

Sborník z konference
Das Sammelbuch von der Tagung



PÉČE O SENIORY V ČESKÉ REPUBLICĚ A RAKOUSKU

ALTENPFLEGE

IN DER TSCHECHISCHEN REPUBLIK UND IN ÖSTERREICH

TÁBOR 18. 3. 2010



EVROPSKÁ ÚZEMNÍ SPOLUPRÁCE
ČESKÁ REPUBLIKA - RAKOUSKO 2007-2013
Gemeinsam mehr erreichen. Společně dosáhneme více.

Spolufinancováno Evropskou unií z prostředků Evropského fondu pro regionální rozvoj

Asociace poskytovatelů sociálních služeb pořádala pod záštitou Mgr. Ivany Stráské, náměstkyně hejtmana Jihočeského kraje a MUDr. Mariána Hoška, náměstkyně ministra práce a sociálních věcí

dne 18. března 2010 v hotelu Palcát v Táboře odbornou konferenci na téma

PÉČE O SENIORY V ČESKÉ REPUBLICĚ A RAKOUSKU

- 10.00 **ZAHÁJENÍ KONFERENCE**
Mgr. Ivana Stráská, náměstkyně hejtmana Jihočeského kraje
MUDr. Marián Hošek, náměstek ministra, MPSV ČR
- PŘEDSTAVENÍ PARTNERŮ PROJEKTU**
Ing. Jiří Horecký, B. A. (Hons), prezident, APSS ČR
Mag. Johannes Wallner, prezident rakouské Asociace domovů pro seniory
Edgar Führer, člen Generální rady E.D.E.
- 10.30 **ZÁKLADNÍ PODMÍNKY POSKYTOVÁNÍ POBYTOVÝCH SLUŽEB PRO SENIORY ČR**
Mgr. Martin Žárský, ředitel odboru sociálních služeb MPSV ČR
- 11.00 **KVALITA SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY V RAKOUSKU**
Mag. Johannes Wallner, prezident rakouské Asociace domovů pro seniory
- 11.30 **SYSTÉM FINANCOVÁNÍ DOMOVŮ PRO SENIORY V ČR**
Doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.,
ředitel VÚ práce a sociálních věcí
- 12.00 **PÉČE O SENIORY V DOLNÍM RAKOUSKU**
Edgar Führer, člen Generální rady E. D. E.
- 12.30 **PŘESTÁVKA**
- 13.15 **DOMOVY PRO SENIORY V JIHOČESKÉM KRAJI**
Mgr. Petr Studenovský, vedoucí Odboru sociálních věcí a zdravotnictví Krajského úřadu Jihočeského kraje
- 13.45 **VZDĚLÁNÍ, DOŠKOLOVÁNÍ A REKVALIFIKACE PRO SPOLUPRACOVNÍKY PEČOVATELSKÝCH DOMŮ HORNÍ RAKOUSKO**
Martin König, předseda ARGE - Pecovatelských domu Horní Rakousko
- 14.15 **ZÁKLADNÍ ROZDÍLY V DOMOVECH PRO SENIORY V RAKOUSKU A ČR**
PhDr. Eva Procházková, odbornice v oblasti sociálních služeb pro seniory
- 14.45 **INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ PRŮBĚHU SOCIÁLNÍ SLUŽBY SE SENIORY**
Mgr. Marcela Vítová, odbornice v oblasti sociálních služeb pro seniory
- 15.15 **SYSTÉM FINANCOVÁNÍ PÉČE O SENIORY V RAKOUSKU**
Heinz Stieb, ředitel Haus Föhrenhof
- 15.45 **DISKUSE**
- 19.00 **GALAVEČER**

Verband der Träger sozialer Einrichtungen der Tschechischen Republik veranstaltete Schirmherrschaft: Hauptmannstellvertreter Südböhmen: Mgr. Ivana Stráská und Stellvertreter Sozialminister: MUDr. Marián Hošek

Fachkonferenz am 18. März 2010 im Hotel Palcát in Tábor, Tř. 9 května

ALTENPFLEGE IN DER TSCHECHISCHEN REPUBLIK UND IN ÖSTERREICH

- 10.00 **EROEFFNUNG DER KONFERENZ**
Mgr. Ivana Stráská, Hauptmannstellvertreter Südböhmen
MUDr. Marián Hošek, Stellvertretender Sozialminister
- VORSTELLUNG DER PARTNER DES PROJEKTS**
Dipl. Ing. Jiří Horecký, B. A. (Hons), Präsident APSS ČR
Mag. Johannes Wallner, Präsident des Dachverbandes der Alten- und Pflegeheime Österreichs
Dir. Edgar Führer, Vertreter im General Board des E.D.E.
- 10.30 **DIE GRUNDVORAUSETZUNGEN DER RESIDENZDIENSTLEISTUNGEN FÜR SENIoren IN TSCHECHIEN**
Mgr. Martin Žárský, Ministerium für soziale Angelegenheiten
- 11.00 **QUALITAET DER ALTENPFLEGE IN ÖSTERREICH**
Mag. Johannes Wallner, Präsident des Dachverbandes der Alten- und Pflegeheime Österreichs
- 11.30 **DAS FINANZIERUNGSSYSTEM DER SENIORENHEIME IN DER TSCHECHISCHEN REPUBLIK**
Doc. Ing. Ladislav Průša, CSc., Direktor des Forschungs-institutes für Arbeit und soziale Angelegenheiten
- 12.00 **ALTENPFLEGE IN NIEDERÖSTERREICH**
Edgar Führer, Vertreter im General Board des E.D.E.
- 12.30 **MITTAGSPAUSE**
- 13.15 **ALTENHEIME IN SÜDBÖHMEN**
Mgr. Petr Studenovský,
Leiter der Sozialabteilung Südböhmens
- 13.45 **AUSBILDUNG FÜR SOZIAL- und GESUNDHEITSBERUFE IN DER ALTENARBEIT IN ÖSTERREICH**
Martin König, Obmann ARGE Alten- und Pflegeheime Oberösterreich
- 14.15 **GRUNDUNTERSCHIEDE DER ALTENHEIME ZWISCHEN TSCHECHIEN UND ÖSTERREICH**
PhDr. Eva Procházková, Expertein für Sozialdienstleistungen
- 14.45 **INDIVIDUELLE PLANUNG DER ALTENPFLEGE**
Mgr. Marcela Vítová, Experte in der Seniorpflege
- 15.15 **DAS FINANZIERUNGSSYSTEM DER ALTENHEIME IN ÖSTERREICH**
Heinz Stieb, Mitglied des GF-Vorstands im Österr. Dachverband
- 15.45 **DISKUSSION**
- 19.00 **GALAAABEND**



Úvodní slovo

Česko-rakouská konference je přirozeným projevem v minulosti započaté spolupráce mezi českou a rakouskou asociací. Lze ji ale také označit za moment zcela důležitý. Moment, který vedl nejen k setkání jednotlivých poskytovatelů, ale i k představení obou systémů sociální péče o seniory v pobytových zařízeních, a to jak z pohledu financování, kapacity a dostupnosti, tak i kvality poskytovaných služeb. Věřím, že tato konference povede ke stimulaci další spolupráce a projektů, které v konečném důsledku přispějí ke kontinuálnímu rozvoji a zkvalitňování sociálních služeb v obou zemích.

*Ing. Jiří Horecký, B. A. (Hons)
Prezident APSS ČR*

Die tschechisch-österreichische Konferenz ist eine natürliche Auswirkung der in der Vergangenheit begonnenen Mitarbeit zwischen dem tschechischen und dem österreichischen Dachverband. Man kann sie auch als einen sehr wichtigen Moment kennzeichnen. Ein Moment, der nicht nur zu den Zusammenreffen der einzelnen Träger führte, sondern auch zur Vorstellung beider Systeme der Altenpflege in den Residenzeinrichtungen und zwar aus Sicht der Finanzierung, Kapazität und Erreichbarkeit und auch der Qualität der Dienstleistungen. Ich hoffe, dass diese Konferenz zur Stimulation nächster Mitarbeit und Projekte führen wird, die in finaler Konsequenz zur kontinuierlicher Entwicklung und Verbesserung der Sozialdienstleistungen beider Länder beitragen werden.

*Ing. Jiří Horecký, B. A. (Hons)
Präsident APSS ČR*

Das Vorwort

„*Informace je taková informace, která způsobí změnu,*“ Gregory Batson. Z těchto důvodů si vedoucí pracovníci z českých a rakouských domovů pro seniory našli cestu do Tábora, aby prohloubili svoje vědomosti o systému péče sousední země a uvědomili si více systémem vlastní.

Jako předseda Asociace domovů pro seniory Rakouska mám radost, že Tábor je pouze začátek společné cesty obou sousedních zemí: v plánu už jsou některé velké projekty, aby podpořily výměnu mezi našimi institucemi, podnítily vzájemné učení a generovaly data a poznatky o daných podpůrných systémech pro potřebné seniory.

Východiska mohou být v současnosti ještě naprosto odlišná, ale budoucnost je srovnatelná a strategie, jak tuto budoucnost uskutečnit, budou rovněž podobné. Proto se nabízí, aby obě sousední země společně analyzovaly budoucí výzvy a definovaly řešení. Tato budoucnost je budoucnost stárnoucí Evropy a náš společný cíl je umožnit v našich sociálních zařízeních lidem, kteří potřebují nejvíce péče, optimální životní kvalitu. K tomu je potřeba společenských a tím i politicky rozhodujících rámcových podmínek. Cílem následujících společných evropských projektů bude zpracování odpovídajících řešení pro trvalé a dlouhodobé zajištění kvality domovů pro seniory. Děkuji APSS ČR za její iniciativy k utvoření sousedských vztahů a přeji čtenářům zajímavou kongresovou četbu.

Mag. Johannes Wallner
Prezident Asociace domovů pro seniory v Rakousku



„*Information ist jene Information, die einen Unterschied macht*“ (Gregory Batson) - in diesem Sinne haben sich die Führungskräfte aus tschechischen und österreichischen Alten- und Pflegeheime auf den Weg nach Tábor gemacht, um ihren Kenntnisstand zum Pflegesystem des Nachbarlandes zu vertiefen und das Eigene wieder Bewusster wahr zu nehmen.

Als Vorsitzender des Bundesverbandes der Alten- und Pflegeheime Österreichs freue ich mich auch, dass Tábor nur der Anfang einer gemeinsamen Reise der beiden Nachbarlän-

der ist: Einige weitere große Projekte sind bereits geplant, um den Austausch zwischen unseren Institutionen zu fördern, das gegenseitige Lernen anzuregen sowie Daten und Erkenntnisse über die jeweiligen Unterstützungssysteme für pflegebedürftige SeniorInnen zu generieren.

Die Ausgangslagen mögen derzeit noch durchaus unterschiedlich sein, die Zukunft ist vergleichbar, und die Strategien, diese Zukunft zu antizipieren, werden ebenfalls ähnlich sein. Daher liegt es nahe, wenn die beiden Nachbarländer gemeinsam die zukünftigen Herausforderungen analysieren und Lösungen definieren. Die angesprochene Zukunft ist jene des alternden Europas; und unser gemeinsames Ziel ist den Schwerstpflegebedürftigen in unseren sozialen Einrichtungen ein Optimum an Lebensqualität zu ermöglichen. Dafür braucht es gesellschaftliche und damit politisch zu entscheidende Rahmenbedingungen. Ziel der nachfolgenden gemeinsamen EU-Projekte wird es sein für die nachhaltige und langfristige Absicherung der Qualität der Alten- und Pflegeheime entsprechende Lösungen zu erarbeiten.

Ich danke dem Tschechischen Verband APSS für seine Initiativen zur Gestaltung der nachbarschaftlichen Beziehungen! Und ich wünsche den LeserInnen eine interessante Kongresslektüre.

Mag. Johannes Wallner
Präsident des Bundesverbandes der Alten- und Pflegeheime Österreichs

ZÁKLADNÍ PODMÍNKY POSKYTOVÁNÍ POBYTOVÝCH SLUŽEB PRO SENIORY V ČESKÉ REPUBLICE

Mgr. Martin Žárský, ředitel odboru sociálních služeb MPSV ČR

V podmínkách České republiky je vztah k domovu pro seniory u starší populace tradičně spíše pozitivní. Lze tedy očekávat, že tak, jak je vyžadován nyní, bude vyžadován i nadále. Přírůstek podílu starých osob je totiž v moderní společnosti stále provázen takovými procesy jako „zmenšování rodiny“ nebo „oddělené bydlení generací“. Právě tyto procesy vytváří stále dostatečně velkou subpopulaci opuštěných, osamocených starých lidí, kteří se nakonec bez institucionální pomoci neobejdou. Obdobně výrazný je nárůst potřeby pečovatelské péče umožňující zachování důstojnosti v soukromí ve vlastním bytě.

Některé dřívější názory gerontologů hovořily pro to, aby stárnoucí člověk s prvními projevy nesoběstačnosti odešel do ústavní péče ještě v době, kdy je schopen se sociálně aklimatizovat. Trvalý nedostatek kapacit takový přístup neumožňoval a všechny evropské tendence deklarují prodloužení života v soukromí s pomocí služeb. Naopak do domovů se odchází „v nouzi nejvyšší“. Odchody do ústavního zařízení „na poslední chvíli“ ve stavu těžké a doma již nezvládnutelné nesamostatnosti mají pak za následek až 30% obměnu stavu klientů ročně, a to z důvodu jejich úmrtí. Na druhé straně žije v pobytových zařízeních pro seniory velká skupina lidí, kteří zcela jistě nevyžadují celodenní komplexní péči. Jedná se především o osoby, které nejsou závislé na pomoci jiné osoby ve stupni I, nebo jsou závislé v počtu úkonů, které odpovídají stupni I. Jedná se o 12 500, respektive 13 500 osob, což představuje zhruba 40% kapacity pobytových služeb pro seniory v ČR.

Stárnutí populace, tj. nárůst lidí ve starším důchodovém věku, obecně vede ke zvyšování požadavků na zdravotní a sociální péči. Významné jsou zejména dimenze rozvoje Alzheimerovy choroby. Předpokládá

se, že touto chorobou trpí cca 5% osob starších 65 let a téměř třetina osob starších 80 let (zdroj Alzheimerovská společnost ČR).

Rozsah potřeby (objektivní i subjektivně pocíťovaný) ústavní péče odráží řadu dílčích faktorů a skutečností. Na prvním místě lze uvést zdravotní stav obyvatel. V České populaci se u osob odcházejících do důchodů vyskytuje v 50% nadváha, která je startem pro řadu dalších zdravotních komplikací, jako je Diabetes mellitus, kardiovaskulární choroby, problémy nosného aparátu a další.

Druhým aspektem pro rozsah potřeby ústavní péče je sídelní struktura. Platí zjištění při sčítání lidu, že čím menší je obec, tím více má seniorů, tím jsou starší a tím je obtížnější poskytovat jim terénní sociální služby, a to z prostého problému dostupnosti, což může být přímý impuls k podání žádosti o ústavní péči. Na rozsah potřeby ústavní péče má významný vliv i situace v oblasti bydlení. Není to tak dávno, kdy domovy důchodců byly státní a obce pomáhaly umisťovat seniory do státních zařízení s cílem získat obecní byt dosud jimi obývaný. Odchod seniora do ústavní péče byl považován za jeden z reálných způsobů zabezpečení bytových potřeb mladých lidí. V České republice žije v nájemních bytech cca 28% obyvatel. Ve městech nad 20 tis. obyvatel je to 35,5% a ve městech nad 100 tis. obyvatel je to 44%. Pokud jde o osaměle žijící seniory, ti žijí v nájemním bytě v 34,6%. Z hlediska růstu nájemného a jeho deregulace je to přímé sdělení, že se významně dotkne 35 až 44% seniorů. Neschopnost kryt takto zvýšení nákladů na bydlení bude nepochybně znamenat další tlak na ústavní péči.

Pro systém sociálních služeb je potřebná návaznost jednotlivých úrovní poskytované péče, průchodnost od pečovatelské služby, denních pobytů, domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem či pracovišť pobytových služeb s intenzivní zdravotní ošetrovatelskou péčí. Každá úroveň má poskytovat právě takové služby, pro které je určena. Návaznost služeb v kontextu změn potřeb jejich klientů a charakter poskytovaných služeb vytváří komplex služeb dlouhodobé péče, tj. není do budoucna možné přistupovat k rozvoji jednotlivých druhů služeb odděleně, ale vždy jako k synergicky působícímu systému, a to včetně schopnosti tzv. „neformálně“ pečujících podílet se na zajištění potřeb osob.

Jakkoliv se preferují všechna opatření a služby, které napomáhají seniorům žít co možno nejdéle ve svých domácnostech, jejich určitý segment potřebuje v závěru života odbornou a náročnou péči, kterou lze poskytnout jen v pobytovém zařízení. Přitom zásadní důraz (dle přání seniorů) je třeba klást na respektování soukromí a důstojnost klientů. Je pravděpodobné, že soukromí a další lidskoprávní aspekty jsou nejoblávějším místem současných zařízení. V případě domova pro seniory je třeba prosazovat tendence, které by odstranily sociálně dehonestující prvky nemocničního charakteru se zachováním kvality a jistoty sociální a zdravotní péče, tedy se zvýšením soukromí a pocitu domova. Zabezpečení soukromí samozřejmě vyžaduje i stavebně technická opatření, zejména pak náhradu již nevyhovujících objektů, popř. jejich restrukturalizaci na zařízení se specifickým režimem (gerontopsychiatrická apod.). S ohledem na vládou schválený materiál „Koncepte podpory transformace ...“ se jeví jako jeden z prioritních úkolů v pobytových zařízeních klást důraz na zkvalitnění životních podmínek uživatelů ve stávajících zařízeních. Vzhledem k tomu, že podle

DIE GRUNDVORAUSSETZUNGEN DER RESIDENZDIENSTLEISTUNGEN FÜR SENIOREN IN TSCHECHIEN

Mgr. Martin Žárský, Ministerium für soziale Angelegenheiten

In der Tschechischen Republik ist die Beziehung zu Seniorenheimen unter der älteren Population traditionell eher positiv, und ist es zu erwarten, dass dieser Zustand auch im Weiteren aufrecht erhalten bleibt. Das Wachstum der Seniorenzahl in der modernen Gesellschaft ist durch verschiedene Prozesse begleitet, wie „Verkleinerung der Familie und getrenntes Wohnen der Generationen“, und eben diese Prozesse „bilden“ eine genug große Subpopulation von verlassenen, allein stehenden Menschen, die zuletzt auf eine institutionelle Hilfe nicht verzichten können. Wohnung unter Aufrechterhaltung der Würde.

Einige frühere Meinungen der Gerontologen haben befürwortet, dass ein alt werdender Mensch mit ersten Äußerungen der Pflegebedürftigkeit in eine Einrichtung gehen soll, bis er noch fähig ist sich sozial zu akklimatisieren. Der andauernde Kapazitätsmangel hat eine solche Lösung nicht ermöglicht, auch alle europäischen Trends erklären die Verlängerung des Lebens in Privatbereich mit Inanspruchnahme der Hilfeleistung. In die Heime geht man „im höchsten Not“. Der Trends der Unterbringung in einer Sozialeinrichtung „in der letzten Minute“, wenn man pflegebedürftig ist und es zu Hause nicht mehr machbar ist, hat dann einen Kundenwechsel bis zu 30% pro Jahr wegen Tod zu Folge. Andererseits lebt eine große Gruppe von Menschen in den stationären Einrichtungen für Senioren, welche ganz sicher keine ganztägige komplexe Betreuung benötigen. Es geht besonders um Personen, die von der Hilfe eines anderen in der Pflegestufe I nicht abhängig sind, oder nur bei den Handlungen pflegebedürftig sind, die der Pflegestufe I. entspreche. Es geht um 12 500, beziehungsweise um 13 500 Menschen, was ca. 40% der Kapazität in den stationären Einrichtungen für Senioren in Tschechien darstellt.

Das Altwerden der Population, d.h. die Zunahme der Menschen im Rentenalter, führt allgemein zur Erhöhung der Anforderungen an die gesundheitliche Pflege und Sozialbetreuung. Wesentlich ist besonders Entwicklung der Alzheimer-Erkrankung. Es besteht eine Voraussetzung, dass ca. 5% über 65 Jahre und fast eine Hälfte über 80 Jahre an dieser Erkrankung leiden (Quelle: Alzheimer-Gesellschaft Tschechiens).

Dem Umfang des Bedarfes an die institutionelle Pflege (objektiv sowie subjektiv empfunden) liegen viele Teilfaktoren und Tatsachen zugrunde. An erster Stelle ist der Gesundheitszustand der Einwohner in der Tschechischen Republik zu nennen. 50% von Pensionierenden in der tschechischen Population leiden an Übergewicht, das ein Impuls zu weiteren gesundheitlichen Komplikationen darstellt, wie Diabetes mellitus, Herz-Kreislaufkrankheiten, Probleme mit Bewegungsapparat etc. Der andere Aspekt für den Bedarf der institutionellen Pflege ist die Siedlungsstruktur. Bei der Volkszählung wurde Folgendes festgestellt: je kleiner die Gemeinde ist, desto mehr Senioren dort leben, desto älter sind sie und desto schwieriger kann man ambulante Sozialhilfe leisten, und zwar aus Zugänglichkeitsgründen, was ein direkter Impuls zur Antragstellung auf Aufnahme in eine stationäre Einrichtung.

Auch die Wohnlage hat einen direkten Einfluss auf Bedarf der stationären Betreuung. Es ist nicht so lange her, als die Seniorenheime staatlich waren und die Gemeinden halfen die Senioren in den Heimen zu unterbringen - mit dem Ziel die Gemeindeförderung zu erhalten, die von den Senioren bewohnt wurde. Die Unterbringung des Senioren in einer Einrichtung galt als eine reale Methode, wie den Wohnbedarf von jungen Menschen sicherzustellen. In der Tschechischen

Republik wohnen ca. 28% der Bewohner in Mietwohnungen. In Städten über 20 Tsd. Einwohner sind es 35,5% und in Städten über 100 Tsd. Einwohner sind es 44%. 34,6% von allein lebenden Senioren wohnen in einer Mietwohnung. Von der Sicht des Mietzinzwachstums und Deregulierung ist diese Tatsache als eine direkte Mitteilung anzusehen, dass dadurch 35 bis 44% von Senioren wesentlich betroffen werden. Die Unfähigkeit, die erhöhten Wohnkosten zu zahlen, wird zweifellos einen weiteren Druck auf die stationäre Betreuung bedeuten.

Für das System der Sozialhilfeleistung ist die Anbindung einzelner Pflegeebenen, der Weg vom Pflegedienst über Tagesstätten, Seniorenheime und Heime mit Sonderregime bis zu Einrichtungen mit intensiver gesundheitlicher Pflege und Sozialbetreuung notwendig. Jede Ebene soll die bedarfsorientierten Dienste erbringen. Die Verbindung der Dienstleistungen bildet einen Komplex der langfristigen Hilfe - im Kontext der Kundenbedürfnisse und des Charakters der erbrachten Dienstleistungen, d.h. in der Zukunft soll man nicht einzelne Typen der Sozialhilfe getrennt, sondern jeweils als ein synergiebezogenes System entwickeln. Auch die „nicht formale“ Pflege soll ins System inkludiert werden.

Obwohl alle Maßnahmen und Hilfeleistungen bevorzugt werden, die den Senioren helfen möglichst lange in ihren Haushalten zu leben, braucht ein bestimmter Teil von Senioren eine fachmännische und anspruchsvolle Pflege am Lebensende, die nur in einer stationären Einrichtung erbracht werden kann. Den wesentlichen Wert ist jedoch (nach Wunsch der Senioren) auf Beachten des Privatlebens und Würde der Kunden zu stellen. Das Privatleben und weitere menschenrechtliche Aspekte gehören wahrscheinlich zu

Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí (MPSV, Praha 2009) bylo v r. 2008 v domovech pro seniory celkem 2 385 tří a více lůžkových pokojů (v roce 2006 to bylo 3 164, tj. pokles o 25 %), jeví se jako účelné orientovat prostředky nikoli na zvýšení celkové kapacity míst v domovech pro seniory, ale na vybudování nových kapacit, která by představovala náhradu za kapacitu, která by vznikla v důsledku snižování počtu tří a více lůžkových pokojů.

Dle stávajícího poznání potřeb seniorů je možné odhadnout, že v případě osob starších 65 let je pobytová služba sociální péče vhodná pro cca 10% osob ve stupni závislosti I (6 845 osob), 30% osob ve stupni II (14 561), 70% osob ve stupni III (13 794) a 90% osob ve stupni IV (11 421). Předpokládá se, že pro osoby bez přiznaného stupně závislosti nejsou pobytové sociální služby určeny. Ze součtu těchto odhadovaných údajů lze dovodit současnou potřebnou kapacitu služeb v ČR, která činí 46 621 lůžek, tj. o 2 560 lůžek více, než, kterou síť služeb disponuje. Dle obdobných propočtů lze stanovit také míru potřeby lůžek na 1 000 obyvatel 65+, tj. cca 31 lůžek.

Výše uvedené odhady však výrazně nekorelují se stávající strukturou obyvatel pobytových služeb pro seniory. Promítneme-li tento „optimální“ odhad do faktické struktury obyvatel pobytových služeb, pak je nutné konstatovat, že 12 000 lůžek je „blokováno“ osobami bez přiznaného stupně závislosti a dalších 6 500 lůžek osobami s přiznaným I. stupněm, tj. celkem 18 500 lůžek. Na druhou stranu se nedostává kapacit pro osoby ve II. stupni (1 300 lůžek), ve III. stupni (7 500), ve IV. stupni (8 200), tj. celkový deficit 17 000 lůžek. Prostým srovnáním těchto dvou součtů a porovnáním s celkovou odhadovanou potřebou kapacit lze dospět k názoru, že stávající kapacita pobytových služeb pro seniory je dostatečná, ovšem je blokována lidmi, kteří s největší pravděpodobností tento typ služby nepotřebují. Lidé, kteří v pobytových službách žijí, však spojili svou životní perspektivu a podmínky bydlení s pobytem v domově pro seniory a je zcela nemožné počítat s tím, že by tato zařízení (byť jejich služby nepotřebují) opustili. Změna struktury klientů je tedy v tomto kontextu záležitostí několika let, spíše však jednoho desetiletí.



Taktéž je nezbytné vzít do úvahy nutnost modernizace řady zařízení pro seniory, která obvykle vede ke snížení kapacit z důvodu snižování počtu více lůžkových pokojů. Pokud bychom vycházeli z předpokladu, že v krajích, kde je hypotetický přebytek lůžek, dojde k průběžné modernizaci těchto kapacit, potom je možné i předpokládat, že potřeba lůžek bude ve střednědobém horizontu uspokojena.

Na druhou stranu v těch krajích, kde propočty ukazují zjevný nedostatek lůžkových kapacit, bude s nejvyšší pravděpodobností investovat také do zvyšování počtu lůžek. V současných cenových relacích představuje

výstavba jednoho lůžka cca 1,5 mil. Kč, rekonstrukce jednoho lůžka pak cca 0,8 mil. Kč. Pokud by mělo být investováno pouze do výstavby nových kapacit, může celkový objem této investice představovat až 6,8 mld. Kč. Výše uvedené propočty jsou však pouze orientační. Je nezbytné provést srovnání s kapacitami terénních a ambulantních služeb, dále pak s preferencemi samotných seniorů a pečujících osob. Bude nezbytné provést také srovnání s trendy, které se odehrávají v oblasti poptávky po rezidenčních službách pro osoby se zdravotním postižením - v tomto ohledu je již nyní zjevné, že v této oblasti se postupně kapacity uvolní.



meist problematischen Punkten in den jetzigen Einrichtungen. In Seniorenheimen sind Tendenzen durchzusetzen, welche die sozial verachtenden Elemente des Krankenhauscharakters unter Aufrechterhaltung der Qualität und Sicherheit der Sozialhilfe und Gesundheitspflege beseitigen würden, es geht also um Verbesserung des Privat- und Zuhausegefühls. Die Absicherung des Privatbereiches erfordert selbstverständlich auch bautechnische Maßnahmen, besonders Wechsel der ungeeigneten Objekte bzw. ihre bedarfspezifische Änderung (gerontopsychiatrische Bedürfnisse etc.). Als eine der Schwerpunktaufgaben - im

Hinblick auf das durch die Regierung verabschiedete Material „Konzept der Unterstützung der Transformation ...“ - gilt die Betonung der Qualitätsverbesserung von Lebensbedingungen der Kunden in bestehenden Einrichtungen. Nach dem Jahrbuch für Arbeit und Sozialwesen (Arbeits- und Sozialministerium, Prag 2009) gab es im Jahre 2008 insgesamt 2 385 Drei- und Mehrbettzimmer in den Seniorenheimen (2006 gab es 3 164, d.h. Senkung um 25%), und es erscheint als zweckmäßig die Mittel nicht zur Kapazitätserhöhung in den Seniorenheimen zu orientieren, sondern die Ausgleichskapazität aufzubauen, die beim Umbau der Drei- und Mehrbettzimmer zu Einzel- oder Doppelzimmern in den Seniorenheimen benötigt wird.

Nach der bestehenden Kenntnis der Bedürfnisse von Senioren kann man abschätzen, dass eine stationäre Einrichtung - bei Menschen über 65 Jahre - für ca. 10% Personen in der Pflegestufe I (6 845 Menschen), 30% Personen in der Pflegestufe II (14 561), 70% Personen in der Pflegestufe III (13 794) und 90% Personen in der Pflegestufe IV (11 421) geeignet ist. Es wird vorausgesetzt, dass die stationären Einrichtungen nicht für Menschen, denen keine Pflegestufe zuerkannt wurde, bestimmt sind. Die Summe der abgeschätzten Angaben ergibt die derzeitige erforderliche Kapazität der Sozialhilfeleistungen in Tschechien, diese beträgt 46 621 Betten, d.h. um 2 560 Betten mehr, als vorhanden. Nach ähnlichen Berechnungen kann auch die Quote der Betten pro 1 000 Einwohner 65+ festgelegt werden, d.h. ca. 31 Betten.

Die oben genannten Abschätzungen entsprechen jedoch nicht der bestehenden Struktur von Bewohnern der stationären Senioreneinrichtungen. Sollte diese „optimierte“ Abschätzung mit der tatsächliche Struktur von Bewohnern der stationären Senioreneinrichtungen verglichen werden, ist es festzustellen, dass 12 000 Betten mit Menschen ohne zuerkannte Pflegestufe und weitere 6 500 Betten mit Menschen in der I. Pflegestufe „blockiert“ werden, d.h. insgesamt 18 500 Betten. Andererseits gibt es Mangel an Kapazität für Menschen in der II. Pflegestufe (1 300 Betten), in der III. Pflegestufe (7 500), in der IV. Pflegestufe (8 200), d.h. das gesamte Defizit macht 17 000 betten. Durch einen einfachen Vergleich dieser zwei Summen

sowie Vergleich mit der gesamten abgeschätzten notwendigen Kapazität gelangen wir zum Schluss, dass die bestehende Kapazität in stationären Einrichtungen für Senioren genügend ist, jedoch von Menschen blockiert, die höchstwahrscheinlich diesen Typ der Sozialhilfe nicht brauchen. Die Menschen, die in stationären Einrichtungen wohnen, haben jedoch ihre Lebensperspektive und Wohnbedingungen mit dem Aufenthalt in einer Einrichtung verbunden und es ist ganz unvorstellbar damit zu rechnen, dass diese Menschen solche Einrichtungen (obwohl sie ihre Dienstleistungen nicht brauchen) verlassen würden. Die Strukturänderung von Kunden ist also von dieser Sicht ein Thema für einige Jahre, eher eines Jahrzehntes.

Auch die notwendige Modernisierung von vielen Einrichtungen für Senioren ist in Betracht zu ziehen, die meistens zur Kapazitätsreduzierung wegen Abbaus der Mehrbettzimmer führt. Wenn man von der These ausgeht, dass in den Kreisen, in denen ein hypothetischer Überschuss von Betten ist, auch zur durchlaufenden Modernisierung dieser Kapazitäten kommt, ist es auch vorauszusetzen, dass der Bettenbedarf mittelfristig befriedigt wird.

Andererseits - in den Kreisen, in denen nach Abschätzungen ein offensichtlicher Mangel an Bettenkapazitäten herrscht, wird es notwendig sein, in die Erhöhung der Bettenzahl zu investieren. Zurzeit liegen die Aufbaukosten pro ein Bett bei ca. 1,5 Mio. CZK, die Sanierung eines Bettes liegt bei ca. 0,8 Mio. CZK. Sollte man nur in den Aufbau neuer Kapazitäten investieren, kann das Gesamtvolumen der Investition bis 6,8 Mrd. CZK machen. Die oben genannten Berechnungen dienen jedoch nur zur Orientierung. Es ist notwendig einen Vergleich mit Kapazitäten der ambulanten Dienstleistungen und der Tagesstätten, dann mit Bevorzugung von Senioren selbst und der Betreuer. Es ist auch ein Vergleich mit Trends durchzuführen, die im Bereich der Nachfrage nach Residenzdienstleistungen für Menschen mit Behinderung herrschen - In dieser Sicht ist es schon jetzt offensichtlich, dass diesbezügliche Kapazitäten allmählich frei werden.



E-Qalin® a kvalita péče o seniory v Rakousku

Mag. Johannes Wallner



Lebenswelt Heim – Spolková asociace domovů pro seniory

- 1994 založeno zemskými organizacemi
- celkem 800 domovů, z toho cca 600 našich členů
- rozvoj kvality
- lobbismus / zastupování zájmů
- image a práce s veřejností



Některá čísla

- 800 domovů
- 50 000 pracovníků
- Velikost domovů: 20 až 400 obyvatel
- 3,6 % generace 60+ v domovech (téměř 80 000 obyvatel)
- Stupeň péče: v průměru 4,5 až 5
- 1,36 % HDP na dlouhodobou péči



Kvalita péče o seniory v Rakousku

- Možná pouze omezená výpověď kvůli velkým rozdílům mezi spolkovými zeměmi (personál, nemovitosti)
- Ale všude dobré zvýšení kvality v posledním desetiletí
- 2010 a dále: stabilizace na této úrovni



Co je kvalita?



Co je kvalita?

Pohled zákonodárce:

- Zákony pro pobytová zařízení
- Zaměstnanecké zákony
- Zákony o ochraně práv uživatele (smlouvy o poskytování sociální služby)



Co je kvalita?

Z pohledu úřadů:

- normy
- hygienické standardy
- HACCP (Systém kritických bodů)
- stavební normy
- zdravotnictví



Co je kvalita?

Pohled spolkových zemí:

- 9 různých zákonů (jedno nebo vícelůžkové pokoje; jednolůžkový pokoj 15 m² až 25 m²)
- dvojnásobný počet ošetřovatelů
- ošetřovatelská péče a/nebo sociální péče



Co je kvalita?

Pohled poskytovatelů sociálních služeb:

- naplňovat zákonné požadavky
- dobrá image (konkurenční trh!)
- maximální využití
- dostatečný počet personálu
- vyrovnaný rozpočet až akceptovatelný výnos





E-Qalin® und die Qualität der Altenpflege in Österreich

Mag. Johannes Wallner



Lebenswelt Heim–Bundesverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs

- 1994 von den Landesorganisationen gegründet
- Gesamt 800 Heime, davon ca. 600 Mitglieder bei uns
- Qualitätsentwicklung
- Lobbyismus / Interessensvertretung
- Image- und Öffentlichkeitsarbeit



Einige Zahlen

- 800 Heime
- 50.000 MitarbeiterInnen
- Heimgröße: 20 bis 400 Bewohner.
- 3,6% der 60+ Generation im Heim (knapp 80.000 BewohnerInnen)
- Pflegestufe: 4,5 bis 5 im Schnitt
- 1,36% BIP für Long term Care



Die Qualität der Altenpflege in Österreich

- Nur bedingte Aussage möglich, da große Unterschiede zwischen den 9 Bundesländern (Personal, Immobilie)
- Aber überall gute Qualitätsentwicklung im letzten Dezennium
- 2010 ff: Stabilisierung auf diesem Niveau



Was ist Qualität ?



Was ist Qualität?

Die Sicht des **Gesetzgebers:**

- Heimgesetze
- Berufsgesetze
- Konsumentenschutzgesetze (Heim-vertrags- und Heimaufenthaltsgesetz)



Was ist Qualität?

Die Sicht der **Behörden:**

- Normen
- Hygienestandards
- HACCP
- Baunormen
- Sanitätswesen



Was ist Qualität?

Die Sicht der **Länder:**

- 9 unterschiedliche Gesetze (Einzel- oder Mehrbettzimmer; Einzelzimmer 15 m² bis 25 m²)
- Doppelt so viele Pflegepersonen
- Krankenpflege und/oder Sozialbetreuung



Was ist Qualität?

Die Sicht der **Träger der Einrichtung:**

- Gesetzliche Vorgaben erfüllen
- Gutes Image (Konkurrenzmarkt!)
- Maximale Auslastung
- Ausreichend Personal
- Ausgeglichenes Budget bis akzeptable Rendite





Co je kvalita?

Pohled zaměstnanců:

- jisté pracovní místo
- akceptovatelné ohodnocení
- dobré provozní klima
- shoda názorů



Co je kvalita?

Pohled rodinných příslušníků:

- prostředí a čistota / hygiena
- jistota
- přátelský přístup personálu
- žádné vlastní platby
- dobré jídlo



Co je kvalita?

Pohled **uživatelů**:

- jistota
- respektování osobní svobody
- přátelský přístup personálu
- absence bolesti
- vlastní pokoj
- dobré jídlo
- dobrá komunikace



Co je kvalita z perspektivy ... ?

- politika / úřady: **zajištění** kvality
- poskytovatel: **zajištění a zvyšování** kvality
- personál: kvalita **pracovních podmínek**
- rodinní příslušníci: kvalita **služeb**
- uživatelé: kvalita **života**

Co je tedy kvalita?



Naše odpověď

a naše podpora pro management v domovech:

E-Qalin® + NQZ

aby tato různá očekávání mohla být splněna!



E-Qalin® a NQZ

E-Qalin®: European Quality-improving Innovative learning in residential care homes for the Elderly
Evropský systém managementu kvality pro domovy pro seniory
NQZ: Nationales QualitätsZertifikat
Národní certifikát kvality pro domovy pro seniory v Rakousku



E-Qalin®

5 perspektiv + 3 dimenze:

- uživatelé
- zaměstnanci
- vedení / management
- okolí
- školicí organizace



Trvalá kvalita: 3 dimenze

vstupní



struktura

průběhová



proces

kvalita

výstupní



výsledek



E-Qalin®

- V centru**: kvalita života uživatele
Cesta: zapojení a rozvoj organizace
Metoda:
- sebehodnocení
 - kontinuální proces zlepšování
 - vnější ohodnocení





Was ist Qualität?

Die Sicht der **MitarbeiterInnen:**

- Sicherer Arbeitsplatz
- Akzeptable Entlohnung
- Gutes Betriebsklima
- Sinnkonstruktionen stimmen überein



Was ist Qualität?

Die Sicht der **Angehörigen:**

- Ambiente und Sauberkeit/Hygiene
- Sicherheit
- Freundlichkeit des Personals
- Keine eigenen Zahlungen
- Gutes Essen



Was ist Qualität?

Die Sicht der **BewohnerInnen:**

- Sicherheit
- Nicht bevormundet werden
- Freundlichkeit des Personals
- Keine Schmerzen haben
- Eigenes Zimmer haben
- Gutes Essen
- Gute Kommunikation



Was ist Qualität aus der Perspektive ... ?

- Politik/Behörde: **Qualitätssicherung**
- Träger: **Qualitätssicherung- und entwicklung**
- Personal: **Arbeitsqualität**
- Angehörige: **Dienstleistungsqualität**
- BewohnerInnen: **Lebensqualität**

Was ist nun **Qualität?**



Unsere Antwort

und unsere Unterstützung für das Management in Heimen:

E-Qalin® + NQZ

damit diese differenten Erwartungen erfüllt werden können!



E-Qalin® und NQZ

E-Qalin®: European Quality-improving Innovative learning in residential care homes for the Elderly

NQZ: Nationales QualitätsZertifikat für Alten- und Pflegeheime in Österreich



E-Qalin®

5 Perspektiven + 3 Dimensionen:

- **BewohnerInnen**
- MitarbeiterInnen
- Führung / Management
- Umfeld
- Lernende Organisation



Lebendige Qualität: 3 Dimensionen

input



Struktur

putput



Prozess

output



Ergebnis

QUALITÄT



E-Qalin®

Im Zentrum: Lebensqualität der BewohnerInnen

Der Weg: Involvement und Organisationsentwicklung

Die Methode:

- Selbstbewertung
- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
- Fremdbewertung



Lebensweltheim
Dachverband der Alten- und Pflegeheim Österreich


Příklad:
Perspektiva „uživatel“

Sub-perspektiva Příklad: přistěhování do domova

Kritérium Příklad: systém doprovázení a informovanosti

Pracovní katalog Popis kritéria

E-Qalin®




Lebensweltheim
Dachverband der Alten- und Pflegeheim Österreich

Model E-Qalin:
Perspektiva „uživatel“

- přestěhování do domova
- adaptace
- biografická orientace & životní styl
- privátní sféra
- proces péče
- medicínsko-terapeutická péče
- hospicová péče
- ...

E-Qalin®



Lebensweltheim
Dachverband der Alten- und Pflegeheim Österreich

Vnější ohodnocení / certifikace

E-Qalin - certifikace v:
I, D, F, GB, Lux, SLO

V Rakousku: Národní certifikát kvality pro domovy pro seniory „NQZ“

Česko: E-Qalin® !!

E-Qalin®





Lebensweltheim
Dachverband der Alten- und Pflegeheim Österreich

Výhled

Kritický: finanční a personální zdroje

Maximální: stabilizace na dobré úrovni

Kvalitativní rozvoj: do konce roku 2011
35 % domovů se značkou kvality

NQZ: do konce roku 2011: 5 % domovů

E-Qalin®





Lebensweltheim
Dachverband der Alten- und Pflegeheim Österreich

Výhled

Centrální požadavek na:
systematickou diskuzi o

1. kvalitě života
2. kvalitě služeb a
3. rozvoji kvality

E-Qalin®






Lebensweltheim
Dachverband der Alten- und Pflegeheim Österreich

Srdečně děkuji za pozornost!

E-Qalin®



Lebensweltheim
Dachverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs

Beispiel:
Perspektive "BewohnerInnen"

Subperspektive **Beispiel: Heimeinzug**

Kriterium **Beispiel: Begleitungs- und Informationspolitik**

Arbeitskatalog Beschreibung des Kriteriums

E-Qalin®




Lebensweltheim
Dachverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs

E-Qalin – Modell:
Perspektive "BewohnerInnen"

- Heimeinzug
- Transfer
- Biographische Orientierung & Lebensstil
- Privatsphäre
- Pflegeprozess
- Medizinisch-therapeutische Versorgung
- Sterbebegleitung & Verabschiedung
- ...

E-Qalin®



Lebensweltheim
Dachverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs

Fremdbewertung/Zertifizierung

E-Qalin - Zertifizierungen in:
I, D, F, GB, Lux, SLO

In Österreich: Nationales
Qualitätszertifikat für Alten- und
Pflegeheime in Österreich „NQZ“

Tschechien: E-Qalin® !!

E-Qalin®





Lebensweltheim
Dachverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs

Ausblick


Kritisch: Personal- und
Finanzressourcen

Maxime: Stabilisieren auf gutem Niveau

Q-Entwicklung: bis Ende 2011 35 % der
Heime mit QM

NQZ: bis Ende 2011: 5% der Heime

E-Qalin®





Lebensweltheim
Dachverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs

Ausblick

Zentrale Forderung an uns:
Systematische Auseinandersetzung mit

1. **Lebensqualität**
2. **Dienstleistungsqualität** und
3. **Qualitätsentwicklung**

E-Qalin®

Lebensweltheim
Dachverband der Alten- und Pflegeheime Österreichs

**Herzlichen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!**

E-Qalin®

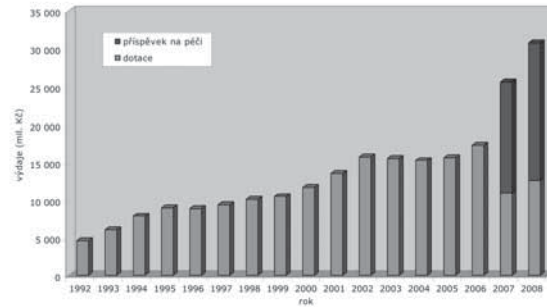


System financování domovů pro seniory v České republice

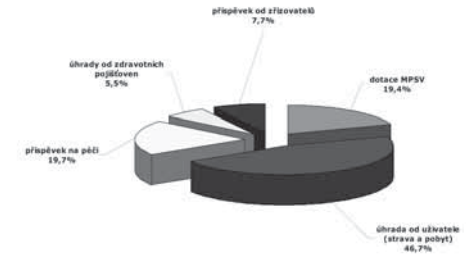
Ladislav Průša
 Tábor, 18. března 2010

VÚPSV, v. v. i., Palackého nám. 4, 128 01 Praha 2, tel.: +420 224 922 381, fax: +420 224 972 873, www.vupsv.cz

Vývoj výdajů na sociální služby v letech 1992 - 2008



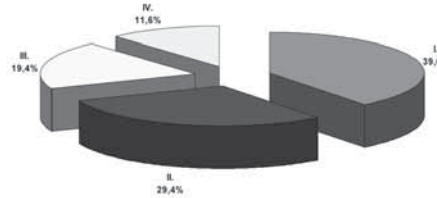
Struktura krytí provozních nákladů v domovech pro seniory v r. 2008



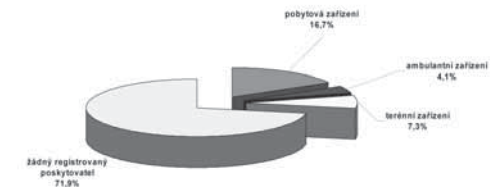
struktura příjemců příspěvku na péči (květen 2009)

stupeň příspěvku	forma péče				celkem
	pobytová	ambulantní	terénní	žádný registrovaný poskytovatel	
celkem	49 576	12 180	21 746	213 203	296 705
I.	11 737	5 777	10 945	88 890	117 349
II.	14 547	3 505	6 196	63 057	87 305
III.	11 231	1 934	2 987	41 437	57 589
IV.	12 061	964	1 618	19 819	34 462

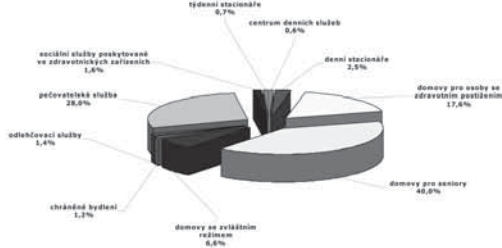
struktura příjemců příspěvku na péči (květen 2009) podle výše příspěvku



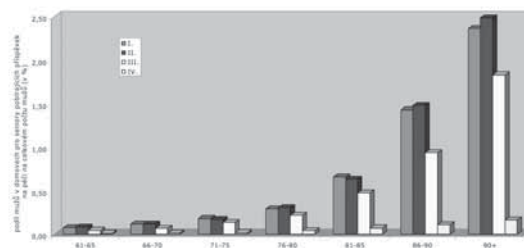
struktura příjemců příspěvku na péči (květen 2009) podle formy poskytované péče



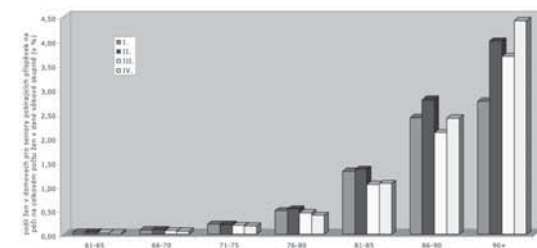
Struktura příjemců příspěvku na péči v květnu 2009 v závislosti na typu poskytované péče



Podíl mužů v domovech pro seniory pobírajících příspěvek na péči na celkovém počtu mužů v dané věkové skupině (květen 2009)



Podíl žen v domovech pro seniory pobírajících příspěvek na péči na celkovém počtu žen v dané věkové skupině (květen 2009)



Finanzierungssystem der Seniorenheime in der Tschechischen Republik

Ladislav Průša
Tábor, 18. März 2010

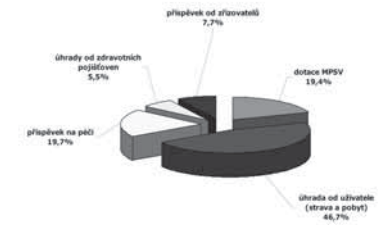
VÚPSV, v. v. i., Palackého nám. 4, 128 01 Praha 2, tel.: +420 224 922 381, fax: +420 224 972 873, www.vupsv.cz

Entwicklung der Ausgaben für die Sozialhilfe 1992 - 2008



Pflegegeld Kunden Krankenkassen Zuschuss von Trägern Förderung des Arbeitsministeriums Zahlung vom (Verpflegung + Aufenthalt)

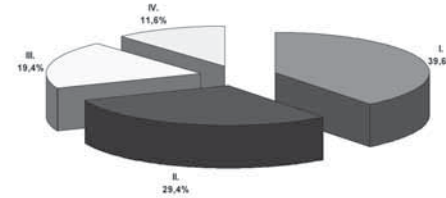
Struktur der Deckung der Betriebskosten in den Seniorenheimen 2008



Struktur der Pflegegeldbezieher (Mai 2009)

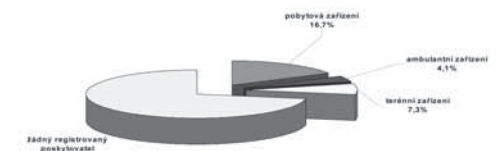
Pflegestufe	Pflegeform			kein registrierter Hilfeleister	Summe
	stationär	Tagesstätte	ambulant		
Summe	49 576	12 180	21 746	213 203	296 705
I.	11 737	5 777	10 945	88 890	117 349
II.	14 547	3 505	6 196	63 057	87 305
III.	11 231	1 934	2 987	41 437	57 589
IV.	12 061	964	1 618	19 819	34 462

Struktur der Pflegegeldbezieher (Mai 2009) nach der Pflegegeldhöhe



Struktur der Pflegegeldbezieher (Mai 2009) nach der Pflegeform (květen 2009)

kein registrierter Hilfeleister stationär ambulant (7.3) Tagesstätte (4.1)

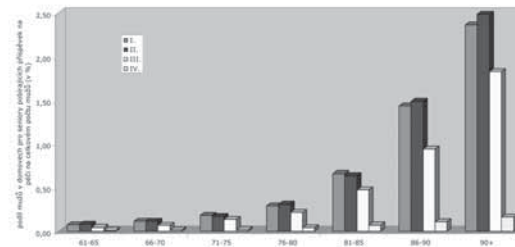


Geschütztes Wohnen (1,2%) Heime mit Sonderregime (8,6%) Seniorenheime (40,0%) Tagesstationär (2,5%)
Heime für Menschen mit Behinderung (17,6%) Tagesstätte (0,8%) Wochenstationär (0,7%) Sozialhilfe in
Krankenhäusern (1,8%) Pflegehilfe (28,0%) Entlastungsdienste (1,4%)

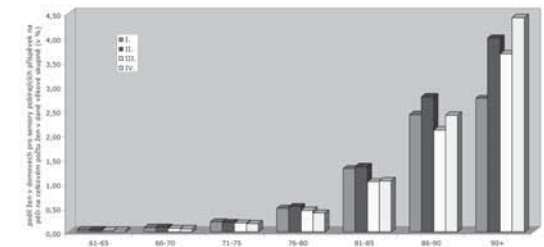
Struktur der Pflegegeldbezieher im Mai 2009
im Bezug auf Pflegetyp



Anteil der Männer - Pflegegeldbezieher - in den Seniorenheimen, zur Gesamtzahl der Männer in der jeweiligen Altersgruppe (Mai 2009)



Anteil der Frauen - Pflegegeldbezieher/innen - zur Gesamtzahl der Frauen in der jeweiligen Altersgruppe (Mai 2009)

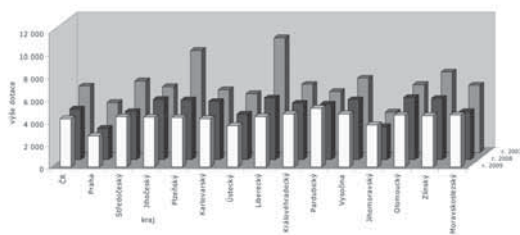


příčiny a důsledky

- nevhodně stanovená kritéria pro přiznání příspěvku na péči pro některé skupiny zdravotně postižených
- nevhodně stanovená přechodná ustanovení zákona
- v pobytových zařízeních sociálních služeb bylo cca 31 % klientů bez jakéhokoliv příspěvku na péči (x § 48 odst. 1 a § 49 odst. 1)
- závislost na dotacích ze státního rozpočtu → stagnace rozvoje

výsledky dotačního řízení v letech 2007 – 2009

Porovnání státní dotace na lůžko v domovech pro seniory v letech 2007 - 2009 (Kč/měsíčně)



2.3. Úhrada za poskytovanou zdravotní péči

r. 2007 – VZP zaplatila 488 mil. Kč
r. 2008 – VZP zaplatila 620 mil. Kč

x

šetření ÚPSV 2009:

náklady celkem 5,2 mld Kč

	náklady na klienta měsíčně	podíl min. nákladů na celkových prům. nákladech
domov pro seniory	5 086 – 5 719 Kč	28,5 %
domov pro osoby se ZP	11 170 – 12 028 Kč	45,1 %
domov se zvláštním režimem	8 672 – 9 417 Kč	42,1 %

2.4. Úhrada klienta za pobyt a stravu v pobytovém zařízení

vyhláška č. 505/2006 Sb.:

- úhrada za poskytování pohybu	180 Kč/denně =	5 400 Kč/měsíčně
- úhrada za poskytování stravy	150 Kč/denně =	4 500 Kč/měsíčně
= celkem		9 900 Kč/měsíčně

↓

„cenová regulace“ jako nástroj ochrany uživatele služby

x

registrace poskytovatele – finanční rozvaha k zajištění provozu poskytování služeb na základě smlouvy (x správní rozhodnutí)

3. Hlavní příčiny stávající situace

nevhodně stanovená kritéria pro přiznání příspěvku na péči pro některé skupiny zdravotně postižených

nevhodně stanovená přechodná ustanovení zákona

↓
struktura uživatelů pobytových sociálních služeb (cca 31 % klientů bez jakéhokoliv příspěvku na péči)

+
nedostatečná výše úhrad zdravotních pojišťoven za poskytovanou zdravotní péči

↓
závislost financování na státních dotacích

+
„cenová regulace“ úhrad za pobyt a stravu

↓
stagnace rozvoje sociálních služeb

4. Možné přístupy a kritéria hodnocení efektivity financování sociálních služeb

- kritéria pro stanovení míry závislosti,
- struktura uživatelů jednotlivých typů sociálních služeb z hlediska míry jejich závislosti,
- kritéria pro přiznávání dotací ze strany státu (MPSV) a zřizovatele,
- přístup zdravotních pojišťoven k financování poskytované zdravotní péče v pobytových zařízeních,
- „cenová regulace“ výše úhrad za pobyt a stravu v pobytových zařízeních
- vybavenost jednotlivých regionů sociálními službami,
- výše provozních nákladů jednotlivých zařízení (stáří budovy, personální vybavení zařízení),
- velikost jednotlivých sídel a regionů

pojetí efektivity v ekonomické teorii

P. A. Samuelson, W. D. Nordhaus – Ekonomie, Svoboda, Praha 1991

- efektivity znamená absenci plýtvání neboli co nejefektivnější užívání zdrojů ekonomiky k uspokojování potřeb a přání lidí (str. 27)
- efektivity je takové použití ekonomických zdrojů, které přináší maximální úroveň uspokojení dosažitelnou při daných vstupech a technologiích (str. 968)
- efektivní trh je takový trh, na kterém jeho účastníci rychle vstřebávají všechny nové informace a ihned je bezprostředně zahrnují do tržních cen (str. 252)

→ teze

efektivní je jak z pohledu státu, tak i z pohledu zřizovatele taková služba sociální péče, kdy výše úhrady klienta za poskytovaný typ služby spolu s vyšší příspěvkem na péči a úhradou zdravotní péče od zdravotní pojišťovny uhradí průměrné celostátní náklady daného typu služby sociální péče

navrhovaná řešení

- změnit systém výplaty příspěvku na péči – zavést poukazový nebo kombinovaný způsob výplaty (I ve II. stupni závislosti)
- přehodnotit míru závislosti osob, kteří na příspěvek na péči získali nárok překlopením ze zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvku při péči o blízkou osobu
- nastavit rovné podmínky financování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb
- zrušit „cenovou regulaci“ za poskytované služby
- odstranit závislost financování služeb sociální péče na poskytování dotací ze státního rozpočtu
- zavést evidenci osob – rodinných příslušníků, kteří zabezpečují péči o své blízké ve vlastní domácnosti a zvýšit kontrolu takto poskytované péče
- zjednodušit správní řád (resp. zvolit speciální úpravu jeho některých ustanovení) tak, aby se zkrátila doba od podání žádosti o příspěvek na péči do jeho výplaty

Ursachen und Folgen

- nicht geeignete Festlegung der Kriterien für die Zuerkennung des Pflegegeldes für einige Gruppen von Menschen mit Behinderung
- nicht geeignete Festlegung der gesetzlichen Übergangsmaßnahmen



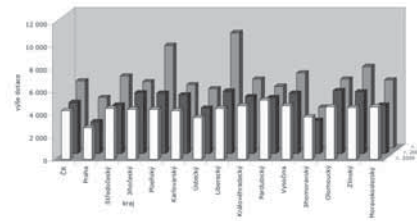
- In stationären Sozialeinrichtungen gab es ca. 31% Kunden ohne das Pflegegeld (x § 49 Abs. 1 und § 49 Abs. 1)



- Abhängigkeit von Förderungen aus dem Staatshaushalt → Stagnation der Entwicklung

Ergebnisse des Förderverfahrens 2007 – 2009

Vergleich der staatlichen Förderung pro Bett in den Seniorenheimen im Zeitraum 2007 – 2009 (CZK/monatlich)



2.3. Vergütung für die geleistete Gesundheitspflege

2007 – die Allgemeine Krankenkasse bezahlte 488 Mio. CZK
2008 – die Allgemeine Krankenkasse bezahlte 620 Mio. CZK

x

Erhebung des VÚPSV 2009:

Kosten total 5,2 Mrd. CZK

	Kosten pro Kunden monatlich	Anteil der Mindestkosten an gesamten durchschnittl. Kosten
Seniorenheim	5 086 – 5 719 CZK	28,5 %
Heim für behinderte Menschen	11 170 – 12 028 CZK	45,1 %
Heim mit Sonderregime	8 672 – 9 417 CZK	42,1 %

2.4. Zahlung des Kunden für Aufenthalt und Verpflegung in einer stationären Einrichtung

Verordnung Nr. 505/2006:

- Zahlung für Bewegungsleistung	180 CZK/Tag =	5 400 CZK/monatlich
- Zahlung für die Verpflegung	150 CZK/Tag =	4 500 CZK/monatlich
= Summe		9 900 CZK/monatlich



die „Preisregelung“ als Instrument vom Schutz des Sozialhilfebezieher



Registrierung des Hilfeleisters – finanzielle Bilanz über Betrieb Hilfeleistung anhand eines Vertrages (x Verwaltungsentscheidung)

3. Hauptursachen der bestehenden Lage

nicht geeignete Festlegung von Kriterien für Anerkennung des Pflegegeldes für einige Gruppen von Menschen mit Behinderung
nicht geeignete gesetzliche Übergangsbestimmungen

↓
Struktur der Kunden von stationären Sozialeinrichtungen
(ca. 31 % Kunden ohne Pflegegeld)

+
ungenügende Zahlung von Krankenkassen für die Gesundheitspflege

↓
Abhängigkeit der Finanzierung von staatlichen Förderungen

+
„Preisregulation“ der Zahlungen für Aufenthalt und Verpflegung

↓
Stagnierung der Entwicklung von Sozialhilfe

4. Mögliche Ansätze und Kriterien zur Bewertung der Effektivität bei Finanzierung der Sozialhilfe

- Kriterien zur Festlegung des Unabhängigkeitsgrades,
- Struktur der Bezieher einzelner Typen der Sozialhilfe von der Sicht derer Unabhängigkeit,
- Kriterien für Zuerkennung der Förderungen vom Staat (Arbeits- und Sozialministerium) und des Trägers,
- Stellungnahme der Krankenkassen zur Finanzierung der geleisteten Gesundheitspflege in stationären Einrichtungen,
- „Preisregulation“ der Zahlungen für Aufenthalt und Verpflegung in stationären Einrichtungen
- „Ausstattung“ der einzelnen Regionen mit Sozialhilfe,
- Höhe der Betriebskosten einzelner Einrichtungen (Alter des Gebäudes, Personalausstattung der Einrichtung),
- Größe einzelner Siedlungen und Regionen

Auffassung der Effizienz in der Wirtschaftstheorie

P. A. Samuelson, W. D. Nordhaus – Ökonomie, Svoboda, Praha 1991

- Effizienz bedeutet die Abwesenheit der Vergeudung oder die effektivste Nutzung von wirtschaftlichen Ressourcen zur Befriedigung der Bedürfnisse und Wünsche von Menschen (S. 27)
- Effizienz ist eine solche Inanspruchnahme von wirtschaftlichen Ressourcen, welche die höchst mögliche unter Verwendung der gegebenen Inputs und Technologien erreichbare Befriedigung bringt (S. 968)
- ein effektiver Markt ist so ein Markt, auf dem seine Teilnehmer alle neuen Infos schnell aufnehmen und sie sofort in Marktpreise einschließen (S. 252)

→ Thesen

effektiv ist eine solche Sozialhilfe – sowohl von der Sicht des Staates als auch von der Sicht des Trägers - in der die durchschnittlichen gesamtstaatlichen Kosten auf den jeweiligen Sozialhilfetyp durch die Höhe der Zahlung des Kunden für den geleisteten Sozialhilfetyp zusammen mit der Höhe des Pflegegeldes und der Vergütung der Gesundheitspflege von der Krankenkasse gedeckt werden

Vorgeschlagene Lösungen

- das Pflegegeld-Auszahlungssystem ändern – Gutscheine oder eine Kombination von beiden Auszahlungsweisen (in der II. Pflegestufe) einführen
- die Pflegedürftigkeit der Menschen neu bewerten, die den Anspruch auf Pflegegeld durch Erhöhung der Pflegerente und des Pflegegeldes für einen Verwandten gewonnen haben
- gleiche Finanzierungschancen der Gesundheitspflege in den stationären Sozialeinrichtungen einzustellen
- die „Preisregulation“ für geleistete Dienstleistungen auszulösen
- die Abhängigkeit der Finanzierung der Sozialhilfe von Förderungen aus dem Staatshaushalt zu beseitigen
- eine Erfassung von Angehörigen einzuführen, die Pflege um ihre Pflegebedürftigen im eigenen Haushalt sichern und Kontrolle dieser Pflege zu verbessern
- die Verwaltungsordnung zu vereinfachen, bzw. eine spezielle Anpassung einiger Bestimmungen so durchzuführen, dass sich die Zeit von der Pflegegeldantragstellung bis zur Pflegegeldauszahlung verkürzt



Jihočeský kraj

Domovy pro seniory v Jihočeském kraji

Mgr. Petr Studenovský, 18. 3. 2010



Jihočeský kraj

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Dle údajů z Registru poskytovatelů sociálních služeb je sociální služba Domovy pro seniory na území Jihočeského kraje zajištěna:

- 29 poskytovatelů
- 37 zařízení
- 2926 kapacita lůžek



Jihočeský kraj

Příspěvkové organizace kraje v sociální oblasti



Jihočeský kraj

Jihočeský kraj je zřizovatelem 20 organizací poskytujících sociální služby. Tyto organizace poskytují sociální služby, a to dvěma formami:

pobytová forma:

- domovy pro seniory
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- domovy se zvláštním režimem
- odlehčovací služby
- týdenní stacionáře
- chráněné bydlení

ambulantní forma:

- denní stacionáře
- odborné sociální poradenství
- sociálně terapeutické dílny

Domovů pro seniory je registrováno celkem **18**, s celkovou kapacitou **1526 lůžek**.



Jihočeský kraj

Domovy pro seniory zřizované JĚK	Kapacita
Domov pro seniory Bechyně	65
Domov pro seniory Budislav	60
Domov pro seniory Budislav, pob. Tučapy	55
Domov důchodců Budiškovice	140
Domov důchodců České Velenice	80
Domov důchodců Dobrá Voda	254
Domov pro seniory SVĚTLO	68
Domov pro seniory SVĚTLO, pob. Písek	84
Domov důchodců Horní Planá	110
Domov pro seniory H. Stropnice	45
Domov pro seniory Chvalkov	49
Domov pro seniory Chýnov	41
Domov důchodců J. Hradec - Otín	133
Domov pro seniory Kaplice	29
Domov pro seniory Kaplice, pob. Č. Krumlov	25
Domov pro seniory Stachy-Kůsov	130
Domov seniorů Mistra Kříšćana Prachatice	100
Domov důchodců Třeboň	58



Jihočeský kraj

Domovy se zvláštním režimem zřizované JĚK	Kapacita
Domov důchodců Dobrá Voda	46
Domov pro seniory SVĚTLO	38
Domov pro seniory Chýnov	36
Domov důchodců J. Hradec - Otín	20

Od 1. 1. 2010 je nově registrována pobytová forma odlehčovací služby pro seniory s kapacitou 6 lůžek při Domově seniorů České Velenice.



Jihočeský kraj

Z platného Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje je zřejmé, že na kvalitu a finanční náročnost poskytovaných sociálních služeb má vliv i stáří budovy, ve kterém jsou tyto služby poskytovány.

U domovů pro seniory zřizovaných Jihočeským krajem je tato struktura stáří budov:

- do 20 let 4 zařízení
- 20 – 50 let 4 zařízení
- 50 – 100 let 3 zařízení
- nad 100 let 5 zařízení



Jihočeský kraj

Zdroje financování domovů pro seniory



Jihočeský kraj

- dotace od MPSV
- příspěvky od úřadů práce
- příspěvky zřizovatele (kraj, obec)
- úhrady od uživatelů služby
- úhrady zdravotních pojišťoven
- resorty státní správy (ostatní ministerstva)
- dotace, granty krajů
- strukturální fondy EU
- jiné zdroje (sponzorské dary, vlastní obchodní činnost aj.)



Jihočeský kraj

Seniorenheime in Südböhmen

Mgr. Petr Studenovský, 18. 3. 2010



Jihočeský kraj

In den Seniorenheimen wird stationäre Sozialhilfe den Menschen mit geminderter Selbstgenügsamkeit besonders wegen Alter geleistet, deren Lage eine regelmäßige Hilfe einer anderen natürlichen Person braucht.

Nach Angaben aus dem Register der Sozialhilfeleister wird die Sozialhilfe in der Form der Seniorenheime in Südböhmen wie folgt organisiert:

- 29 Sozialhilfeleister
- 37 Einrichtungen
- 2926 Bettenkapazität



Jihočeský kraj

Zuschussorganisationen im Sozialbereich des Kreises



Jihočeský kraj

Der Kreis Südböhmen errichtet 20 Organisationen, die Sozialhilfe leisten. Diese Organisationen erbringen Sozialdienstleistung auf zwei Weisen:

Stationär:

- Seniorenheime
- Heime für Menschen mit gesundheitlicher Behinderung
- Heime mit Sonderregime
- Entlastungsdienste
- Wöchentliche Stationäre
- Geschütztes Wohnen

Tagesbetreuung:

- Tagesstationäre
- Fachsozialberatung
- Sozial-therapeutische Werkstätten

Es sind 18 Seniorenheime registriert, die Gesamtkapazität beträgt 1526 Betten.



Jihočeský kraj

Die durch den Kreis Südböhmen errichteten Seniorenheime	Kapazität
Seniorenheim Bechyně	65
Seniorenheim Budslav	60
Seniorenheim Budslav, Zweigstelle Tučapy	55
Seniorenheim Badtkovice	140
Seniorenheim České Velenice	80
Seniorenheim Dobrá Voda	254
Seniorenheim SVĚTLO	68
Seniorenheim SVĚTLO, Zweigstelle Pisek	84
Seniorenheim Horní Planá	110
Seniorenheim Il. Stropnice	45
Seniorenheim Chvalkov	49
Seniorenheim Chýnov	41
Seniorenheim J. Hradec - Otín	133
Seniorenheim Kaplice	29
Seniorenheim Kaplice, Zweigstelle C.Krumlov	25
Seniorenheim Stachy-Kůsov	130
Seniorenheim Mistra Křížová Prachatic	100
Seniorenheim Třeboň	58



Jihočeský kraj

Die durch den Kreis Südböhmen errichteten Heime mit Sonderregime	Kapazität
Seniorenheim Dobrá Voda	46
Seniorenheim SVĚTLO	38
Seniorenheim Chýnov	36
Seniorenheim J. Hradec - Otín	20

Seit dem 1. 1. 2010 ist eine neue Aufenthaltsform der Entlastungsdienstleistung für Senioren im Seniorenheim in České Velenice mit der Kapazität 65 Betten errichtet.



Jihočeský kraj

Dem gültigen mittelfristigen Sozialhilfe-Bedarfsplan Südböhmens ist es zu entnehmen, dass auch das Alter des Gebäudes, in dem das Seniorenheim sitzt, auf die Qualität und finanzielle Aufwendigkeit der geleisteten Sozialhilfe hat.

Bei den vom Kreis Südböhmen errichteten Seniorenheimen wurde folgende Altersstruktur von Gebäuden festgestellt:

- bis 20 Jahre 4 Einrichtungen
- 20 – 50 Jahre 4 Einrichtungen
- 50 – 100 Jahre 3 Einrichtungen
- über 100 Jahre 5 Einrichtungen



Jihočeský kraj

Finanzquellen der Seniorenheime



Jihočeský kraj

- Förderungen des Arbeits- und Sozialministerium
- Zuschüsse von AMS
- Zuschüsse vom Träger (Kreis, Gemeinde)
- Zahlungen von Hilfebezieher
- Vergütungen von Krankenkassen
- Staatliche Verwaltung (sonstige Ministerien)
- Förderungen, Grants von Kreisen
- Strukturfonds der EU
- Andere Quellen (Sponsorspenden, eigene Handelstätigkeit etc.)

Přehled a vývoj výše příspěvků z dotačního řízení MPSV - domovy pro seniory zřizované Jihočeským krajem (roky 2008, 2009 a 2010):

- 2008 - 132 906 100 Kč
- 2009 - 107 814 500 Kč
- 2010 - 111 452 000 Kč

Počet příspěvků na péči dle stupně závislosti – rok 2010

Uživatelé ve věku nad 18 let:

1. stupeň = 276 osob
2. stupeň = 476 osob
3. stupeň = 325 osob
4. stupeň = 374 osob

Přehled a vývoj výše příspěvků na péči v domovech pro seniory zřizovaných Jihočeským krajem (roky 2007, 2008 a 2009):

- 2007 – 104 573 000 Kč
- 2008 – 163 466 000 Kč
- 2009 – 168 256 000 Kč

Přehled o úhradách zdravotních pojišťoven za poskytnutou zdravotní péči v domovech pro seniory zřizovaných Jihočeským krajem (roky 2007, 2008 a 2009):

- 2007 – 55 140 000 Kč
- 2008 – 52 231 000 Kč
- 2009 – 64 444 000 Kč

Počty a profesní skladba pracovníků v domovech pro seniory zřizovaných Jihočeským krajem

- sociální pracovníci = 30
- pracovníci v sociálních službách = 295
- zdravotničtí pracovníci = 235
- další odborní pracovníci = 1 (psycholog)
- ostatní pracovníci = 392 (pedag., organiz., techn. aj.)
- dohody konané mimo pracovní poměr = 20 (DPP, DPČ) – externí spolupráce

Fotogalerie - domovy pro seniory Jihočeského kraje

Domov důchodců Horní Planá



Domov důchodců Horní Planá - interiér



Děkuji za pozornost.

Übersicht und Entwicklung der Zuschusshöhe aus dem Förderverfahren des Arbeits- und Sozialministeriums für Seniorenheime, die vom Kreis Südböhmen errichtet sind (Jahre 2008, 2009 und 2010):

- 2008 - 132 906 100 CZK
- 2009 - 107 814 500 CZK
- 2010 - 111 452 000 CZK

Anzahl der ausgezahlten Pflegegelder nach der Pflegestufe – Jahr 2010

Pflegegeldbezieher über 18 Jahre:

- 1. Stufe = 276 Menschen
- 2. Stufe = 476 Menschen
- 3. Stufe = 325 Menschen
- 4. Stufe = 374 Menschen

Übersicht und Entwicklung der Höhe der Pflegegelder in den Seniorenheimen, die durch den Kreis Südböhmen errichtet sind (Jahre 2007, 2008 und 2009):

- 2007 – 104 573 000 CZK
- 2008 – 163 466 000 CZK
- 2009 – 168 256 000 CZK

Übersicht der Vergütungen der Krankenkassen für die geleistete gesundheitliche Pflege in den Seniorenheimen, die vom Kreis Südböhmen errichtet sind (Jahre 2007, 2008 und 2009):

- 2007 – 55 140 000 CZK
- 2008 – 52 231 000 CZK
- 2009 – 64 444 000 CZK

Anzahl und berufliche Zusammensetzung der Mitarbeiter in den Seniorenheimen, die vom Kreis Südböhmen errichtet werden

- Sozialmanager = 30
- Sozialbetreuer = 295
- Krankenschwestern = 235
- sonstige Fachkräfte = 1 (Psychologe)
- sonstige Kräfte = 392 (Pädagogen, Organisation, Techniker etc.)
- Externe, Werkverträge = 20

Fotogalerie –
Seniorenheime
Südböhmen

Seniorenheim Horní Planá



Seniorenheim Horní Planá –
Innenräume



Danke für die Aufmerksamkeit



Odborná konference Péče o seniory v České republice a v Rakousku

Vzdělání pro sociální a zdravotnické profese v péči o seniory v Rakousku



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheim OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Martin König

- ARGE seniorské domy Horního Rakouska
- obchodní ředitel Altenheim-Implacementstiftung (ALIS)
- člen představenstva Asociace domovů pro seniory v Rakousku



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheim OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Aktuální situace v Rakousku

- Nedostatek personálu
 - V celém Rakousku chybí 3 000 pracovníků
 - V nejbližších letech vyvstane potřeba 7 000 pracovníků
 - Zahraniční pracovníci nepředstavují trvalé řešení
 - Zvyšuje se potřeba péče
 - demografický vývoj
 - nezbytný rozvoj terénních služeb



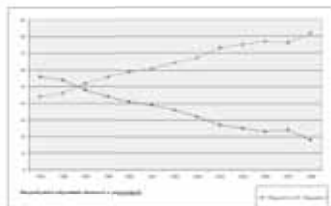
Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheim OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Aktuální situace v Rakousku

„Stoupající potřeba péče vyžaduje zvýšení počtu personálu“

Stupně péče 0-2
Stupně péče 3-7



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheim OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Příčiny nedostatku ošetrovatelského personálu

- rámcové podmínky
- špatná image
- ohodnocení
- kritéria vzdělání
- příliš malý zájem
- vliv demografického vývoje
- konkurence ostatních povolání
 - mnoho dosud „mužských povolání“ i pro ženy, např. v technickém oboru



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheim OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Vývoj vzdělávání

	1980	2010
Délka vzdělání	0	2 400 – 4 800 hodin
Školné	0	až 35 000€
Náklady pro domovy	0	7 200 €
Účastníci	0	1 000 / rok
Odbornosti	-	Odborný sociální pracovník Dipl. zdravotní sestra Pracovník v přímé péči



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheim OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Rozvoj odborností

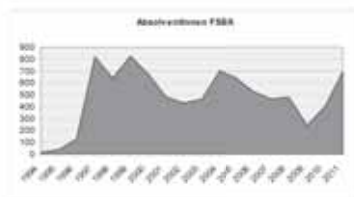
- Pomocná síla
- Pečovatel/ka
- Odborný/á pečovatel/ka
- Sociální pracovník
- Diplomovaná zdravotní sestra



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheim OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Absolventi – odborní sociální pracovníci se zaměřením na péči o seniory



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheim OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Zákonná úprava vzdělávání

- Zákon o sociálních povoláních (SBG)
- Zákon o zdravotnictví a péči o nemocné (GuKG)



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheim OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Fachkonferenz Altenpflege in der Tschechischen Republik und in Österreich



Ausbildung für
Sozial- und Gesundheitsberufe
in der Altenarbeit in Österreich



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Martin König



- ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
- Geschäftsführer der Altenheim-Implacementsstiftung (ALIS)
- Mitglied im Vorstand des Dachverbandes der Alten- und Pflegeheime Österreichs



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Aktuelle Situation in Österreich



- Personalmangel
 - Österreichweit fehlen 3.000 MitarbeiterInnen
 - In den nächsten Jahren ein Bedarf von 7.000 neuen MitarbeiterInnen
 - Ausländische MitarbeiterInnen stellen keine dauerhafte Lösung dar
 - Betreuungs- und Pflegebedarf steigt
 - Demografische Entwicklung
 - Ausbau der mobilen Dienste wird notwendig

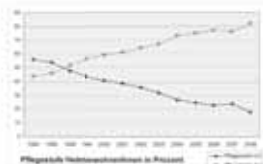


Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Aktuelle Situation in Österreich



„Steigender Pflegebedarf
erfordert mehr Personal“



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Ursachen für Pflegekräftemangel



- Rahmenbedingungen
- Schlechtes Image
- Entlohnung
- Ausbildungskriterien
- Zuwenig Interesse
- Auswirkung demografische Entwicklung
- Konkurrenz anderer Berufe
 - Viele bisher „männliche“ Berufe auch für Frauen, z. B. im technischen Bereich



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Entwicklung der Ausbildungen



	1980	2010
Ausbildungs- dauer	0	2.400 – 4.800 Stunden
Schulskosten	0	Bis zu € 35.000,-
Kosten für Heime	0	€ 7.200,-
Teilnehmer	0	1.000/Jahr
Berufsbild	-	FSB DGKS/P HH



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Entwicklung des Berufsbildes

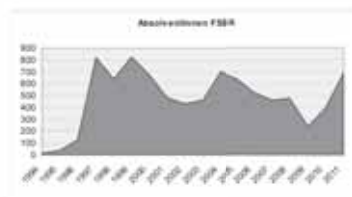


- Hilfskraft
- AltenhelferIn
- AltenfachbetreuerIn
- Sozialbetreuungsberufe
- DGKS/P



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

AbsolventInnen - FachsozialbetreuerInnen mit Schwerpunkt Altenarbeit



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Gesetzliche Regelung der Ausbildung



- Sozialberufegesetz (SBG)
- Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Povolání v sociální oblasti



- Pracovník v přímé péči
- Odborný sociální pracovník / práce se seniory
- Odborný sociální pracovník / práce s postiženými
- Odborný sociální pracovník / asistent
- Diplomovaný sociální pracovník
- Diplomovaná zdravotní sestra



Martin König ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Délka vzdělání



- Pracovník v přímé péči (6 měsíců, 400 hod.)
- Odborný sociální pracovník (2 roky, 2400 hod.)
- Diplomovaný sociální pracovník (3 roky, 3600 hod.)
- Dipl. zdravotní sestra (3 roky, 4800 hod.)



Martin König ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Možná pracovní místa



- domovy pro seniory
- terénní služby
- denní stacionáře
- rehabilitační a lázeňská zařízení
- nemocnice
- zařízení pro postižené
- zařízení pro mladistvé
- atd.



Martin König ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Kde probíhá vzdělávání?



- odborné školy pro povolání v sociální oblasti
- zdravotnické školy



Martin König ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Školy v Horním Rakousku – dříve a dnes



1976:	10
2010:	12 000 vzdělávaných pracovníků



Martin König ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Absolventi – dříve a dnes



1976:	17 absolventů
2006:	600 absolventů / rok
2010:	1000 absolventů / rok



Martin König ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Školy v Horním Rakousku - 1976



Martin König ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Školy v Horním Rakousku – 2010



Martin König ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Vývoj nákladů pro praktikanty



Martin König ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Berufe im Sozialbereich



- Heimhelferin
- FachsozialbetreuerIn/Altenarbeit
- FachsozialbetreuerIn/Behindertenarbeit
- FachsozialbetreuerIn/Behindertenbegleitung
- DiplomsozialbetreuerIn
- Diplom Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Ausbildungsdauer



- HeimhelferIn (6 Monate, 400 h)
- FachsozialbetreuerIn (2 Jahre, 2400 h)
- DiplomsozialbetreuerIn (3 Jahre, 3600 h)
- Dipl. Gesundheits- u. Krankenschwester/-pfleger (3 Jahre, 4800 h)



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Mögliche Arbeitsplätze



- Alten- und Pflegeheim
- Mobile Dienste
- Tagesbetreuungseinrichtungen
- Reha-Einrichtungen und Kuranstalten
- Krankenhaus
- Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen
- Einrichtungen der Jugendwohlfahrt
- u.v.m.



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

WO findet die Ausbildung statt?



- Fachschulen für Sozialberufe
- Gesundheits- und Krankenpflegesschulen



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Schulen in OÖ – einst und heute



1976: 10
2010: 12.000 ausgebildete MitarbeiterInnen



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

AbsolventInnen – einst und heute



1976: 17 Absolventen
2006: 600 AbsolventInnen/Jahr
2010: 1000 AbsolventInnen/Jahr



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Schulen in OÖ - 1976



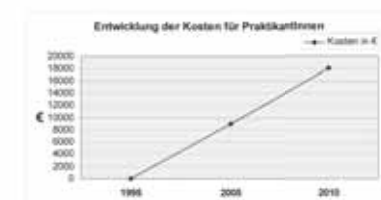
Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Schulen in OÖ 2010



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Entwicklung der Kosten für PraktikantInnen



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Opatření

- Personální plánování
- Spolupráce se školami
- Spolupráce se spolkovou zemí
- Domovy jsou partnery vzdělávacího procesu (praxe)



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Opatření

- spolupráce s domovy a školami
- založení pracovní nadace – Altenheim-Implacementstiftung ALIS
- aktivní tematizace navenek i uvnitř
- nutná reforma vzdělávání
- propagační kampaň projektu „Odborný sociální pracovník“
- inovativní personalistika
- nové modely a koncepty vzdělávání
- reformní dokument



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



ALIS koordinuje
s podporou
AMS a spolkovou zemí Horní Rakousko

Vzdělávání sociálních a zdravotnických pracovníků



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Nadace zabývající se umístováním

- Nabídka subjektům
 - Nástroj k získání nových pracovníků
 - Kvalifikace odpovídající provozním požadavkům
- Stanovení cíle
 - Vzdělání pro potřebné profese (např. odborné sociální pracovníky pro seniory, diplomované zdravotní sestry)
 - Integrace nezaměstnaných



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Nadace zabývající se umístováním

- Cílové skupiny
 - zařízení (např. domovy pro seniory), která plánují zaměstnat v budoucnu praktikanty
- uchazeči, kteří:
 - mají nárok na podporu v nezaměstnanosti nebo pobírají sociální dávky
 - se během posledních 12 měsíců nezúčastnili žádného školení
 - mají zájem na vzdělání, po kterém je poptávka na pracovním trhu



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Úkoly nadace

- Příprava zahájení nadační činnosti
 - informace
 - poradenství
 - vyhotovení smluv
- Podpora a koordinace
 - domovy pro seniory
 - nemocnice
 - terénní služby
 - AMS
 - uchazeči
 - zemské vlády



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Financování

- Měsíční podpora uchazečů od AMS
 - podpora v nezaměstnanosti pro requalifikanty, sociální podpora, pokrytí základních životních potřeb
- Náklady na vzdělání
 - prostředky z Horního Rakouska – až 75 % (max. 2 200 €)
- Kurzovné
 - 300 € přispívá zařízení, ve kterém probíhá praxe



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Pracovní fondy

- Zahájení od roku 2001
 - 2000
- V současnosti se vzdělává
 - 534
 - z toho je 398 odborných sociálních pracovníků pro seniory
 - a 136 dipl. zdravotních sester



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Kampaň „Odborný sociální pracovník“

PROČ?

- **Změněné rámcové podmínky** na základě demografického vývoje a společenských změn
- Vývoj ke **společnosti založené na službách**, zvýšení nároků a konzumní myšlení
- **Změna image**: musí být transportován obraz „nových“ domovů pro seniory, „staré“ vlivy jsou stále hluboce zakořeněny
 - zapojení externí PR práce
- **Nové vzdělávací možnosti** – na budoucnost orientovaná a v krizi zajištěná pracovní místa s pozitivní image
- Pravidelný **kontakt spolupracujících partnerů** ohledně aktuálních projektů



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Společná kampaň vzdělávacích středisek,
sociálního resortu země Horního Rakouska a ARGE



Maßnahmen

- Personalplanung
- Zusammenarbeit mit Schulen
- Kooperation mit dem Land
- Heime sind Partner im Ausbildungsprozess (Praktikum)



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ.
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Maßnahmen

- Zusammenarbeit mit Heimen u. Schulen
- Gründung einer Arbeitsstiftung – Altenheim-Implacementstiftung ALIS
- Aktive Thematisierung nach außen u. innen
- Reform der Ausbildungen notwendig
- Imagekampagne Sinnstifter
- Innovativeres Personalmanagement
- Neue Ausbildungsmodelle u. -konzepte
- Reformpapier



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ.
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



ALIS koordiniert
mit Unterstützung von
AMS und Land OÖ

Ausbildungen in Sozial- und Gesundheitsberufen



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ.
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Implacementstiftung

- Angebot an Unternehmen
 - Instrument zur Rekrutierung neuer MitarbeiterInnen
 - Qualifizierung entsprechend betrieblicher Erfordernisse
- Zielsetzung
 - Ausbildung für benötigte Berufe (z.B. FachsozialbetreuerIn Altenarbeit, dipl. Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger)
 - Integration arbeitsloser ArbeitnehmerInnen



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ.
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Implacementstiftung

- Zielgruppen
 - Unternehmen (zB. Altenheime), die beabsichtigen, die MitarbeiterInnen aus dem Praktikum auch künftig zu beschäftigen
- TeilnehmerInnen, die
 - Anspruch auf Arbeitslosengeld haben oder Notstandshilfe beziehen
 - Während der letzten 12 Monate nicht im Ausbildungsunternehmen beschäftigt waren
 - Interesse an einer am Arbeitsmarkt nachgefragten Aus- und Weiterbildung haben



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ.
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Aufgaben der Stiftung

- Vorbereitung des Stiftungseintrittes
 - Information
 - Beratungsgespräch
 - Erstellen der Verträge
- Betreuung und Koordination
 - Altenheime
 - Krankenhäuser
 - Mobile Dienste
 - AMS
 - TeilnehmerInnen
 - Landesregierung



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ.
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Finanzierung

- Monatliche Unterstützung der TeilnehmerInnen durch AMS
 - Schulungsarbeitslosengeld, Notstandsbeihilfe, DLU
- Ausbildungskosten
 - Mittel des Landes OÖ – bis 75 % (max. € 2.200,-)
- Unkostenbeitrag
 - € 300,- sind vom Praktikumsgeber an Stiftung zu entrichten



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ.
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Arbeitsstiftungen

- Eintritte seit 2001
 - 2000
- Derzeit in Ausbildung
 - 534
 - davon sind 398 FachsozialbetreuerInnen Altenarbeit
 - und 136 dipl. Gesundheits- und Krankenschwestern/-pfleger



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ.
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Kampagne Sinnstifter

WARUM?

- **Geänderte Rahmenbedingungen** aufgrund der demografischen Entwicklung und gesellschaftlicher Veränderungen
- Entwicklung zur **Dienstleistungsgesellschaft**, Anspruchs- und Konsumdenken
- **Imagewandel**: das Bild der „neuen“ **Alten- und Pflegeheime** muss transportiert werden, „alte“ Eindrücke sind teilweise noch immer fest verankert.
 - Einbeziehung externer PR-Arbeit
- **Neue Ausbildungsmöglichkeiten** – zukunftsorientierte und krisensichere **Arbeitsplätze mit positiven Image**
- **Regelmäßiger Kontakt der Kooperationspartner** bzgl. aktueller Projekte

Gemeinsame Kampagne der Ausbildungsstätten, des Sozialressorts des Landes OÖ und der ARGE Alten- und Pflegeheime



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ.
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Kampaň „Odborný sociální pracovník“ „Hledá se odborný sociální pracovník“



- Získávání zájemců o vzdělání
 - Lidé vracějící se do pracovního procesu po skončení mateřské dovolené
 - Díky odpovídajícím kurzům a seminářům může být odstraněn strach z nových pracovních prostředků (např. elektronické zpracování dat)
- Budování pozitivní image pro práci se seniory
V pozadí tohoto povolání se skrývá – stejně jako při práci s lidmi s handicapem – vysoká míra odborných znalostí a kvalitního vzdělání



Martin König ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Martin König ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Martin König ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Martin König ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Martin König ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Martin König ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Reformní dokument asociace



- Asociace předkládá zásadní kritéria pro vzdělávání pracovníků v domovech pro seniory
- Východisko: budoucí požadavky na domovy a jejich zaměstnance v oblasti péče a současný nedostatek pracovních sil
„Těmto požadavkům čelíme tím, že zpracujeme a získáme pro budoucnost vhodná řešení, a to změnou modelů profesionální práce se seniory.“



Martin König ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Nové koncepty pro vzdělávání



- Projekt spolupráce: byla zpracována nová řešení pro získávání nových pracovníků pro povolání v sociální a zdravotní oblasti:
- Kurikulum „Zákonně vzdělávání diplomovaných zdravotních sester geriatrického zaměření v akreditovaných vzdělávacích institucích“
- Celoživotní vzdělávání odborných sociálních pracovníků „A“



Martin König ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Co uděláme? Budeme jednat!



- Zpracovat řešení
- Připustit novinky
- Být angažovaný, mít vize a odvalu k novému!
- Neustrnout v problému
- Nastavit nové modely
- Přizpůsobit strukturu novým úkolům



Martin König ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Kampagne Sinnstifter

„Sinnstifter gesucht“



- Gewinnung von Ausbildungsinteressierten
 - Wiedereinsteigerinnen nach Kinderpause
 - Durch entsprechende Kurse und Seminarangebote können Berührungspunkte mit neuen Arbeitsmitteln (zB. EDV) abgebaut werden
- Aufbau eines positiven Images für Berufe in der Altenarbeit
 - Hinter diesem Beruf steckt – wie in der Begleitung von Menschen mit Beeinträchtigung – ein hoher Grad an Fachwissen und eine fundierte Ausbildung-



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ.
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ.
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ.
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ.
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ.
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ.
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Reformpapier des Dachverbandes



- Dachverband legt seine Grundsatzpositionen zur Berufsausbildung in den Alten- und Pflegeheimen vor
- Ausgangspunkt: zukünftige Anforderungen an die Heime und deren MitarbeiterInnen im Bereich Pflege und Betreuung sowie der derzeitige Fachkräftemangel

„Wir begegnen diesen Herausforderungen indem wir mit den geänderten Paradigmen der professionellen Altenarbeit zukunftsfähige Lösungen erarbeiten und erreichen.“



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ.
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Neue Konzepte für Ausbildungen



- Kooperationsprojekt: Neue Lösungsansätze für die Akquirierung neuer MitarbeiterInnen für Sozial- und Gesundheitsberufe wurden erarbeitet:
- Curriculum „Ausbildung zur/zum dipl. Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger nach GuKG mit geriatrischem Schwerpunkt im schulautonomen Bereich“
- Berufsbegleitende Ausbildung FachsozialbetreuerIn „A“



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ.
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Was tun wir? Wir handeln!



- Lösungen erarbeiten
- Neues zulassen
- Engagement, Vision, Mut zu Neuem haben!
- Nicht an Problemen verharren
- Neue Betreuungsmodelle umsetzen
- Strukturen an neue Aufgaben anpassen



Martin König, ARGE Alten- und Pflegeheime OÖ.
Information über die Ausbildung für Sozial- und Gesundheitsberufe in Österreich

Základní rozdíly v domovech pro seniory v Rakousku a ČR

Die Unterschieden zwischen Pflegeheim in der Tschechi und Österreich



PhDr. Eva Procházková



Základní rozdíly v domovech pro seniory v Rakousku a ČR



- Kammer der DGKS
- Registration der DGKS
 - Vorbereitungsphase



- Komora sester není
- Registrace sester povinná



Základní rozdíly v domovech pro seniory v Rakousku a ČR



- Dokumentation der Pflege
- Pflegeprozess 1997
- Pflegeplan



- Víceletná dokumentace
- Ošetrovatelský proces 2004
- Individuální plán péče

Základní rozdíly v domovech pro seniory v Rakousku a ČR



Problém
Ošetrovatelská
diagnóza

Cíl
Ziel

Intervence

Evaluace

- Pflagediagnose



Základní rozdíly v domovech pro seniory v Rakousku a ČR

6623

- Aplikace léčebné terapie
- Aplikace injekcí
- Aplikace inzulinu
- Měření glykemie
- Měření fyziologických funkcí
- Podávání léků per os



Základní rozdíly v domovech pro seniory v Rakousku a ČR

6623

- Aplikace léčebné terapie
- Per os, i.m., s.c., i.v.
- Je možné vykázat pouze 4X denně
- Inzulin 4X
- - léky per os ?????



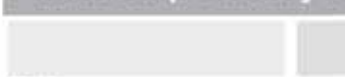
Základní rozdíly v domovech pro seniory v Rakousku a ČR



6623

- Aplikace léčebné terapie
- Podávání léků per os
- Kdo má podávat léky per os
- v domovech pro seniory klientům,
- kteří nejsou schopni si léky buď připravit anebo pravidelně užít
- z důvodu diagnózy nebo věku ?

Základní rozdíly v domovech pro seniory v Rakousku a ČR



6623

- Aplikace léčebné terapie
- Podávání léků per os sestrou pouze ve výjimečných případech – zdravotní stav klienta, kontrola dutiny ústní
- Ve všech ostatních případech NEBUDE VZP ČR považovat požadavek na aplikaci léků per os sestrou za odůvodněný a účelný



Pflegeheim in der

MZČR
VZP

MPSV
Supervisor

Pflegeheim in



Kontrolu péče provádí SESTRA

Herzlich Willkommen in Tábor




PhDr. Eva Procházková DGKS




Referent

- Ausbildungszentrum
- WIENER ROTES KREUZ Palliative Care, Pflegeprozess
- Psychobiographischen Pflegemodell
- nach Prof.E.Böhm

- Lektor
- NCO NZO Brno
- APSS

Základní rozdíly v domovech pro seniory v Rakousku a ČR

Die Unterschieden zwischen Pflegeheim in der Tschechien und Österreich



PhDr. Eva Procházková 

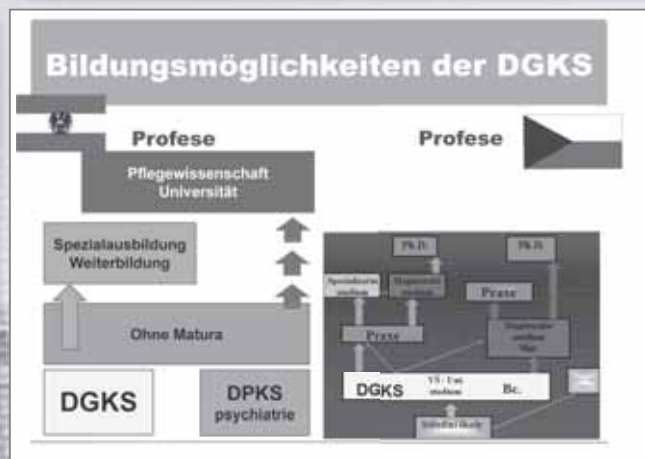
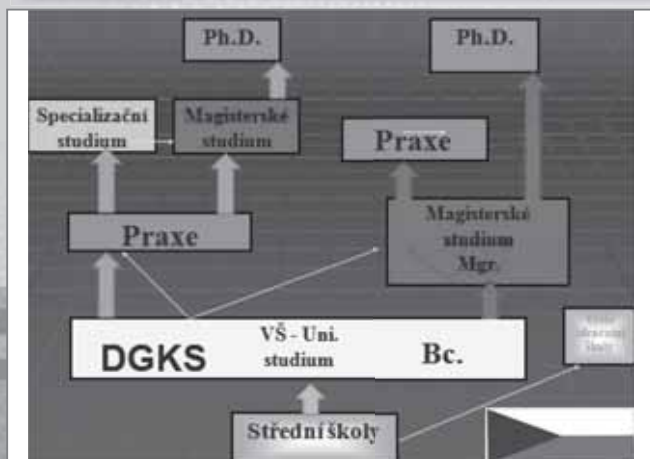
Základní rozdíly v domovech pro seniory v Rakousku a ČR

Die Unterschieden zwischen Pflegeheim in der Tschechien und Österreich



Základní rozdíly v domovech pro seniory v Rakousku a ČR

Die Unterschieden zwischen Pflegeheim in der Tschechien und Österreich

Základní rozdíly v domovech pro seniory v Rakousku a ČR




- Bildungsprogramm
- Für die Mitarbeiter
- der NO Heime
- Neue Themenbereiche
- Spezielle Pflege –Wachkoma Intensiven Pflege
- Sexualität in der Pflege alter Menschen.
- Spezielle Ernährung- Demenz
- Seniorenbetreuer- Eherenamtskoordinator



Pflegeheim in der

Kontrolle der Pflege DGKS Pflegeplan



Kontrolle der Pflegestufe Arzt -DGKS-

Základní rozdíly v domovech pro seniory v Rakousku a ČR

- Pflegestufe
- 7
- Beurteilung der Arzt
- auch die DGKS

- Stupeň závislosti na péči
- 4
- Hodnotí pouze posudkový lékař

Ošetrovatelské stupně: Pflegestufe:

	KLIENT	Cena	Instituce
1.	soběstačný	€	Penzion - DD
2.		€	
3.		€	
4.	Pflegeheim	€	Ošetrovatelský dům
5.		€	=
6.		€	=
7.		€	=
8.	Intenzivní p.	€	=

Základní rozdíly v domovech pro seniory v Rakousku a ČR

Pflegestufe		Stupeň bezmocnosti	
Stupeň	Max. Euro	Stupeň závislosti na péči	Příspěvek na péči PnP
1. Stupeň 1.1	154,30		
2. Stupeň 2.2	284,30	1. Lehká	
3. Stupeň 2.3	442,90	2. Středně těžká	
4. Stupeň 3.4	664,30	3. Těžká	
5. Stupeň 3.7	902,30		
6. Stupeň 4.6	1242,00	4. Úplná závislost na péči	
7. Stupeň 5.7	1655,80		


Základní rozdíly v domovech pro seniory v Rakousku a ČR

- stupeň I (lehká závislost):
• 12 úkonů; 2.000 Kč měsíčně 80€
- stupeň II (středně těžká závislost):
• 18 úkonů; 4.000 Kč měsíčně 160€
- stupeň III (těžká závislost):
• 24 úkonů; 8.000 Kč měsíčně 320€
- stupeň IV (úplná závislost):
• 30 úkonů; 11.000 Kč měsíčně 440€

Pracovník v oboru ošetrovatelství

- DGKP
- SESTRA
- Provedení činnosti
- Samostatně
- Spolu zodpovědně
- Interdisciplinárně


- PH Pflegehelfer
- Zdravotnický asistent



Personální klíč:

- 36 lůžek (ošetr. stupeň 3 – 7)
- (stabilizující sestra

- Dopoledne - 4 - 5 Pracovníků
- Odpoledne - 3 - 4 Pracovníků
- Noc - 1 - Pracovník



Základní rozdíly v domovech pro seniory v Rakousku a ČR

- Personalbedarf NEU
- 40% DGKS
- 30% DGKS





Arbeitskreis Visionen der ARGE NÖ-Heime



Arbeitskreis Visionen der ARGE NÖ-Heime

- Ab Herbst 2009
- Arbeitskreis Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus dem Bereichen Direktion, Pflegedienstleitung und Seniorenbetreuung beschäftigen sich mit der Frage –
- Wie soll das Pflegeheim der Zukunft aussehen?



Arbeitskreis Visionen der ARGE NÖ-Heime

- Jedes zweite Kind, das heute zur Welt kommt,
- hat eine Lebenserwartung von 100 Jahren.
- Die Gruppe der 80-Jährigen werde sich in den nächsten Jahren verdoppeln
- und die der 90-Jährigen verdreifachen.



Arbeitskreis Visionen der ARGE NÖ-Heime

- Die Kosten für Pflegeeinrichtungen
- und sozialmedizinische Dienste
- würden sich bis 2030
- von derzeit 1,3 Milliarden Euro
- auf 5,4 Milliarden Euro vervierfachen



Arbeitskreis Visionen der ARGE NÖ-Heime



Základní rozdíly v domovech pro seniory v Rakousku a ČR



- Odborné poradenství
- Pro zátěžové profesní situace
- Für schwierige berufliche Situationen bietet die Fachstelle
- Qualifizierte Berater
- Clarinstelle
- Supervision, Fall-Konfliktregelung, Mediation
- www.py.noe-lak.at



Základní rozdíly v domovech pro seniory v Rakousku a ČR



- Ehrenamt in NÖ – HEIMEN
Was bieten wir Ehrenamtlichen Mitarbeitern ?
- Begleitung durch eigene KoordinatorInnen
 - Kostenlose Kurse zur Weiterbildung
 - Gratismittagessen
 - Fahrkostenzuschuss
 - Teilnahme an Feiern, Festen, Ausflüge



Základní rozdíly v domovech pro seniory v Rakousku a ČR



- Konzept der Pflege
- Psychobiographie
- Model nach E. Böhm
- Pflegemodell nach M.Krohnwinkel
- Pflegemodell nach
- Cora de Kooj
- Basale Stimulation
- Validation nach N. Feil

- Konzept bazální stimulace
- *Standardy*

Základní rozdíly v domovech pro seniory v Rakousku a ČR



Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim



Děkuji za pozornost



ALLES GUTE



Samostatná činnost:

- Ošetrovatelský Proces GuKG 1997
- Dokumentace
- Management
- Vedení a dohled (zdr.ass. + student)
- Spoluúčast na výzkumu
- Psychosociální péče
- Podpora zdraví - Edukace

Spolu zodpovědná činnost:

- Provedení diagnostických a terapeutických výkonů dle ordinace lékaře
- Podání léků
- Příprava a podání s.c.-i.m.-i.v.-injekcí
- Příprava a ukončení infuze
- Odběr krve
- Zavedení m. katedru, žal. Sondy, Klyzma



Interdisciplinární činnost:

- Týmová spolupráce



Allgemeine Berufspflicht Österreichisches GuKG §5

- Angehörige der Gesundheits- u. Kranken- pflegeberufe haben bei Ausübung ihres Berufes die von ihnen gesetzten Maßnahmen zu dokumentieren.
- Die Dokumentation hat insbesondere das Pflegeassessment, die Pflegediagnose und die Pflegemaßnahmen zu enthalten.
- Den betroffenen Patienten, Klienten, pflegebedürftigen Menschen oder deren gesetzlichen Vertretern ist auf Verlangen Einsicht in die Pflegedokumentation zu gewähren.



EIGENVERANTWORTLICHER TÄTIGKEITSBEREICH Österreichisches GuKG § 14

- Erhebung der Pflegebedürfnisse - Pflegeassessment
- Feststellung der Pflegebedürfnisse - Pflegediagnose
- Planung der Pflege - Pflegeziele und -maßnahmen
- Durchführung der Pflegemaßnahmen
- Auswertung der Resultate - Pflegeevaluation
- Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen
- Psychosoziale Betreuung
- Dokumentation des Pflegeprozesses
- Organisation der Pflege
- Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals
- Anleitung und Begleitung von Krankespflegeschülern
- Mitwirkung bei der Pflegeforschung



ZITAT VON NORMA LANG

„Wenn wir den Gegenstand der Pflege, die pflegerischen Probleme, Ziele und Handlungen nicht benennen, dann können wir sie auch nicht kontrollieren, nicht finanzieren, beforschen, unterrichten und in berufspolitische Forderungen umsetzen.“

Norma M. Lang, amerikanische Pflegeprofessorin



Norma Lang, 1999

- „Když nepojmenujeme předmět péče, ošetrovatelské problémy, cíle
- a intervence,
- potom je nemůžeme kontrolovat, financovat, zkoumat, vyučovat
- a prosadit do profesně politických požadavků a směrnic.“

Pflegeheim in der



MZČR

MPSV

Lékař zaznamená
ordinaci
do 24h!



Individuální plánování průběhu sociální služby se seniory

Mgr. Marcela Vítová

Právní úprava

- › individuální plánování vychází ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění (ZoSS) - § 88 písm. f, § 99)
- › obsah standardu kvality sociálních služeb č. 5 – upravuje vyhláška č. 505/2006 Sb. v platném znění (příloha č. 2)
- › zrušení registrace – poskytovatel nesplňuje standardy kvality a k nápravě nedošlo ani na základě uložených opatření při inspekci sociálních služeb - § 82 odst. 3 písm. c) ZoSS

Povinnosti poskytovatele

- › plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností uživatelů služby
- › vést písemně individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby
- › hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti uživatelů služby nebo za účasti jejich zákonných zástupců

Co se po poskytovateli žádá?

- › provádět individuální rozhovory o potřebách a osobních cílech uživatelů, plánovat a hodnotit s uživateli průběh sociální služby
- › dohodnout s uživateli čím a jak může sociální služba uživatele v naplňování potřeb a osobních cílů podpořit
- › službu poskytovat dle dohodnutých plánů
- › zajistit, aby sociální služba podporovala běžný způsob života
- › určit pro každého uživatele klíčového pracovníka
- › vytvořit systém sdílení informací o plánování a průběhu služby zaměstnanci

Co má být písemně

- › metodika plánování služby /vnitřní pravidla, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby/
- › záznamy o osobních plánech /záznam o plánování a průběhu služby/

Co to tedy v praxi znamená?

- › nastartování procesu individuálního plánování
- › uvedení mezi pracovníky
- › uvedení mezi uživatele
- › vzdělávání klíčových pracovníků
- › podpora pracovníků v postupových krocích
- › diskuse, hledání postupů
- › velké změny
- › propracování písemných materiálů, jejich zdokonalování
- › zavedení systému předávání informací
- › vlastní plánování průběhu služby
- › nejméně 3 roky práce celého týmu

Individuální plánování přináší

- › standardní kvalitu služby
- › rozvoj sociální služby
- › zvýšení účinnosti sociální služby
- › bezpečí pro zaměstnance i uživatele
- › nastavení hranic služby
- › rozvoj kompetencí zaměstnanců a jejich motivaci
- › jasná pravidla poskytování služby

Co je individuální plánování (IP)

- › setkání dvou lidí – klíčového pracovníka a uživatele
- › **nedirektivní** setkání založené na principu partnerství, respektu, bezpečí, důvěry, nezávislosti, autonomie
- › dialog
- › kontraktování

Co individuální plánování není

- › diagnóza
- › hodnocení stavu
- › určování postupu bez uživatele
- › popis stavu

Individuální plánování průběhu sociální služby se seniory

Individuelle Planung des Verlaufes der Sozialhilfe für Senioren

Mgr. Marcela Vltová

Právní úprava

Rechtsregelung

- › Die individuelle Planung basiert auf dem Sozialhilfegesetz Nr. 108/2006 in der gültigen Fassung (ZoSS) - § 88 Lit. f, § 99)
- › den Inhalt vom Qualitätsstandard der Sozialhilfe Nr. 5 regelt die die Verordnung Nr. 505/2006 in der gültigen Fassung (Anlage Nr. 2)
- › Auflösung der Registrierung – der Sozialhilfeleister erfüllt nicht die Qualitätsstandards und es kam zu keiner Verbesserung auch anhand der bei Sozialhilfeinspektion auferlegten Maßnahmen - § 82 Abs. 3 Lit. a) ZoSS

Povinnosti poskytovatele

Pflichten des Hilfeleisters

- › Den Verlauf der Sozialhilfe nach persönlichen Zielen, Bedürfnissen und Fähigkeiten der Bezieher zu planen
- › Individuelle Protokolle über Verlauf der Sozialhilfeleistung zu führen
- › den Ablauf der Sozialhilfeleistung unter Teilnahme der Bezieher oder ihrer gesetzlichen Vertreter zu bewerten

Co se po poskytovateli žádá?

Was wird nach dem Hilfeleister verlangt?

- › Durchführung der individuellen Gespräche über Bedürfnisse und persönliche Ziele der Bezieher, Planung und Bewertung des Ablaufes der Sozialhilfe
- › Absprache mit Beziehern, womit und wie die Sozialhilfe den Bezieher bei Erfüllung der Bedürfnisse und der persönlichen Ziele unterstützen kann
- › Hilfeleistung nach vereinbarten Plänen
- › es ist sicherzustellen, dass die Sozialhilfe die übliche Lebensweise unterstützt
- › für jeden Bezieher wird ein Schlüsselbetreuer bestimmt
- › Bildung des Systems der Informationsteilung über Planung und Ablauf der Sozialhilfe durch Mitarbeiter

Co má být písemně

Was soll schriftlich gegeben werden

- › Methodik der Sozialhilfeplanung /Innenregeln, wodurch die Planung und Neubewertung der Sozialhilfeleistung geregelt werden/
- › Aufzeichnungen über Personalpläne /Aufzeichnung über Planung und Ablauf der Sozialhilfeleistung/

Co to tedy v praxi znamená?

Was bedeutet also es in der Praxis

- › Starten des Prozesses der individuellen Planung
- › Einführung unter Mitarbeiter
- › Einführung unter Bezieher
- › Bildung der Kernmitarbeiter
- › Schrittweise Unterstützung der Mitarbeiter
- › Diskussion, Suche nach Vorgangsweisen
- › Große Änderungen
- › Verarbeitung der schriftlichen Unterlagen, ihre Vervollkommnung
- › Systemeinführung des Informationsaustausches
- › Eigene Planung des Sozialhilfeverlaufes
- › Mindestens 3 Jahre Arbeit des ganzen Teams

Individuální plánování přináší

Die individuelle Planung bringt

- › Standardqualität der Sozialhilfe
- › Entwicklung der Sozialhilfe
- › Erhöhung der Wirksamkeit der Sozialhilfe
- › Sicherheit für Mitarbeiter sowie Bezieher
- › Einstellung der Limite der Sozialhilfeleistung
- › Entwicklung der Kompetenzen von Mitarbeitern und ihrer Motivation
- › Klare Regeln für die Sozialhilfeleistung

Co je individuální plánování (IP)

Was ist die individuelle Planung (IP)

- › Treffen von zwei Menschen – Kernbetreuer und Bezieher
- › **Indirektives** Treffen, das auf dem Prinzip der Partnerschaft, des Respekts, der Sicherheit, des Vertrauens, der Unabhängigkeit, der Autonomie basiert
- › Dialog
- › Contracting

Co individuální plánování není

Was ist nicht die individuelle Planung

- › Diagnose
- › Bewertung des Zustandes
- › Festlegung der Vorgangsweise ohne Bezieher
- › Beschreibung des Zustandes

Nejdůležitější aspekty IP

- › co je poskytováno- je dohodnuto a naopak
- › poskytované vychází ze skutečných potřeb a osobních cílů uživatele
- › vychází se ze schopností, možností a zdrojů uživatele
- › služba se plánuje vždy společně s uživatelem
- › uživatel má možnost měnit své osobní cíle

Nejdůležitější aspekty IP (2)

- › plány mají termíny plnění a způsoby, jak bude cílů dosaženo
- › plány mají termíny a kritéria vyhodnocení
- › za plány jsou odpovědní konkrétní pracovníci
- › v zařízení je systém sdílení informací o službách a plánech uživatelů

Klíčový pracovník (KP)

- › velvyslanec poskytovatele při jednání s uživatelem
- › pracovní pozice – přímá péče
- › iniciativní – všímá si zájmů a potřeb uživatelů
- › koordinuje tým
- › vyjednává s uživatelem
- › zodpovídá za realizaci

Role KP

- › vyhledává uživatele
- › poradce- konzultant řešení
- › terapeut
- › obhájce
- › zprostředkovatel informací
- › zprostředkovatel služeb

Vědomosti KP

- › poslání organizace
- › hranice služby
- › cíle
- › principy
- › cílová skupina
- › práva uživatelů
- › kvalita sociálních služeb

Dovednosti KP

- › vedení rozhovoru
- › přizpůsobení komunikace
- › schopnost empatie
- › týmová spolupráce
- › sebereflexe
- › respektování hranic
- › etické kompetence

KP a plánování služby

- › KP podporuje uživatele k formulování potřeb a osobních cílů, formulování priorit a využití vnitřních zdrojů k dosažení cílů
- › KP projednává s uživatelem poskytování služby, nabízí přiměřenou míru podpory

Podpora

...je pomoc, která přispívá k nezávislosti a zodpovědnosti uživatele

Péče

...je nadměrná podpora, která nahrazuje kroky a aktivity uživatele
(v lepším případě usnadňuje život)

Nejdůležitější aspekty IP

Die wichtigsten Aspekte der IP

- › was geleistet wird, ist vereinbart und umgekehrt
- › das Geleistete geht von tatsächlichen Bedürfnissen und persönlichen Zielen des Bezieher aus
- › sie geht von den Fähigkeiten, Möglichkeiten und Ressourcen des Bezieher
- › die Hilfe wird immer mit dem Bezieher geplant
- › der Bezieher hat die Möglichkeit seine persönlichen Ziele zu ändern

Nejdůležitější aspekty IP (2)

Die wichtigsten Aspekte der IP (2)

- › die Pläne haben Erfüllungstermine und Erfüllungsmethoden der Ziele
- › die Pläne haben Termine und Auswertungskriterien
- › für die Pläne sind konkrete Mitarbeiter verantwortlich
- › in der Einrichtung gibt es das System des Informationsaustausches über Dienstleistungen und Pläne der Bezieher

Klíčový pracovník (KP)

Kernbetreuer

- › Botschafter des Hilfeleisters bei Verhandlung mit dem Bezieher
- › Arbeitsposition – direkte Betreuung
- › initiativ – er verfolgt Interesse und Bedürfnisse der Bezieher
- › er koordiniert des Teams
- › er verhandelt mit dem Bezieher
- › er ist für die Umsetzung verantwortlich

Role KP

Rolle des KB

- › er sucht die Bezieher auf
- › Berater für die Lösungen
- › Therapeut
- › Verteidiger
- › Vermittler der Informationen
- › Vermittler der Dienstleistungen

Vědomosti KP

Kenntnisse des KB

- › Botschaft der Organisation
- › Limite der Sozialhilfe
- › Ziele
- › Prinzipien
- › Zielgruppe
- › Rechte der Bezieher
- › Qualität der Sozialhilfe

Dovednosti KP

Fertigkeiten des KB

- › Gesprächsführung
- › Anpassung der Kommunikation
- › Einfühlungsvermögen
- › Teamzusammenarbeit
- › Selbstreflexion
- › Beachten von Limiten
- › ethische Kompetenzen

KP a plánování služby

KB und Hilfeplanung

- › Der KB unterstützt den Bezieher bei Formulierung der Bedürfnisse und der persönlichen Ziele, bei Formulierung der Prioritäten und Verwendung der inneren Ressourcen zur Zielerreichung
- › Der KB verhandelt die Hilfeleistung mit dem Bezieher, er bietet eine angemessene Unterstützung an

Podpora

Unterstützung

...ist eine Hilfe, die der Unabhängigkeit und Verantwortung des Bezieher beiträgt

Péče

Betreuung

... ist eine übermäßige Unterstützung, welche Schritte und Aktivitäten des Bezieher ersetzt (sie erleichtert das Leben - im besseren Falle)

Metody zjišťování potřeb a osobních cílů uživatelů

- › komunikující uživatelé – rozhovor
- › nekomunikující - intuitivní metody: (pozorování uživatele, empatická fantazie, imaginární rozhovor, modelový rozhovor)
 - racionální metody: (analýza uspokojení potřeb)
 - doplňující metody: (studium dokumentace, rozhovor s referující osobou)

Dobře formulovaný osobní cíl

- › je pro uživatele významný
- › je dosažitelný v představitelné době
- › je konkrétní a zaměřený na jednání
- › je realistický
- › podporuje úsilí uživatele

Jak se pozná naplňování standardu

- › osobní spis obsahuje cíl, postup, termíny dosažení cíle
- › plány jsou konkrétní
- › plán směřuje k soběstačnosti uživatele a podporuje běžný způsob života
- › je stanoven termín přehodnocení
- › jsou stanovena pravidla pro vyhodnocení
- › cíle jsou měřitelné

Jak se pozná naplňování standardu (2)

- › uživatel se podílí na plánování služby
- › způsob poskytování odpovídá plánu
- › pracovníci vědí, jak podporovat uživatele, znají jeho schopnosti a zdroje
- › pracovníci akceptují přehodnocení plánů
- › existuje vnitřní předpis pro plánování služby
- › konají se tematické porady
- › existuje systém předávání důležitých informací během dne
- › plány jsou dostupné relevantním pracovníkům

Cílová skupina „senioři“ v pobytových sociálních službách

- › osoby 65+
- › osoby 65+, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby – příjemci příspěvku na péči
- › osoby 65+, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby
- › osoby 65+, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění a osoby se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby

Pobytové sociální služby pro seniory

- › Domovy pro seniory (§ 49)
- › Domovy se zvláštním režimem (§ 50)
- › Týdenní stacionáře (§ 47)
- › Domovy pro osoby se zdravotním postižením (§ 48)
- › Odlehčovací služby pobytové (§44)
- › Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (§ 52)

Specifika IP se seniory

- › velmi pestrá cílová skupina
- › volbu technik IP je nutné přizpůsobit individuálním stavům jednotlivých uživatelů
- › seniorům je potřeba přizpůsobit komunikaci a vyhovět jejich psychomotorickému tempu
- › IP je časově náročnější
- › častější změny zdravotního stavu – častější přeplánování služby

Specifika IP se seniory (2)

- › potřeby a osobní cíle mají často charakter maličností, které však mohou velmi zkvalitnit život uživatele
- › nároky na kompetence KP jsou vyšší
- › častá je při IP spolupráce s opatrovníky a dalšími referujícími osobami
- › předávání informací musí být velmi intenzivní vzhledem k trvalému množství změn

Spokojenost uživatelů, rodinných příslušníků i zaměstnanců však stojí za vykonané úsilí při individuálním plánování sociální služby.

Metody zjišťování potřeb a osobních cílů uživatelů

Methoden zur Feststellung der Bedürfnisse und persönlichen Ziele der Bezieher

- › kommunizierende Bezieher – Gespräch
- › nicht kommunizierende Bezieher – intuitive Methoden (Beobachtung des Bezieher, Einfühlungsphantasie, imaginäres Gespräch, Modellgespräch)
 - rationale Methoden: (Analyse der Befriedigung der Bedürfnisse)
 - ergänzende Methoden: (Studium der Dokumentation, Gespräch mit der referierenden Person)

Dobře formulovaný osobní cíl

Ein gut formuliertes persönliches Ziel

- › ist bedeutend für den Bezieher
- › ist einer vorstellbaren Zeit erreichbar
- › ist konkret und handlungsorientiert
- › ist realistisch
- › unterstützt Bemühungen des Bezieher

Jak se pozná naplňování standardu

Wie erkennt man eine Standarderfüllung

- › eine Personalakte beinhaltet das Ziel, die Vorgangsweise, Termine zur Zielerreichung
- › die Pläne sind konkret
- › der Plan wird auf Selbstgenügsamkeit des Bezieher ausgerichtet und unterstützt die normale Lebensweise
- › der Termin der Neubewertung ist festgelegt
- › es sind Auswertungsregeln gegeben
- › Ziele sind messbar

Jak se pozná naplňování standardu (2)

Wie erkennt man eine Standarderfüllung (2)

- › der Bezieher nimmt an der Planung teil
- › die Hilfeleistung entspricht dem Plan
- › die Mitarbeiter wissen, wie der Bezieher zu unterstützen, sie kennen seine Fähigkeiten und Ressourcen
- › die Mitarbeiter akzeptieren die Neubewertung der Pläne
- › es gibt eine interne Vorschrift für die Sozialhilfeplanung
- › thematische Beratungen finden statt
- › es gibt ein System zur Übergabe wichtiger Informationen im Laufe des Tages
- › die Pläne sind für relevante Mitarbeiter zugänglich

Cílová skupina „senioři“ v pobytových sociálních službách

Die Zielgruppe „Senioren“ in stationären Sozialeinrichtungen

- › Menschen 65+
- › Menschen 65+, die von der Hilfe einer anderen natürlichen Person abhängig sind – Pflegegeldbezieher
- › Menschen 65+, die gemindert selbstgenügsam sind - wegen Alter, einer chronischen Erkrankung oder einer gesundheitlichen Behinderung, und deren Lage eine regelmäßige Hilfe einer anderen natürlichen Person braucht
- › Menschen 65+, die gemindert selbstgenügsam sind - wegen einer chronischen geistigen Erkrankung und Menschen mit Alters-, Alzheimer-Demenz und sonstigen

Pobytové sociální služby pro seniory

Stationäre Sozialdienstleistungen für Senioren

- › Seniorenheime (§ 49)
- › Heime mit einem Sonderregime (§ 50)
- › Wöchentliche Stationäre (§ 47)
- › Heime für Menschen mit gesundheitlicher Behinderung (§ 48)
- › Stationäre Entlastungsdienste (§44)
- › Sozialhilfe in den medizinischen Pflegeeinrichtungen (§ 52)

Specifika IP se seniory

Spezifische IP mit Senioren

- › sehr bunte Zielgruppe
- › die Weise der IP-Technik ist den individuellen Zuständen einzelner Bezieher anzupassen
- › den Senioren ist die Kommunikation anzupassen und ihr psychomotorisches Tempo zu berücksichtigen
- › der IP ist zeitlich aufwendiger
- › häufigere Änderungen des Gesundheitszustandes – häufigere Neuplanung der Sozialhilfe

Specifika IP se seniory (2)

Spezifische IP mit Senioren (2)

- › Bedürfnisse und persönliche Ziele haben oft einen Charakter von Kleinigkeiten, die jedoch das Leben des Bezieher sehr wertvoll machen können
- › Ansprüche auf Kompetenzen des KB sind größer
- › bei IP kommt die Zusammenarbeit mit Betreuern und weiteren referierenden Personen oft vor
- › der Informationsaustausch muss sehr intensiv im Hinblick auf viele dauernde Änderungen sein

Die Zufriedenheit der Bezieher, der Angehörigen sowie der Mitarbeiter ist jedoch die aufgewandte Bemühung bei der individuellen Planung der Sozialhilfe wert.

KOSTEN UND FINANZIERUNG DER PFLEGE IN ÖSTERREICH



Tabor, März 2010; Heinz Stieb, LebensweltHeim Österreich

KOSTEN UND FINANZIERUNG DER PFLEGE IN ÖSTERREICH
Tabor, März 2010; Heinz Stieb, Lebenswelt Heim Österreich

Das österreichische Pflegesystem basiert seit 1993 auf einer Kombination von Geld- und Sachleistungen.

Im Mittelpunkt steht dabei eine steuerfinanzierte Geldleistung, das Pflegegeld.

Grundlage dafür sind das Bundespflegegeldgesetz und neun im Wesentlichen gleich lautende Landespflegegeldgesetze.

Auf das Pflegegeld besteht ein Rechtsanspruch.

Die Geldleistung wird den pflegebedürftigen Personen als Pflegegeld zur Verfügung gestellt, wobei es den BezieherInnen überlassen bleibt, in welcher Weise sie das Geld einsetzen.

KOSTEN UND FINANZIERUNG DER PFLEGE IN ÖSTERREICH
Tabor, März 2010; Heinz Stieb, LebensweltHeim Österreich

Pflegegeldstufen

Stufe	Voraussetzung	Pflegegeld
Stufe 1	mehr als 50 Stunden Pflegebedarf	€ 154,20
Stufe 2	mehr als 75 Stunden Pflegebedarf	€ 284,30
Stufe 3	mehr als 120 Stunden Pflegebedarf	€ 442,90
Stufe 4	mehr als 160 Stunden Pflegebedarf	€ 664,30
Stufe 5	mehr als 180 Stunden bei außergewöhnlichem Pflegebedarf	€ 902,30
Stufe 6	mehr als 180 Stunden Pflegebedarf + dauernder Bereitschaft	€ 1.242,00
Stufe 7	mehr als 180 Stunden Pflegebedarf + Bewegungsunfähigkeit	€ 1.655,80

KOSTEN UND FINANZIERUNG DER PFLEGE IN ÖSTERREICH
Tabor, März 2010; Heinz Stieb, LebensweltHeim Österreich

Insgesamt beziehen derzeit bereits rund 420.000 Menschen, das sind ca. 5 % der österreichischen Bevölkerung, Pflegegeld nach dem Bundes- oder einem Landespflegegeldgesetz.

Der Aufwand für die Pflegevorsorge erhöhte sich in Österreich zwischen 1994 und 2006 um etwa 50 Prozent auf ca. 3,3 Mrd. €.

Etwa 17 Prozent der PflegegeldbezieherInnen in Österreich leben in stationären Einrichtungen.
Sie verbrauchen ca. 50 Prozent der gesamten Ausgaben für Langzeitversorgung.

KOSTEN UND FINANZIERUNG DER PFLEGE IN ÖSTERREICH
Tabor, März 2010; Heinz Stieb, LebensweltHeim Österreich

Gesellschaftspolitische Fragestellungen 1:

Rund 80 Prozent der BewohnerInnen stationärer Einrichtungen sind trotz eigener Pension und Pflegegeld von der Sozialhilfe abhängig.

Führt Pflegebedürftigkeit am Lebensende zur Abhängigkeit von Sozialhilfe, resultiert hieraus eine Entwertung der Lebensleistung, da dem/der betreffenden Pflegebedürftigen trotz einer „normalen“ Erwerbsbiografie am Ende lediglich ein „Taschengeld“ zur freien Verfügung bleibt.

Die Finanzierung der Pflege sollte nach Meinung der ExpertInnen bedarfsorientiert, aus einer Hand und unabhängig von anderen Systemen als eigene Säule der Daseinsvorsorge bestehen.

Dies ist nicht nur eine volkswirtschaftliche sondern auch eine menschenrechtliche Aufgabenstellung !

KOSTEN UND FINANZIERUNG DER PFLEGE IN ÖSTERREICH
Tabor, März 2010; Heinz Stieb, LebensweltHeim Österreich

Gesellschaftspolitische Fragestellungen 2:

Auf Grund der demografischen Prognosen wird die Erhaltung des Solidaritätsprinzips aus dem „gewöhnlichen“ Steueraufkommen zunehmend problematischer.

Die Erschließung neuer bzw. anderer Bedeckungsmöglichkeiten ist daher, neben einer Straffung des Angebotssystems und der Administration desselben unabdingbar.

Ein politischer Konsens dazu fehlt, unter anderen aus diesen Gründen:

KOSTEN UND FINANZIERUNG DER PFLEGE IN ÖSTERREICH
Tabor, März 2010; Heinz Stieb, LebensweltHeim Österreich

Modell: freiwillige private Vorsorge

- führt zu 2 Klassensystem der Pflegeangebote
- Lange Anlaufzeit zur Kapitalentwicklung
- Ist hoher Schwankungsbreite unterworfen

Modell: verpflichtende private Vorsorge

- bedarf eines sozialen Ausgleichs
- Lange Anlaufzeit zur Kapitalentwicklung
- Ist hoher Schwankungsbreite unterworfen

KOSTEN UND FINANZIERUNG DER PFLEGE IN ÖSTERREICH
Tabor, März 2010; Heinz Stieb, LebensweltHeim Österreich

Modell: Sozialversicherung

- demografische Entwicklung als Gefahr für den Faktor Arbeit
- Bemessungsgrundlagen/Obergrenzen müssten fallen
- alle Einkommensarten müssten herangezogen werden

Modell: steuerfinanzierte Leistungsgesetze

- demografische Entwicklung als Gefahr für Einnahmen
- Widerstand gegen direkte Steuern
- indirekte Steuern belasten niedrigere Einkommen mehr

KOSTEN UND FINANZIERUNG DER PFLEGE IN ÖSTERREICH
Tabor, März 2010; Heinz Stieb, LebensweltHeim Österreich

Finanzierungsmix

aus
steuerfinanziertem Leistungsgesetz
und
Pflegeversicherung
in Form eines
PFLEGEFONDS zur
bedarfs- und einkommensabhängigen
Ausgleichsfinanzierung der tatsächlichen Pflegekosten

NÁKLADY A FINANCOVÁNÍ PÉČE V RAKOUSKU



Tábor, březen 2010; Heinz Stieb, Lebenswelt Heim Rakousku

NÁKLADY A FINANCOVÁNÍ PÉČE V RAKOUSKU
Tábor, březen 2010; Heinz Stieb, Lebenswelt Heim, Rakousko

Rakouský systém péče spočívá od roku 1993 na kombinaci peněžních a věcných plnění.

Centrálním bodem je přitom příspěvek na péči financovaný z daní.

Podkladem pro něj je Spolkový zákon o příspěvku na péči a devět zemských zákonů o příspěvku na péči, které mají v podstatných bodech stejné znění.

Na příspěvek na péči vzniká zákonný nárok.

Tato peněžní dávka je potřebným osobám dána k dispozici, přičemž je ponecháno na příjemci, jakým způsobem peníze využije.

NÁKLADY A FINANCOVÁNÍ PÉČE V RAKOUSKU
Tábor, březen 2010; Heinz Stieb, Lebenswelt Heim, Rakousko

Stupně příspěvku na péči

	Podmínka	Příspěvek na péči
Stupeň 1	Více jak 50 hodin potřebné péče	€ 154,20
Stupeň 2	Více jak 75 hodin potřebné péče	€ 284,30
Stupeň 3	Více jak 120 hodin potřebné péče	€ 442,90
Stupeň 4	Více jak 160 hodin potřebné péče	€ 664,30
Stupeň 5	Více jak 180 hodin při mimořádné potřebě péče	€ 902,30
Stupeň 6	Více jak 180 hodin potřebné péče + nepřetržitá pohotovost	€ 1 242,00
Stupeň 7	Více jak 180 hodin potřebné péče + neschopnost pohybu	€ 1 655,80

NÁKLADY A FINANCOVÁNÍ PÉČE V RAKOUSKU
Tábor, březen 2010; Heinz Stieb, Lebenswelt Heim, Rakousko

Příspěvek podle spolkového nebo zemského zákona o příspěvku na péči nyní celkem pobírá kolem 420 000 osob, tj. cca 5 % rakouského obyvatelstva.

Náklady na zajištění péče se v Rakousku zvýšily mezi roky 1994 a 2006 o přibližně 50 procent na cca 3,3 mld. €.

Přibližně 17 % příjemců příspěvku na péči v Rakousku žije v pobytových zařízeních.
Spotřebují cca 50 % celkových výdajů na dlouhodobou péči.

NÁKLADY A FINANCOVÁNÍ PÉČE V RAKOUSKU
Tábor, březen 2010; Heinz Stieb, Lebenswelt Heim, Rakousko

Společensko-politické otázky 1:

Kolem 80 % obyvatel pobytových zařízení je i přesto, že pobírá důchod a příspěvek na péči, závislých na sociální pomoci.

Pokud potřeba péče na konci života vede k závislosti na sociální pomoci, vyplývá z toho pokles životní úrovně, protože dotyčné osobě vyžadující péči zůstane k dispozici nakonec pouze kapesné, ačkoliv „normálně“ pracovala.

Financování péče by podle mínění odborníků mělo být orientováno na potřeby, mělo by být pouze z jednoho zdroje a nezávislé na ostatních systémech, existovat jako samostatný pilíř zabezpečení života.

To je nejen otázka ekonomická, ale i otázka z oblasti lidských práv!

NÁKLADY A FINANCOVÁNÍ PÉČE V RAKOUSKU
Tábor, březen 2010; Heinz Stieb, Lebenswelt Heim, Rakousko

Společensko-politické otázky 2:

Na základě demografických prognóz bude zachování principu solidarity z „běžného“ příjmu z daní stále problematictější.

Vedle racionalizace a administrace nabídkového systému, je nezbytné nalezení nových, resp. jiných možností pokrytí.

Politický konsensus k tomu chybí mj. z těchto důvodů:

NÁKLADY A FINANCOVÁNÍ PÉČE V RAKOUSKU
Tábor, březen 2010; Heinz Stieb, Lebenswelt Heim, Rakousko

Model: dobrovolné soukromé pojištění

- vede k dvoutřídnímu systému nabídky péče
- dlouhá doba vytváření kapitálu
- podléhá velkému rozpětí

Model: povinné soukromé pojištění

- potřeba sociálního vyrovnání
- dlouhá doba vytváření kapitálu
- podléhá velkému rozpětí

NÁKLADY A FINANCOVÁNÍ PÉČE V RAKOUSKU
Tábor, březen 2010; Heinz Stieb, Lebenswelt Heim, Rakousko

Model: sociální pojištění

- demografický vývoj jako nebezpečí pro faktor práce
- vyměřovací základy / horní hranice by musely padnout
- musely by být zahrnuty všechny druhy příjmů

Model: zákonné daňové odvody

- demografický vývoj jako nebezpečí pro příjmy
- odpor proti přímým daním
- nepřímé daně zatěžují více nízkopříjmové skupiny obyvatel.

NÁKLADY A FINANCOVÁNÍ PÉČE V RAKOUSKU
Tábor, březen 2010; Heinz Stieb, Lebenswelt Heim, Rakousko

Kombinace financování

z

povinných daňových odvodů

a

pojištění na péči

ve formě

fondu sociální péče k

vyrovnanému financování skutečných nákladů na péči nezávislých na potřebě a příjmu.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR
Kotnovská 137 | 390 01 Tábor | tel./fax: +420 381 213 332 | e-mail: apsscr@apsscr.cz
www.apsscr.cz