support/what-youll-get>, ze dne 23.1.2016

Závěr

V bakalářské práci jsem se věnovala deskripci anglického systému sociálních služeb se zaměřením na osoby trpící demencí. Souhrn poznatků v této práci může posloužit ke srovnání se systémem naším, může být námětem pro úpravu, tvorbu či optimalizaci systému zabezpečujících péči o osoby s demencí v České republice. Toto téma bylo pro mne velmi inspirující i vzhledem k tomu, že jsem v Anglii nějakou dobu působila v oblasti sociálních služeb. Celkové pojetí tohoto systému je spíše založeno na neformální péči a je zde také silný vliv charitativních a neziskových organizací, který mají v zemi dlouhou tradici.

Úloha státu v dnešní Anglii spočívá zejména v regulaci, nastavování pravidel, a kontrole fungování subjektů zajišťujících služby sociální péče. Důležitou roli zde zaujímají místní úřady, které si samy určují politiku na lokální úrovni a také rozhodují, jak nejlépe naplnit potřeby žadatelů o služby sociální péče.

To na jedné straně dává úřadům velké množství autonomie, ale na druhé straně jsou potřeby žadatelů uspokojovány v každém regionu jiným způsobem. Proto se vláda rozhodla vyřešit tuto problematiku novým zákonem o sociálních službách, který si klade za cíl sjednotit postupy žadatelů o sociální služby. Pro koordinaci sociální péče, je nyní zřízena na městských úřadech funkce tzv. „care managera“.

Systém tzv. „kvazi-trhů“ vnáší do systému sociální péče v Anglii prvky tržní ekonomiky a zlepšuje dostupnost a kvalitu poskytovaných služeb. Pro Anglii je typická široká škála sociálních služeb pro osoby s demencí, která podporuje soběstačnost v jejich přirozeném prostředí. Výrazná je snaha o maximální oddálení okamžiku, kdy je nutný nástup do ústavní péče. Tento systém služeb také velmi podporuje zapojení osob s demencí do běžného společenského života. Příkladem jsou setkávání osob s demencí a pečujících rodin, které mají jednak integrující prvek zapojení do společnosti, ale zároveň se tyto osoby přirozeně dostávají k informacím, které jsou pro osoby trpící demencí i jejich pečovatele nezbytné.

Systém sociální péče pro osoby s demencí zahrnuje i státní podporu. Kritéria pro přiznání sociálních dávek jsou nastavena velmi přísně a uživatelé sociálních služeb si platí až dvě třetiny veškerých nákladů sami. Sociální dávky se v dnešní době týkají většinou pouze osob na hranici životního minima.

I když práce nemá komparativní, ale ryze popisný charakter, nelze si nevšimnout rozdílů od situace u nás. Anglický systém se od českého systému liší v mnohých aspektech. Vychází z odlišného pojetí sociální politiky jako takové a dlouhodobé tradice

sociální práce, která nebyla přerušena vnitřními politickými vlivy, jako tomu bylo v České republice.

I přes úskalí, které beze sporu anglický sociální systém má, může Českou republiku v mnohém inspirovat a to převážně systémem podpůrných služeb pro osoby s demencí. Mnoho osob s demencí a jejich blízkých v České republice často neví, kam se se svou diagnózou obrátit a jaké následné služby využít. Pro rodinné příslušníky je mnohdy velký problém skloubit péči o rodinného příslušníka s demencí a pracovní povinnosti. Osoby trpící demencí často končí v ústavních zařízeních, kterých je mimochodem v České republice nedostatek, i když se ještě nejedná o pokročilé stavy demence. K odvrácení tohoto faktu by měly sloužit právě podpůrné služby, ať už jsou neziskového či dobrovolnického charakteru. Zavedení částečných tržních mechanismů k oživení nabídky služeb, zvýšení jejich efektivity a účelnosti, společně se státní regulací a dozorem, by mohlo pomoci tuto nabídku služeb v České republice rozšířit a zkvalitnit.

Jako další systémovou slabinu vnímám práci sociálního pracovníka v České republice, ať už budeme hovořit o sociálních pracovnících posuzujících příspěvky na péči na úřadu práce, nebo o sociálních pracovnících městských úřadů na odboru sociální péče, kteří poskytují o těchto příspěvcích pouze informace. V podstatě se jedná dvě rozdílné funkce a agendy, které by mohl dle anglosaského vzoru zastřešovat jeden pracovník („care manager“), který by měl mít na starost celkové finanční hodnocení potřeb osoby trpících demencí a také podávání informací ohledně služeb v regionu a celkovou návaznost na další služby.

Seznam použité literatury

1. ALCOCK, P., MAY, M. *Social Policy in Britain*. 4. vyd. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014, IBSN 978-0-230-34635-2.
2. ANTTONEN, A., BALDOCK, J., SIPILÄ, J. *The Youth, The Old and The State – Social Care Systems in Five Industrial Nations*. Glos: Edward Elgard Publishing Limited, 2003, IBSN: 1 84064 628 4.
3. ATKINS, S. *First Steps to living with Dementia*, 1. vyd. Oxford: Lion Books, 2013, IBSN: 978 0 7459 5556 8.
4. COOPE, B., RICHARDS, F. *ABC of Dementia*, 1. vyd. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 2014, IBSN 978-1-118-47402-0.
5. GLENNER, A. J. a kol. *Péče o člověka s demencí*, 1. vyd. Praha: Portál, 2012, IBSN 978-80-262-0154-0.
6. JIRÁK R., HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ C. *Demence a jiné poruchy Komunikace a každodenní péče*, Praha: Grada Publishing, 2011, IBSN 978-80-247-6629-4.
7. HOLMEROVÁ I., JAROLÍMOVÁ E., SUCHÁ J. a kol., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Gerontologické centrum, 2007, IBSN 978-80-254-0177-4.
8. KELLER, J., *Soumrak sociálního státu*, 2. vyd. Praha: Slon, 2011, IBSN 978-80-7519-017-9.
9. MATOUŠEK, O. *Sociální služby*, 2. vyd. Praha: Portál, 2011 IBSN 978-80-262-0041-3.
10. MORSE, A. *Adult social care in England: overview*, London: National Audit office, 2014, IBSN 978-1-90-4219-09-5.
11. MUNKOVÁ, G. a kol. *Sociální politika v evropských zemích*. 1.vyd. Praha:Karolinum, 2004, IBSN 80-246-0780-8.
12. MUSIL, L. *Vývoj sociálního státu*, 1.vyd. Brno: Doplněk, 1996, IBSN 80-85765-62-4.
13. NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH, *A NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care*, Published by: The British Psychological Society and Gaskell, 2007, IBSN: 978-1-85433-451-0.
14. SMALL N. FROGGAT K., DOWNS M. *Living and dying with dementia*., King's Lynn: Biddles Ltd., 2007, IBSN 978-0-19-856687-8.
15. VEČEŘA, M. *Sociální stát, východiska a přístupy*, 2. vyd. Praha: SLON, 1996, IBSN 80-85850-16-8.

Internetové články

1. EPP, T. *Person-centred Dementia Care A vision to be Refined*, [online] The Canada Disease Review. 2003, April, [cit.30.1.2016]. Dostupné z http://www.livingdementia.com/downloads/docs/person-centered_dementia_care.pdf, s. 14-17
2. KOLDINSKÁ, K.. *Britská právní úprava a praxe sociálních služeb jako inspirace pro Českou republiku*, [online] časopis Aplikované právo 2/2004, [cit. 23.1.2016]. Dostupné z <http://www.aplikovanepravo.cz/clanky-pdf/22.pdf>, s. 67

Internetové zdroje:

1. <http://ec.europa.eu>
2. <http://www.skillsforcare.org.uk>
3. <http://www.ncpc.org.uk>
4. <https://www.nao.org.uk>
5. <https://www.alzheimers.org.uk>
6. <https://www.dementiauk.org/how-we-help/admiral-nursing>
7. <http://www.ageuk.org.uk/about-us/>
8. <https://www.gov.uk/income-support>
9. <http://www.local.gov.uk/documents>
10. <http://www.nidirect.gov.uk/index/information-and-services/people-with-disabilities>
11. <http://www.bsmhft.nhs.uk/our-services/older-adult-services/>
12. <http://www.carerssupportcentre.org.uk>
13. <http://www.mzv.cz/london/cz>
14. <https://www.dementiafriends.org.uk>

Seznam obrázků

Obrázek 1: Komplexní systém veřejných služeb.....	16
Obrázek 2: Kontrola a financování systému sociální péče v Anglii.....	20
Obrázek 3: Podíl samoplátců bydlících v pečovatelských domech, 2012.....	23

Seznam tabulek

Tabulka 1: Počty a procenta pracovních míst v oblasti sociální péče	19
---	----

Seznam grafů

Graf 1: Srovnání státních výdajů a výdajů v oblasti neformální péče	17
Graf 2: Rozdělení zaměstnanců v soukromých a neziskových organizacích	19
Graf 3: Dospělí využívající služeb sociální péče hrazené státem	24
Graf 4: Zaměstnanci v sociálních službách	25
Graf 5: Počty a podíl dospělých s každodenním omezením	26
Graf 6: Trend v omezení aktivity podle věkových kategorií	28

Příloha č.1 Zásady péče o osoby s demencí v Anglii

Každá osoba, u které je diagnostikována demence, by měla mít podporu odborníků. Je nutné, aby tato podpora byla přizpůsobena jejím osobním zájmům a specifickým potřebám těchto osob povzbuzujícím nezávislost a svobodnou volbu v rozhodnutích, která činí. Účelem těchto zásad je nastavení zdravotní a sociální péče tak, aby respektovala důstojnost a nezávislost.¹⁵⁷

Zásada 1

Znát časné známky demence¹⁵⁸:

- ztráta nebo zánik krátkodobé paměti;
- změny nálady nebo neobvyklé chování;
- špatná koncentrace;
- problémy s komunikací;
- postižené osoby demencí se často se ztratí ve známých místech;
- dělají chyby v tom, co se dříve naučily;
- mají obtíže v určování času, nebo hodnoty peněz;
- změny ve spánku a chuti k jídlu;
- změny osobnosti.

Zásada 2

Včasná diagnóza demence pomáhá lidem přijímat informace a podporu v co nejranější fázi.

Demence je identifikována prostřednictvím procesu hodnocení diagnostických důkazů od různých konzultantů. Zdraví člověka a emocionální pohoda by měly být posouzeny v kontextu jeho obvyklého chování. V neposlední řadě je nesmírně důležité, abychom si uvědomili, že diagnóza velmi zasáhne emocionální rozpoložení osoby trpící demencí.¹⁵⁹

¹⁵⁷ [http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Dementia/CCP-Dementia-\(webv2\)%5b1%5d.pdf](http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Dementia/CCP-Dementia-(webv2)%5b1%5d.pdf), ze dne 23.1.2016

¹⁵⁸ [http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Dementia/CCP-Dementia-\(webv2\)%5b1%5d.pdf](http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Dementia/CCP-Dementia-(webv2)%5b1%5d.pdf), ze dne 23.1.2016

¹⁵⁹ [http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Dementia/CCP-Dementia-\(webv2\)%5b1%5d.pdf](http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Dementia/CCP-Dementia-(webv2)%5b1%5d.pdf), ze dne 23.1.2016

Zásada 3

Komunikujte citlivě a podporujte smysluplnou interakci.

Vždy si udělejte čas a prostor, nespěchejte.

Čerpejte z minulých zkušeností, co vám již v minulosti fungovalo.

Berte úvahu kulturní kontext, ze kterého jedinec vychází.

Hovořte jasně pomocí krátkých vět.

Používejte jednoduchá slova, vyhněte se žargonu.

Snažte se vyhnout negativním tvrzením jako "Ne ...", místo toho se snažte posílit pozitivní chování.

Nezapomeňte sledovat váš tón hlasu.

Měli byste používat neverbální komunikaci, jako gesto, výraz obličeje a písemné komunikace.

Můžete použít obrázky, symboly nebo hudbu ke zlepšení komunikace a usnadnění porozumění.¹⁶⁰

Zásada 4

Podporovat nezávislost a podporovat aktivity¹⁶¹

Je nesmírně důležité, aby si osoba, která již trpí demencí, zachovávala aktivity, které jsou pro ni příjemné a baví ji, a zůstávala stále aktivní. Osoby v pomáhajících profesích by měly být citlivé na jakékoliv podněty způsobující frustraci. Je důležité si uvědomit, kdy se lidé s demencí stávají více závislí, a podporovat je v jejich soběstačnosti.

- měli byste být schopni reagovat s ohledem a respektem na potřeby osob, se kterými pracujete;
- ujistěte se, že podporujete lidi s demencí v jejich vlastním rozhodnutí, včetně toho, co chtějí jíst a pít;
- vždy se snažte o podporu lidí s demencí v jejich soběstačnosti, včetně použití toalety, tak dlouho, jak je to jen možné;
- podporujte lidi s demencí v přístupu k běžným službám, jako obchody a banky atd.;
- ujistěte se, že lidé s demencí mají přístup k vhodným způsobům výživy a hydratace. To by mělo být podporováno v souladu s individuálním plánem péče;

¹⁶⁰ [http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Dementia/CCP-Dementia-\(webv2\)%5b1%5d.pdf](http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Dementia/CCP-Dementia-(webv2)%5b1%5d.pdf), ze dne 23.1.2016

¹⁶¹ [http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Dementia/CCP-Dementia-\(webv2\)%5b1%5d.pdf](http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Dementia/CCP-Dementia-(webv2)%5b1%5d.pdf), ze dne 23.1.2016

- osoba trpící demencí by měla mít možnost se rozhodovat sama za sebe.

Zásada 5

Rozpoznat momenty úzkosti a adekvátně na ně reagovat.

Pokyny z Národního ústavu pro zdraví uvádí, že léky na snížení problémového chování by měly být podávány pouze ve výjimečných případech, a měly by být přezkoumány v pravidelných intervalech (nejméně jednou měsíčně).

Předpis antipsychotik je vhodný pro určitou malou skupinu lidí, kteří se budou díky této léčbě zlepšovat. Dle výzkumů se ukazuje, že pro většinu lidí s demencí tyto léky mohou být kontraproduktivní. Je zde snaha o podporu osoby s problémovým chováním v souladu s přístupem, který navrhla Alzheimerova společnost¹⁶²:

- najít způsob, jak klidně reagovat, pokud se vyskytlo problémové chování;
- hledat příčinu agresivního chování;
- eliminovat tuto příčinu;
- být kreativní při hledání alternativních činností pomoci individuálního přístupu, snažit se o odpoutání pocitů úzkosti.

Zásada 6

Rodinní příslušníci a ostatní zainteresované osoby jsou oceňovány, respektovány a podporovány.

Demence může být stresující stav a kognitivní schopnosti dané osoby se mohou zhoršit, což způsobuje rozrušenost, frustraci, ale také rozpaky nejen pro osobu s demencí, ale také pro jejich rodiny, přátele a pečovatele. Rodina, přátelé a pečovatelé potřebují k udržení svého vlastního zdraví a pohody stejnou péči jako osoba s demencí. Rodinní příslušníci potřebují mít podporu s vývojem jejich vlastní strategie a zvládnání pomoci postižené osobě.

Je důležité pochopit, že demence je velmi stresující pro hlavní pečovatele a rodiny s dětmi. Měli byste být schopni podpořit rodinu a přátele, aby se mohli podílet na společných aktivitách s osobou s demencí. Je nezbytné respektovat rozhodnutí učiněná rodinou a přáteli. Povzbudit rodiny pečující o osoby s demencí udržovat jejich sociální kontakty, jelikož jsou základní podporou rodiny.¹⁶³

¹⁶² [http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Dementia/CCP-Dementia-\(webv2\)%5b1%5d.pdf](http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Dementia/CCP-Dementia-(webv2)%5b1%5d.pdf), ze dne 23.1.2016

¹⁶³ [http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Dementia/CCP-Dementia-\(webv2\)%5b1%5d.pdf](http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Dementia/CCP-Dementia-(webv2)%5b1%5d.pdf), ze dne 23.1.2016

Zásada 7

Vedoucí pracovníci musí přenést zodpovědnost a zajistit adekvátní školení svých pracovníků ve vztahu ke klientům, kteří jsou postiženi demencí.

Vedoucí pracovníci pracující ve zdravotní a sociální péči mají zodpovědnost za zajištění jejich týmu a také za zprostředkování způsobu školení a podpory vedoucí k uspokojení potřeb lidí s demencí. Členové týmu mohou vyžadovat různé úrovně podpory a školení, které závisí na jejich konkrétní pracovní roli, povaze jejich práce.¹⁶⁴

Zásada 8

Práce jako součást multi-agenturního týmu při podpoře osob s demencí.

Je nutné zajistit se všemi odborníky v jednotném řešení při podpoře osobní péče. Koordinovaná podpora musí zahrnovat sdílení důležitých informací s ostatními pracovníky a to převážně tehdy, pokud se změní jakékoliv okolnosti nemoci klienta. Za celkovou péči o osoby s demencí by měl stát tým odborníků, který řídí a spolupracuje jednak ohledně diagnostiky, ale také ohledně celkové péče o klienta včetně rodinných příslušníků. Vzdělávání a rozvoj má velmi silný vliv při provádění národní strategie demence (DH 2009), tyto společné zásady jsou klíčovým aspektem pro podporu a rozvoj širšího obzoru sociálních pracovníků a jiných pomáhajících profesí. Společné minimum zásad by měl být použit jako obecný rámec, který může být přizpůsoben a používán flexibilně podle zvláštní potřeby nastavení. Je poskytován jako základ odborné přípravy a rozvoje pro jednotlivé pracovníky, týmy vzdělávacích programů. Tyto doporučení jsou v rámci státních profesních standardů dostupných prostřednictvím Qualification and Credit Framework (QCF). Ty slouží, jako základ zdroje pro plán rozvoje jednak zaměstnavatelů, ale i zaměstnanců.¹⁶⁵

¹⁶⁴ [http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Dementia/CCP-Dementia-\(webv2\)%5b1%5d.pdf](http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Dementia/CCP-Dementia-(webv2)%5b1%5d.pdf), ze dne 23.1.2016

¹⁶⁵ [http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Dementia/CCP-Dementia-\(webv2\)%5b1%5d.pdf](http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Dementia/CCP-Dementia-(webv2)%5b1%5d.pdf), ze dne 23.1.2016

Příloha č.2 Kazuistiky z Alzheimerovy společnosti v Anglii

Kazuistika č. 1

Panu Smithovi byla nedávno diagnostikována Alzheimerova choroba. Žije v rodinném domě sám, jeho manželka zemřela již před léty. Klienta podporují jeho dvě děti, které bydlí poblíž jeho domova. V minulosti pracoval jako tesař, svoje zaměstnání měl rád, býval velmi společenský člověk

Pan Smith je plně mobilní, ve svých denních aktivitách je zatím soběstačný. Nerad chodí sám mimo domov, jelikož se párkrát ztratil a nevěděl, kam se má vrátit. Má potíže s konverzací, často se opakuje, jeho paměť slábne.

Klient navštěvuje skupinu kognitivní stimulace na místní klinice zaměřenou na paměť (Memory clinic). Rodina uvádí, že pana Smithe navštívil jistý muž, jehož návštěvu předem neohlásil. Příbuzní nechali nainstalovat do domu CCTV kameru. Jelikož syn chtěl trávit více času se svým otcem, nechal si zkrátit pracovní úvazek.

Hlavní oblasti zájmu rodiny

Pan Smith tráví většinu času sám, bez společnosti, vyjímaje návštěvy ze strany příbuzných. Příbuzní se obávají, že vzhledem k jeho časté osamělosti by se mohl stát snadným terčem finančního zneužití. Dalším obavou plynou ze zajištění péče o otce, pokud by se jeho zdravotní stav nenadále zhoršil. V minulosti se starali o matku trpící demencí, péče byla velmi vyčerpávající, navíc nebyli schopni získat trvalou plnou moc k vyřizování záležitostí matky.

Přijatá opatření

Poradce pro osoby s demencí z Alzheimerovské společnosti předal doporučení na sociální odbor místního úřadu, aby provedl posouzení potřeb sociální péče klienta. Panu Smithovi byly předány informace týkající se možné návštěvy pravidelných setkání osob s demencí tzv. „Dementia café“. Dále mu bylo poskytnuto doporučení pro asociaci pečovatelů (Waltham Forest Carers Association) z důvodu posouzení nároku na příspěvky a na pečovatelskou službu. Bylo probráno vyřízení a důležitost plné moci pro pečovatele o klienta. Dále byly příbuzným předány písemné informace týkající se místní nabídky sociálních služeb, informace nutné k získání plné moci, brožura průvodce demencí, příručka s popisem cvičení na zlepšení paměti.

Kazuistika č. 2

Paní Blacková má 84 let a byla jí diagnostikována smíšená demence. Bydlí v domě se svým manželem, který má 88 let. Paní Blacková v minulosti pracovala v továrně na výrobu oblečení, její manžel byl řidič z povolání. Nemají žádné děti ani příbuzné. Často se cítí osaměle, postrádají návštěvy a společnost jiných lidí. Paní Blacková v minulosti ráda vařila, avšak v poslední době tráví čím dál více času jen odpočíváním na židli a často se opakujícími konverzacemi o tom, kolikátého je a kolik je hodin. Manžel nyní vaří, uklízí a nakupuje, tyto úkony vnímá jako velmi náročné. Pokud se manžel vzdálí, paní Blacková velmi znervózní. V případě, že pan Black opustí dům na dobu delší než 30 minut, ihned mu volá, proto se manžel snaží nakupovat brzy ráno, neboť manželka si ráda přispí. Pan Black již dříve míval doma závratě a obává se, že jeho žena mu nebude moci přivolat pomoc, kdyby omdlel.

Hlavní oblasti zájmu rodiny

Manželé milují zvířata, převážně psy a podporují charity, které se o ně starají. Pan Black si neuvědomuje si, že jeho žena má problémy s pamětí. Manželka nemá zájem o návštěvu klubů, ale přivítala by, pokud by ji někdo navštívil doma.

Přijatá opatření

Poradce pro osoby s demencí probral s manželem všechny projevy onemocnění paní Blackové, převážně projevy týkající se ztráty paměti. Byly mu předány písemné informace vztahující se k onemocnění demencí. Byl nasměrován na místní úřad pro posouzení potřeb manželky, ale také kvůli ustanovení pan Blacka jako pečovatele. Poradce manželovi sdělil, že má nárok na krátký pravidelný oddech až 4 hodin týdně, tato služba je bezplatná, dotovaná místním úřadem. V této době může jít například v klidu na nákupy, zatímco pečovatel zůstane u paní Blackové. Jeho obavy ohledně vlastního zdraví byly předány týmu tísňové péče, aby získal systém pro tísňové volání, který pan Black bude moci nosit na krku a stisknutím tlačítka si bude moci přivolat pomoc (systém je napojený na tísňovou linku). Byly mu rovněž předány kontakty na pravidelná setkání skupiny pečovatelů, kterých se může pravidelně účastnit a sdílet s nimi zkušenosti.

Prostřednictvím poradce byl poslán požadavek i na Asociaci pečovatelů z důvodu kontroly nároku manželů na dávky – ani jeden z nich nedostává příspěvek na pečovatelskou službu. Panu Blackovi bylo vysvětleno, že je pravděpodobné, že má na tento příspěvek nárok, a bude z něj moci platit někoho, kdo by jim pomohl s úklidem.

Anotace

Jméno a příjmení autora: Margita Sommerová, DiS.

Název katedry a fakulty: Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie, Filosofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Název bakalářské práce: Systém sociálních služeb v Anglii se zaměřením na osoby s demencí

Vedoucí práce: PhDr. Eva Klimentová, PhD.

Počet znaků: 95 868

Počet příloh: 2

Počet použitých zdrojů: 31

Klíčová slova: sociální stát, sociální systém, sociální služby, demence, péče

Keywords: welfare state, social system, social services, dementia, care

Bakalářská práce se věnuje popisu systému sociálních služeb v Anglii, zaměřuje se na osoby trpící demencí. Zabývá se deskripcí systému a to z hlediska širšího pojetí sociálního systému, ale i v užším slova smyslu konkrétními službami pro osoby s demencí. Mapuje vybrané aspekty, jako je historický vývoj sociálního státu, vysvětluje jeho funkce a jeho principy. Vysvětluje strukturu sociální péče pro dospělé a její způsoby financování a také současné modely péče o dospělé.

Zároveň také popisuje demenci, její komplexní pojetí léčby od prvních příznaků až po terminální stádium, včetně přístupu orientovaného na člověka, který se stal významným prvkem v komunikaci s osobami trpící demencí. Vymezuje také organizace, instituce a typologie služeb vztahující se k této cílové skupině. Následně analyzuje proces posouzení sociálních potřeb osob s demencí a možnosti využití konkrétních příspěvků. Výsledkem je závěrečné shrnutí klíčových funkcí systému sociálních služeb pro osoby s demencí v Anglii a možné inspirace pro systém sociální péče v České republice.

Bachelor thesis deals with the description of the system of social services in England, focusing on people with dementia. It describes the system in terms of the broader concept of social system, but also in the strict sense of the specific services for people with dementia. It is mapping the selected aspects, such as historical development of the welfare state,

explaining its function and principles. It explains the structure of social care for adults and the ways of its financing and current models of social care for adults.

It also describes dementia, its comprehensive approach from the treatment of the first symptoms to the terminal stage, including a person-centred approach, which has become an important element in communication with persons suffering from dementia. It also outlines the organizations, institutions and typology of services related to this target group. Then analyzes the process of assessing the social needs of people with dementia and possible use of the social benefits. The result is a final summary of the key functions of the social services system for people with dementia in England and possible inspiration for the social care system in the Czech Republic.