

SBORNÍK PŘÍKLADŮ **DOBRÉ PRAXE**



V OBLASTI PÉČE O SENIORY, ZVLÁŠTĚ O SENIORY S DEMENCÍ



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

kolektiv autorů

Sborník vznikl v rámci mezinárodního projektu „Přenos zkušeností, znalostí a dobré praxe v oblasti péče o seniory“ s reg. číslem 2017-1-CZ01-KA204-035538. Projekt byl podpořen z programu Erasmus +.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Podpora Evropské komise pro vytvoření této publikace nepředstavuje souhlas s obsahem, který odráží pouze názory autorů. Komise nemůže nést odpovědnost za jakékoli použití informací obsažených v této publikaci.

Text této publikace byl zpracován zaměstnanci APSS ČR na základě materiálů poskytnutých partnery projektu během studijních cest, a vlastních zápisků.

Použité fotografie pocházejí z archivu partnerských organizací, anebo byly pořízeny samotnými účastníky studijních cest.

Materiály pro zpracování Sborníku poskytly organizace:

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky (koordinátor projektu)

Skupnost socialnih zavodov Slovenije (partner projektu)

Fédération Nationale Avenir et Qualité de Vie des Personnes Agées (partner projektu)



ASOCIACE POSKYTOVATELŮ
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR

Vydala Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky

Vančurova 2904, 390 01 Tábor

IČ: 60445831

www.apsscr.cz

Vydání 1., Tábor 2019

Redakční zpracování: Mgr. Veronika Hotová, Ing. Kateřina Endrštová, Ing. Pavel Jirek, DiS., Ing. Simona Peřinová

ISBN: 978-80-907053-7-1

Obsah

Úvod	5
1. Česká republika	7
1.1 Osoby s demencí z pohledu sociálních služeb v České republice	10
1.2 Systém poskytování sociálních služeb v České republice	12
1.2.1 Standardy kvality sociálních služeb	13
1.2.2 Druhy sociálních služeb vhodné pro péči o osoby s demencí	16
1.2.3 Vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách zaměřené na seniory	20
1.2.4 Vybavenost regionů České republiky sociálními službami pro seniory	22
1.2.5 Demence, paliativní péče a sociální služby pro seniory	24
2. Slovinsko	27
2.1 Charakteristika systému sociální ochrany ve Slovinsku	28
2.1.1 Zdravotní pojištění	29
2.1.2 Důchodové pojištění a pojištění invalidity	29
2.1.3 Sociální pomoc	30
2.2 Nevládní organizace; Strategie řešení demence ve Slovinsku pro rok 2020	31
2.3 Druhy sociálních služeb vhodné pro péči o osoby s demencí	32
3. Francie	35
3.1 Státní a místní úroveň úhrady péče	36
3.2 Nabídka domácí péče a péče v zařízeních	38
3.3 Plány pro seniory	43
3.4 Podpory pro seniory	44
3.5 Kategorie pracovníků působících v sociálních službách a jejich vzdělávání	46
4. Zkušenosti z návštěv institucí a zařízení a příklady dobré praxe	49
4.1 Česká republika	49
4.2 Slovinsko	54
4.3 Francie	64
5. Závěr	75

Úvod

Tento sborník vznikl v rámci mezinárodního projektu *Přenos zkušeností, znalostí a dobré praxe v oblasti péče o seniory*, který byl realizován v období od 1. 10. 2017 do 31. 3. 2019. Za účelem realizace projektu bylo uzavřeno partnerství mezi organizacemi s podobnými cíli, vizemi a aktivitami v oblasti sociálních služeb působícími v České republice, Slovinsku a ve Francii. Za českou stranu byla partnerem a koordinátorem celého projektu **Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky** (dále jen APSS ČR), Slovinsko reprezentovala **Skupnost socialnih zavodov Slovenije** (dále jen SSZS) a Francii **Fédération Nationale Avenir et Qualité de Vie des Personnes Agées** (dále jen FNAQPA).

Všechny partnerské organizace působí mimo jiné i ve vzdělávací sféře s cílem posílení profesionalizace pracovníků v sociální oblasti a používají k tomu různé nástroje. APSS ČR podporuje vzdělávání pracovníků svých členských organizací množstvím kurzů zaměřených na aktuální témata prostřednictvím vlastního Institutu vzdělávání, jehož postavení na vzdělávacím trhu v této oblasti se každým

rokem upevňuje. Je to dáno také tím, že hledá nové přístupy, trendy a reaguje na aktuální výzvy v sociální oblasti. FNAQPA má vlastní vzdělávací centrum a podílí se tak na vzdělávání pracovníků svých členských organizací. Vyvíjí také vlastní vzdělávací programy, které spoluvytvářejí a ověřují nové pracovní specializace v sociálních službách. SSZS své aktivity ve vzdělávací oblasti teprve formuje. Plánuje rozšíření činnosti o vlastní vzdělávací centrum a hledá nové cesty k podpoře svých členů.

Projekt byl zaměřen na přenos dobré praxe v oblasti péče o seniory a zvláště pak o seniory s demencí. K tomuto přenosu došlo díky 3 studijním cestám do partnerských zemí. Program každé studijní cesty byl tvořen workshopy, setkáním tzv. fokusních skupin, návštěvami institucí působících v oblasti sociálních služeb a exkurzemi v pobytových zařízeních. APSS ČR se problematice demence soustavně věnuje již od roku 2014, a to v návaznosti na projekt, který realizovala ve spolupráci s partnerskou organizací CURAVIVA Schweiz a Gerontologickým centrem v Praze. Pozitivní zahraniční zkušenosti a poptávka ze strany samotných poskytovatelů sociálních slu-

žeb v České republice utvrzuje a motivuje odborníky působící při APSS ČR v tom, že právě oblast péče o klienty s demencí je cestou, kterou budou neustále systematicky podporovat.

Prakticky se toto úsilí projevuje například tím, že APSS ČR vydala v roce 2017 odbornou publikaci s názvem *Když do života vstoupí demence* aneb *Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí* a Institut vzdělávání APSS ČR nabízí od roku 2016 unikátní seminář s názvem *Demence v obrazech*.

Před každou studijní cestou byl účastníkům zaslán dokument popisující fungování systému sociálního zabezpečení a sociálních služeb v hostující zemi, aby tak získali určité vodítko pro pochopení případných odlišností identifikovaných při samotné návštěvě a exkurzích. Sborník je koncipován tak, že nejprve obsahuje aktualizované shrnutí z dokumentů poskytnutých účastníkům studijních cest a ve druhé části shrnuje identifikované skutečnosti a příklady dobré praxe.

1. Česká republika

V České republice žilo k 1. lednu 2018 celkem 10 610 055 osob.¹ Český statistický úřad rozlišuje tři hlavní věkové skupiny – děti do 15 let, obyvatele v produktivním věku v intervalu 16 až 64 let a seniory nad 65 let. Právě ve skupině seniorů byl v roce 2017 zaznamenán největší nárůst počtu osob – o 51,3 tisíce. Celkově je v této kategorii na 2,04 milionu osob, což představuje 3% zvýšení ve srovnání s rokem 2016. Poprvé v historii České republiky tak byla překročena hranice dvou milionů seniorů. To jasně dokládá, že pokračoval proces stárnutí populace. Průměrný věk obyvatele v tomto období dosáhl 42,2 let. Podle projekce vývoje obyvatelstva bude v roce 2059 žít v České republice 3,205 milionu osob starších 65 let. Jedná se o nárůst o 1,164 milionu (o 57%) oproti roku 2018.² Z toho lze indikovat zvyšující se potřebnost a důležitost sektoru sociálních služeb. Obecně lze konstatovat, že sociální systémy v České republice musely po společenských

změnách spojených s koncem vlády komunistické strany v roce 1989 projít zásadní proměnou. Celá reforma byla postavena na třech pilířích – sociální pomoci, sociální podpoře a sociálním pojištění. První změny byly uzákoněny již v roce 1995 (nemocenské pojištění, důchodové pojištění, životní minimum, státní sociální podpora), celý proces však trval až do roku 2011, kdy byl zakončen přijetím zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. Vlastní zákon o sociálních službách byl přijat společně se zákonem o pomoci v hmotné nouzi po více než deseti letech od zahájení reformy až v roce 2006 s účinností od ledna 2007. Jedním z prvních zákonů, které řadíme do sociální reformy, byl zákon o nemocenském pojištění. V rámci českého systému sociální ochrany obyvatelstva jsou systémy nemocenského a zdravotního pojištění koncipovány odděleně.

¹ Český statistický úřad, Odbor statistiky obyvatelstva – Vývoj obyvatelstva České republiky (<https://www.czso.cz/documents/10180/61565976/13006918.pdf/86bf3abd-4ced-41f0-812a-b71c842954c5?version=1.6>).

² Český statistický úřad, Projekce obyvatelstva České republiky – 2018–2100 (<https://www.czso.cz/documents/10180/61566242/13013918u.pdf/6e70728f-c460-4a82-b096-3e73776d0950?version=1.2>).

Systém nemocenského pojištění je v gesci Ministerstva práce a sociálních věcí a **systém zdravotního pojištění** v gesci Ministerstva zdravotnictví. Přestože do obou systémů platí pojistné zaměstnavatelé, zaměstnanci i osoby samostatně výdělečně činné, je systém nemocenského pojištění stále součástí státního rozpočtu (pojistné na nemocenské pojištění je příjmem státního rozpočtu a všechny nemocenské dávky jsou financovány ze státního rozpočtu). Náklady na zdravotní péči jsou financovány ze systému veřejného zdravotního pojištění, které je oddělené od státního rozpočtu. Systém je spravován prostřednictvím Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a několika dalších oborových a resortních zdravotních pojišťoven. Výše sazeb pojistného na zdravotní pojištění, stejně jako řada dalších podmínek poskytování zdravotní péče, je stanovena zákonem, popř. podzákonnými právními normami, a zdravotní pojišťovny nemají možnost je žádným způsobem ovlivnit. Z tohoto pohledu má pojistné na zdravotní pojištění charakter zdravotní daně.

Pokud jde o **český důchodový systém**, ten byl navržen jako systém o třech pilířích. Od svého spuštění ovšem stojí pouze na dvou pilířích, tzv. prvním a třetím. Mezi lety 2013 a 2015 existoval ještě druhý pilíř, který byl ovšem předmětem ostrého politického střetu a díky tomu byl po změně vlády zrušen.

První pilíř je povinný systém, z něhož jsou vypláceny starobní, invalidní a pozůstalostní důchody. Systém je financován z pojistného, které platí zaměstnavatelé, zaměstnanci a osoby samostatně výdělečně činné. Všechny důchody jsou financovány průběžným způsobem na základě mezigenerační solidarity a ve výpočtu důchodu je rovněž uplatňován princip solidarity vysokopříjmových

skupin osob s těmi nízkopříjmovými. Důchody jsou vypláceny centrálně prostřednictvím České správy sociálního zabezpečení a kontakt s klienty zajišťují okresní pobočky – tzv. Okresní správy sociálního zabezpečení.

Druhý pilíř byl konceptem komerčního pojištění. Zrušen byl pro údajné nevyhovující nastavení, kdy do něj část peněz byla odkloněna z plateb původně určených do prvního pilíře.

Třetí pilíř je dobrovolný. Je státem podporován jak přímo, poskytováním státního příspěvku, tak i nepřímo, prostřednictvím odpočtu ze základu pro stanovení daně z příjmu fyzických osob. V jeho rámci je uplatňován princip kapitálového financování.

Základní systém důchodového pojištění je v České republice založen na těchto principech:

- sociální solidarita;
- průběžné financování;
- systém je povinný pro všechny ekonomicky aktivní osoby;
- systém poskytuje náhradu příjmu v případě stáří (starobní důchod), invalidity (invalidní důchod) a úmrtí živitele (vdovský, vdovecký a sirotčí důchod);
- systém je **dávkově definovaný** – konstrukce výpočtu důchodů je dvousložková:
 - první složku tvoří základní výměra, která je stejná pro všechny druhy důchodů;
 - druhou složku tvoří procentní výměra, jejíž výše je rozdílná podle délky doby pojištění a výše příjmů dosažených v rozhodném období před přiznáním důchodu;
- systém neobsahuje žádná omezení výše důchodu stanovená pevnou částkou nebo procenty, a to ani v případě nároku na pozůstalostní dávky po jednom zemřelém;

- systém je jednotný, což platí i pro cizince ze třetích zemí, kterým při splnění stejných podmínek vzniknou stejné nároky ze základního důchodového pojištění jako ostatním pojištěncům;
- systém je dynamický (řada prvků konstrukce výpočtu důchodu se každoročně upravuje s přihlédnutím k ekonomickému vývoji, a to včetně indexování vyměřovacích základů).

Pro vznik nároku na starobní důchod musí občan splnit dvě základní podmínky – získat potřebnou dobu pojištění a dosáhnout věkové hranice pro vznik nároku na starobní důchod. Potřebná doba pojištění pro vznik nároku na starobní důchod po roce 2018 je 35 let. Věková hranice pro vznik nároku na starobní důchod pro občany narozené po roce 1971 je pevně stanovena na 65 let věku, nicméně za podmínek stanovených v zákoně lze do důchodu odejít i předčasně. Ve většině případů však v České republice dochází k tomu, že po vzniku nároku na starobní důchod člověk dále pracuje při souběžném pobírání starobního důchodu v plné výši. Výše procentní výměry starobního důchodu se v tomto případě zvyšuje o 0,4 % výpočtového základu za každý rok této ekonomické aktivity.

Pokud občan po vzniku nároku na starobní důchod dále pracuje a přitom starobní důchod nepobírá, zvyšuje se procentní výměra starobního důchodu o 1,5 % za každých 90 kalendářních dní této ekonomické aktivity.

Pokud jde o invalidní pojištění, tak není samostatnou součástí systému sociální ochrany, ale spadá do systému důchodového pojištění. V době psaní tohoto sborníku platí, že nárok na invalidní důchod získá ten pojištěnec, u něhož z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravot-

ního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %.

Stupeň invalidity (I., II., III.) není určován diferencovaně v závislosti na výdělečné schopnosti člověka, ale univerzálně bez vazby na jeho ekonomickou aktivitu a typ vykonávané činnosti. Invalidní důchod je vypočten obdobně jako důchod starobní. Vysoká míra sociální solidarity, která se projevuje ve vysoké redukci výdělků, zajišťuje, že výše invalidního důchodu umožňuje převážné většině příjemců naplňovat svoje základní životní potřeby nad úroveň životního minima. V případě, že je příjem příjemce invalidního důchodu nižší, než jeho životní minimum, může si požádat o dávky v rámci systému pomoci v hmotné nouzi.

V České republice je zaveden tzv. **příspěvek na péči**. Příspěvek na péči je poskytován těm, kteří z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují při péči o vlastní osobu a zajištění soběstačnosti pomoc jiné osoby. Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby:

- mobilita;
- orientace;
- komunikace;
- stravování;
- oblékání a obouvání;
- tělesná hygiena;
- výkon fyziologické potřeby;
- péče o zdraví;
- osobní aktivity;
- péče o domácnost.

Jedná se tedy o kritéria podle tzv. Katzova indexu aktivit nezávislého života, který je využíván pro hodnocení míry závislosti i v řadě evropských zemí. Vedle příspěvku na péči jsou v České

republiky poskytovány příspěvky v rámci systému pomoci v hmotné nouzi, popř. dávky pro zdravotně postižené osoby. Dávky ze systému pomoci v hmotné nouzi jsou přiznávány zpravidla na základě posouzení celkových sociálních a příjmových poměrů jednotlivých žadatelů a členů jejich domácností. Dávky pro zdravotně postižené osoby jsou poskytovány na základě posouzení sociálních důsledků vyplývajících ze zdravotního postižení, přičemž výše dávek je zpravidla poskytována na základě posouzení celkových příjmových poměrů jednotlivých žadatelů. Od 1. června 2018 přibyl do oblasti nemocenského pojištění nový institut – tzv. dlouhodobé ošetřovné. To zabezpečí pracovníka až na dobu tří měsíců v případě, že například převezme do péče svého rodiče, který byl po minimálně týdenní hospitalizaci propuštěn do domácího prostředí.

1.1 Osoby s demencí z pohledu sociálních služeb v České republice

Poskytování sociálních služeb v České republice není rozděleno na segmenty služeb, které by byly zaměřené jen na úzkou skupinu uživatelů. Jednotlivé druhy sociálních služeb mají vždy několik cílových skupin uživatelů, které společně charakterizují obdobné potřeby péče, pomoci a podpory. V praxi proto jednotliví poskytovatelé zpravidla vymezují cílovou skupinu uživatelů svého pracoviště až v rámci procesu registrace. Tento postup sice umožní efektivněji využít dostupnou kapacitu, znemožňuje ale relevantně hovořit o čisté kapacitě konkrétního druhu sociální služby určené pro konkrétní cílovou skupinu (například pro osoby s demencí). I když stále není zcela zřejmé, co vede k propuknutí ne-

moci typu Alzheimerovy choroby, můžeme identifikovat určité oblasti, které působí jako prevence negativních jevů, které sebou nemoc přináší. Do těchto oblastí patří bezesporu společenské aktivity seniorů. Tyto aktivity v České republice probíhají na místní úrovni. Tzv. senior kluby jsou provozovány zejména ve větších městech. Zaměřují se na organizování společenských a kulturních akcí. Obdobnou aktivitou jsou kluby aktivního stáří. Zde se na organizaci jednotlivých programů podílejí sami senioři, přičemž pořádají různé kulturní, společenské i sportovní akce, které jsou připraveny tak, aby stimulovaly vlastní aktivní zapojení seniorů a posilovaly motivaci k aktivitě.

Do této kategorie patří turistické vycházky, ruční práce, modelování, výstavy květin, kontakty s jinými městy, seniorské bály nebo taneční pro věkově pokročilé. Velmi důležitá je podpora těchto aktivit ze strany místní veřejné správy. Tato podpora může být velmi široká. Patří sem bezplatné zapůjčování prostor pro konání těchto aktivit (například prostory radnic, kulturních domů), grantová podpora, ale také osobní přítomnost představitelů na aktivitách a oceňování aktivního přístupu konkrétních seniorů. Význam těchto aktivit spočívá nejen v sociálním kontaktu a aktivizaci, ale také v možnosti spojit tyto aktivity s osvětou a informovaností například i o nemocích jako je demence. Lidé z cílové skupiny – potenciální klienti nebo jejich pečující – se mohou nenásilnou formou dozvědět informace, které jim pomohou v první fázi péče o nemocného. Informovanost o této problematice pomáhá odstraňovat zábrany a urychluje poskytnutí odborné pomoci. V oblasti aktivizace a stimulace „mozkové činnosti“ seniorů je nutné zmínit i seniorské akademie nebo univerzity třetího věku. Ty vycházejí z myšlenky, že učit se je

záležitost celoživotní a vzdělávat by se měl člověk permanentně. Témata pro studium jsou různá, programy bývají zaměřeny např. na studium biologie člověka, dějiny literatury, hudby a umění. Studenti – senioři skládají zkoušky, píší odborné práce a na závěr získávají diplomy o absolutoriu. V České republice byla první univerzita třetího věku založena na Univerzitě v Olomouci v roce 1986. Mimo vlastní studium jsou seniorům k dispozici i přípravné kurzy pro studium. Vedle výše zmíněných společných (organizovaných) činností je prospěšné podporovat i individuální aktivity seniorů – věnování se zálibám, jako je zahrádkaření, turistika, houbaření, rybolov a ruční práce. Podpora těchto aktivit na místní úrovni může spočívat například v pronájmech obecních pozemků, na kterých jsou zahrádky, nebo v pořádání soutěží a výstav, kde mohou senioři výsledky svých koníčků prezentovat veřejnosti. Pozitivní dopady těchto aktivit nesměřují pouze k samotným seniorům, ale obecně podporují společnost a působí proti vzdalování se jednotlivých generací.

V této souvislosti je nutné zmínit, že i českou společnost postihl proces rozpadu širokých více než dvougeneračních rodin. Společnost tak stojí především na modelu nukleární rodiny, kdy se rodiče často dostávají do pozice tzv. sendvičové generace. Musí totiž zajistit péči o děti a zároveň i o své rodiče, a to všechno ve věku, kdy se očekává, že jsou stále ekonomicky aktivní. S touto situací se pak pojí množství problémů, zejména se setrváním na trhu práce v době péče o seniora a následně po jejím ukončení. I přes rozpad vícegeneračních rodin pečují rodiny asi o 80 % seniorů. Ukazuje se jako lichý předpoklad, že kvalita či intenzita péče o seniora se s počtem dětí zlepšuje. Obvykle totiž péči zajišťuje nejbližší bydlící nebo spolubydlící dcera. S postupným zvyšová-

ním nesoběstačnosti seniora se zvyšuje potřeba pomoci i ze strany pečující osoby. Pokud senior potřebuje pomoc více než 4 hodiny denně, je vhodné přejít do režimu tzv. sdílené péče. Koncept sdílené péče vychází z předpokladu, že péči v určitém individuálně určeném rozsahu převezme profesionální sociální služba, a tím se umožní pečující osobě alespoň částečné obnovení či budování běžných sociálních kontaktů a rolí. V praxi ale tento koncept naráží na několik zásadních problémů. První vyplývá z konceptu příspěvku na péči, kdy je dávka plně použita jako odměna domácímu pečujícímu. V některých případech je to významný příjem celé rodiny.

Rozhodnutí, zda snížit příjem rodiny a hradit náklady na sociální službu, nebo „ještě vydržet“ a poskytovat péči i přes zjevné problémy, často není jednoduché. Druhým problémem je nedostatečná nabídka potřebných sociálních služeb, a to nejen kapacit, ale i dostupných druhů. Pečující i klient se pak dostávají do situace, že i přes svou snahu a ochotu část péče přenést na poskytovatele sociálních služeb, nemají k dispozici žádnou nabídku, které by mohli využít. Překážkou na cestě k získání potřebné pomoci může být také složitý systém druhů sociálních služeb, ve kterém se poptávající osoba může špatně orientovat.

Lidem s demencí a jejich rodinným příslušníkům jsou připraveni pomoci také sociální pracovníci na úrovni obcí s rozšířenou působností. Tito pracovníci jsou zařazeni zejména na odborech zdravotnictví a sociální péče. V případech, kdy je například osoba s demencí hospitalizována, zjišťuje sociální pracovník obce s rozšířenou působností, zda je nezbytné ji po propuštění ze zdravotnické péče poskytnout návazné služby sociální péče, a pokud ano, zprostředkovává

možnost jejich poskytnutí. Pokud nelze potřebné služby sociální péče aktuálně poskytnout, informuje neprodleně o této skutečnosti poskytovatele zdravotních služeb a ten pacienta nepropouští, pouze změní režim poskytování péče a zahájí tzv. poskytování sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení. Důležitým nástrojem pro zajištění potřebné dostupnosti péče na území obcí v České republice je střednědobý plán rozvoje sociálních služeb. Povinnost sestavovat tyto střednědobé plány je zákonem stanovena na úroveň kraje, nicméně obec má povinnost při sestavování krajského plánu spolupracovat. Některé obce samy, nebo ve svazku s více obcemi, vytvářejí své místní střednědobé plány rozvoje sociálních služeb.

Tímto nástrojem mohou nejen velmi přesně popsat potřeby svých obyvatel, ale také získat příležitost k úzké spolupráci s místními poskytovateli sociálních služeb a v neposlední řadě i se zástupci osob, kterým jsou poskytovány sociální služby. Jedna z novějších rolí obcí spočívá ve spolupráci s krajem při určování sítě sociálních služeb na území kraje, a tím i na zajištění potřebné dostupnosti v krátkodobém a střednědobém výhledu. Síť sociálních služeb je myšlen souhrn sociálních služeb, které se v dostatečné kapacitě, náležitě kvalitě a s odpovídající místní dostupností podílí na uspokojování potřeb konkrétních osob na území kraje. Stálým problémem v péči o osoby s demencí je jejich včasné zachycení, zprostředkování potřebných informací a poskytnutí podpory a pomoci. Základní filozofií v České republice je snaha podporovat osoby s demencí nejprve co nejdéle v domácím prostředí. Nabídka pobytových sociálních služeb přichází až ve chvíli, kdy již potřebu péče není možné zajistit kombinací domácí péče a terénních a ambulantních služeb.

1.2 Systém poskytování sociálních služeb v České republice

Sociální služby jsou poskytovány v rámci zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a na základě vyhlášky č. 505/2006 Sb. Současná právní úprava sociální služby definuje jako soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Zákon rozlišuje 3 skupiny sociálních služeb – sociální poradenství, sociální péči a sociální prevenci, a také definuje, v jakých zařízeních jsou tyto služby poskytovány a jaké činnosti jsou považovány za základní. Jednotlivé druhy sociálních služeb jsou definovány charakteristickými znaky. Je to zejména **forma poskytování** (terénní, ambulantní a pobytová), **cílová skupina osob**, pro kterou je služba určena, a **výčet základních činností**, které musí svým klientům nabízet. Pro poskytování sociálních služeb musí být vydána registrace ve správním řízení. Poskytování sociálních služeb musí být prováděno v souladu se standardy kvality, což je soubor patnácti okruhů otázek. Dodržování těchto povinností kontroluje inspekce kvality, která je od 1. 1. 2015 ve struktuře Ministerstva práce a sociálních věcí. Úkolem standardů je vytvořit myšlenkový a srovnávací rámec pro poskytování sociálních služeb. Zákon také stanovuje úhrady za některé služby, jiné určuje jako pro klienty bezplatné. Uživatelé sociálních služeb jsou zejména u pobytových služeb chráněni několika nástroji. Jedná se například o minimální zůstatek – tedy procentuálně určenou část příjmů, která musí uživateli po zaplacení úhrady za pobyt a stravu zůstat.

Dalším nástrojem je maximální sazba hodinové úhrady za jednotlivé základní činnosti

stanovená v prováděcím právním předpise. Zákon do problematiky úhrad zavádí také dobrovolnou možnost podílet se na úhradách i pro další subjekty, ať jsou to rodinní příslušníci nebo další osoby (i třeba bývalý zaměstnavatel). Celková konstrukce ovšem umožňuje získat služby za nízkou cenu i osobám, jejichž majetkové poměry by slevu nevyžadovaly. Financování sociálních služeb je řešeno jako vícezdrojové, odpovědnost za zajištění finančních zdrojů leží plně na jednotlivých poskytovatelích. Stát pro poskytování sociálních služeb vytváří dotační programy. Objem finančních prostředků není zákonem o sociálních službách určen a vychází každoročně ze schváleného státního rozpočtu České republiky.

1.2.1 Standardy kvality sociálních služeb

V následující části bude stručně uvedeno, co se u jednotlivých standardů od poskytovatele očekává.

Standard č. 1 Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Každý poskytovatel by měl mít definováno poslání, cíle a zásady (postupy) pro svou organizaci. Měl by si také velmi pečlivě rozmyslet, jaké cílové skupině se chce věnovat. Je dobré, pokud je poslání, cíle a vymezení cílové skupiny formulováno písemně. Tato forma je důležitá pro předávání informací o záměrech organizace všem zaměstnancům bez zkreslení. Důležité jsou tyto informace i pro klienty, a proto by měly být volně dostupné. Standard vyžaduje, aby byly písemně zpracovány i nejdůležitější pracovní postupy. Každý poskytovatel by měl ctít názory a vůli svých uživatelů. Měl by proto vytvářet co nejvíc příležitostí a uživatele v rozvoji této důležité kompetence podporovat.

Standard č. 2 Ochrana práv osob

Poskytování sociálních služeb může zasahovat do nejintimnějších oblastí života uživatelů a velmi snadno mohou být dotčena i základní lidská práva. Poskyvatelé by na toto měli při své práci myslet a měli by identifikovat situace, kdy by k tomu mohlo dojít. Standard doporučuje písemně zpracovávat pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod uživatelů. Další oblastí, které se musí poskytovatel věnovat, jsou situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy uživatelů.

V praxi také nastávají situace, kdy chce uživatel nebo jeho rodina obdarovat poskytovatele. Důvody pro toto mohou být různé a mohou také přinášet rizikové situace pro obě strany. Poskytovatel by proto měl na tyto situace preventivně myslet a měl by si písemně zpracovat pravidla pro přijímání darů.

Standard č. 3 Jednání se zájemcem o sociální službu

Aby byl proces hledání vhodné sociální služby pro uživatele efektivnější a snadnější, měl by poskytovatel pro zájemce o sociální službu připravit informace, které srozumitelným způsobem vysvětlí možnosti dané služby, seznámí ho s nabídkou a také s podmínkami služby. Poskytovatel by měl určit postupy a pracovníky, kteří informace zájemcům poskytují. Ti by měli podrobně projednat se zájemcem jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by bylo možné realizovat prostřednictvím dané služby. Výsledkem vyjednávání může být buď uzavřená smlouva, nebo se může ukázat, že existují důvody, pro které naopak zájemce přijmout nelze. Důvody pro odmítnutí stanovuje zákon. Poskytovatel by

měl mít zpracována pravidla pro postup při odmítnutí zájemce. Pokud dojde k odmítnutí, musí být poskytovatel připraven poskytnout základní poradenství, jak v hledání potřebné služby pokračovat.

Standard č. 4 Smlouva o poskytování sociální služby

S ohledem na individuální schopnosti jednotlivých uživatelů musí poskytovatel při uzavírání smlouvy postupovat tak, aby nový uživatel, případně i jeho zástupce, rozuměl obsahu a účelu smlouvy. Ve smlouvě by měl být sjednáván rozsah a průběh poskytování služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání uživatele.

Standard č. 5 Individuální plánování průběhu sociální služby

V rámci stanoveném smlouvou probíhá permanentní proces individuálního plánování. Pomocí individuálního plánování dochází k ověřování plnění dosavadních naplánovaných úkonů, zda jsou naplňovány osobní cíle uživatele a probíhá případná korekce – přehodnocování procesu poskytování služby podle vývoje individuálních potřeb uživatele. K zapojení uživatele poskytovatel využívá dostupné komunikační a další metody, pomocí kterých umožní uživateli vyjádřit svou vůli, názory, případně emoční reakce.

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

Standard č. 6 Dokumentace o poskytování sociální služby

Poskytování sociálních služeb jednotlivým uživatelům musí být souběžně zaznamenáváno v příslušné dokumentaci. Tato dokumentace je vedena s ohledem na případné zákonné požadavky (např. zdravotnická dokumentace) a potřeby procesu poskytování sociální služby. V případech, kde není právními předpisy stanovena doba pro uchování dokumentace uživatele po ukončení poskytování sociální služby, musí být tato doba stanovena poskytovatelem.

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

Existuje několik cest, jak může uživatel sdělovat svou nespokojenost se způsobem, kterým je mu sociální služba poskytována. Jednou z nich jsou oficiální stížnosti. Vyřizování stížností by měl být transparentní a objektivní proces. Proto by měl mít poskytovatel písemně zpracována pravidla. Stanovená pravidla pro podávání a vyřizování stížností v daném zařízení by měla být zpracována ve formě srozumitelné uživatelům. Uživatel musí mít také možnost zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti. Postupy podávání stížností musí znát všichni zaměstnanci daného poskytovatele. Všechny stížnosti, které poskytovatel obdržel, musí být evidovány a písemně vyřizovány v přiměřené lhůtě. V případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti musí poskytovatel uživatele informovat o možnosti obrátit se na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti.

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

V rámci procesu poskytování zejména některých služeb je poskytovatel schopen zajistit

i nadstandardní služby, které jsou ale dostupné i mimo rámec sociální služby. Poskytovatel by neměl nahrazovat běžně dostupné veřejné služby svou činností.

Měl by naopak uživatele podporovat, aby mohl dostupné veřejné služby využívat a udržovat tak původní kontakty a vztahy s přirozeným sociálním prostředím. Veřejnými službami jsou například obchody, kina, divadla, knihovny, kadeřnictví apod.

Standard č. 9 Personální a organizační zajištění sociální služby

Organizace poskytující sociální služby musí mít stanovenou organizační strukturu včetně počtu pracovních míst, pracovních profilů, kvalifikačních požadavků a osobnostních předpokladů pracovníků v sociálních službách. Některé z těchto požadavků musí být stanoveny již ve chvíli, kdy organizace žádá o registraci pro poskytování sociálních služeb. I když dosud není stanoven žádný normativ či standard, musí poskytovatel nastavit organizační strukturu a počty zaměstnanců přiměřeně druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám uživatelů. Poskytovatel musí zpracovat pravidla pro personální práci v rámci organizace. Zejména musí upravit přijímání a zaškolování nových zaměstnanců. U poskytovatelů, pro které vykonávají činnosti například dobrovolníci, musí být stanovena pravidla pro jejich působení. Součástí těchto pravidel musí být také řešení zaškolení těchto osob.

Standard č. 10 Profesionální rozvoj zaměstnanců

Nedílnou součástí firemní kultury poskytovatele musí být systém dalšího vzdělávání zaměstnanců. Zaměstnanci by měli mít individuálně

stanovený plán dalšího vzdělávání. Důležitým aspektem úspěšného poskytování sociálních služeb je funkční tok informací v rámci organizace. Poskytovatel musí mít zpracován systém výměny relevantních informací mezi zaměstnanci v reálném čase s cílem kontinuálně zabezpečit kvalitní a bezpečné poskytování sociální služby. Důležitým aspektem rozvoje zaměstnanců je jejich motivace. Poskytovatel by měl mít transparentní pravidla pro finanční odměňování a také systém pro morální oceňování svých zaměstnanců.

Standard č. 11 Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

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

Standard č. 12 Informovanost o poskytované sociální službě

Každý poskytovatel musí prezentovat svou službu nejen potenciálním, ale také stávajícím uživatelům. Pro tyto účely má mít zpracovaný srozumitelný soubor informací o dané sociální službě.

Standard č. 13 Prostředí a podmínky

Sociální služby v zařízeních by měly být poskytovány v přiměřených materiálních, technických a hygienických podmínkách odpovídajících druhu služby a její kapacitě. Při posuzování přiměřené úrovně poskytování dané služby se vychází z relevantních právních předpisů (tam kde jsou k dispozici). Jsou to především zdravotnické předpisy upravující hygienické podmínky pro některé provozy a stavební předpisy upravující požadavky na parametry budov s ohledem na jejich deklarované využití.

Standard č. 14 Nouzové a havarijní situace

V rámci své činnosti musí poskytovatel předvídat možné nouzové a havarijní situace. Identifikované situace musí písemně definovat a připravit reálné postupy pro jejich řešení. S těmito plány musí být prokazatelně seznámeni zaměstnanci i uživatelé. Zároveň musí poskytovatel vytvářet podmínky, které zajistí, že budou tyto postupy úspěšně použity.

Standard č. 15 Zvyšování kvality sociální služby

Proces poskytování sociální služby je nutné neustále evaluovat. Jako jeden ze zdrojů pro vyhodnocování služby musí být vytvořen systém pro zjišťování spokojenosti uživatelů. Vedle uživatelů by se do systému hodnocení poskytované sociální služby měli zapojovat také zaměstnanci a další zainteresované fyzické a právnické osoby. Jako další zdroj informací pro evaluaci musí být využívány došlé stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby. Výsledky vyhodnocování jsou podnětem pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby. S ohledem na cílovou skupinu osob s demencí ovšem standardy kvality nepřinášejí žádný problém. V rámci obecně vymezených standardů bude jistě každý poskytovatel schopen nastavit procesy poskytování sociální služby tak, aby to této cílové skupině vyhovovalo a zároveň naplnil rámce zákonných podmínek.

1.2.2 Druhy sociálních služeb vhodné pro péči o osoby s demencí

Sociální služby jsou v České republice poskytovány ve formě ambulantní, terénní a pobytové. Pro cílovou skupinu lidí s demencí se jedná o následující druhy sociálních služeb.

Základní sociální poradenství

Základní sociální poradenství je součástí všech sociálních služeb. Každý zájemce o službu obdrží v rámci základního sociálního poradenství informace o tom, jak nalézt řešení jeho nepříznivé sociální situace. Následně dostane informace také o jiných formách pomoci, například o dávkách pomoci v hmotné nouzi a dávkách sociální péče. Dále obdrží informace o základních právech a povinnostech uživatele sociálních služeb a o možnostech využívání běžně dostupných zdrojů (služeb) pro zabránění sociálního vyloučení a zabránění vzniku závislosti na sociální službě.

V rámci základního sociálního poradenství mají být také poskytnuty informace o možnostech podpory členů rodiny, kteří se mohou na péči spolupodílet. Služba je poskytována bezplatně.

Odborné sociální poradenství

Odborné sociální poradenství je pro cílovou skupinu osob s demencí poskytováno zejména v poradnách pro seniory nebo v lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu. Základní činnosti při poskytování odborného sociálního poradenství směřují ke zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, zprostředkování navazujících služeb a sociálně terapeutickým činností. Odborné sociální poradenství dále pomáhá při vyřizování běžných záležitostí uživatele. Oblasti, ve kterých může být sociální poradenství poskytováno, jsou obory psychologie, pedagogiky, sociální práce a práva. Poskytovatel musí zajistit odbornost svého personálu poradenství alespoň ve dvou těchto odbornostech.

Osobní asistence

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná uživatelům bez časového omezení, v jejich přirozeném prostředí a při činnostech, které uživatel aktuálně potřebuje. Bez časového omezení je myšleno po časovou dobu bez ohledu na úkony či dohled, který je vykonáván. V praxi to znamená, že osobní asistent doprovází svého uživatele a poskytuje činnosti, které jsou v konkrétním případě potřebné. Bohužel je osobní asistence často poskytována i formou, která by spíše odpovídala pečovatelské službě. Tím se stírá důležitý rozměr podpory samostatného života osob s handicapem, který stál u zrodu osobní asistence v rámci hnutí Independent Living v USA. Osobní asistence poskytuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu spočívající v pomoci při přípravě a podávání jídla a pití, při oblékání a svlékání, při prostorové orientaci a samostatném pohybu v prostoru a osobní hygieně. Dále poskytuje pomoc při zajištění chodu domácnosti, zejména pomoc s úklidem a údržbou domácnosti a osobních věcí, s nákupy a běžnými pochůzkami. Osobní asistent doprovází uživatele také k lékaři, na zájmové a volnočasové aktivity a na úřady. Současně pomáhá při komunikaci s vyřizováním běžných záležitostí. Maximální výše úhrady za poskytování osobní asistence činí 130 Kč za hodinu.

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba, která je poskytována ve vymezeném čase na jednotlivé úkony v domácnostech uživatelů, ale může být také poskytována v zařízeních sociálních služeb. Jednotlivé úkony péče a podpory jsou s uživatelem zpravidla domluveny dopředu a jejich ceník je stanoven na základě potřebného času. Pečovatelská služba poskytuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlast-

ní osobu, jako například pomoc a podporu při podávání jídla a pití, při oblékání a svlékání, při prostorové orientaci a samostatném pohybu v prostoru, při přesunu na lůžko nebo vozík a pomoc při osobní hygieně. V rámci ambulantní formy má pečovatelská služba podobu center osobní hygieny a uživatelé se k úkonům péče do centra sjíždějí, respektive jsou sem sváženi. Součástí úkonů pečovatelské služby je dovoz nebo donáška jídla. Z hlediska péče o počáteční stádia onemocnění je často první problém identifikován právě ve špatném stravovacím režimu. Proto obecně v seniorské problematice platí, že zajištění stravy pečovatelskou službou se podílí na odložení potřeby institucionální péče.

Jak se potřeba pomoci postupem času zvětšuje, nabízí pečovatelská služba pomoc při zajištění chodu domácnosti, jako je například běžný úklid a údržba, donáška vody, topení v kamnech včetně donášky uhlí, běžné nákupy a pochůzky, praní a žehlení prádla, popřípadě jeho drobné opravy. Pečovatelská služba zajistí také například doprovod k lékaři a zpět. Maximální výše úhrady za poskytování pečovatelské služby činí 130 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů. Pro oblast stravování jsou prováděcí vyhláškou Ministerstva práce a sociálních věcí stanoveny maximální ceny na 170 Kč denně, a to za poskytnutí celodenní stravy v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel, za oběd je stanovena cena ve výši 75 Kč.

Tísňová péče

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

je především poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci ve spolupráci s jednotlivými složkami integrovaného záchranného systému (záchranné služby, policie nebo hasičů). Maximální výše úhrady za poskytování tísňové péče může být stanovena až do výše skutečných nákladů na provoz technických komunikačních prostředků.

Průvodcovské a předčitatelské služby

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou poskytovány v terénní nebo ambulanti formě v oblasti orientace nebo komunikace a napomáhají uživatelům osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Tyto služby mohou být poskytovány též jako součást jiných služeb. Tento druh služby zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, například doprovázení k lékaři, na zájmové a volnočasové aktivity, na úřady apod. Současně pomáhají při vyřizování běžných záležitostí a při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů. Hlavním úkolem této služby je předčítání nebo jiný způsob zprostředkování informace uživatelům s poruchami komunikace. Maximální výše úhrady činí 130 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů.

Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou v České republice poskytovány jako samostatná služba. V praxi se ukazuje, že by se mělo spíše jednat o formu poskytování například v domově pro seniory, v denních stacionářích a podobně. Odlehčovací služby jsou poskytovány v terénní, ambulanti nebo pobytové formě. Tato služba je určena pro uživatele, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí, ale z nějakého důvodu je nutné zajistit na přechodnou dobu jinou

péči. Jedním z deklarovaných cílů této služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Maximální výše úhrady za poskytování odlehčovacích služeb je stanovena s ohledem na jejich poskytovanou formu. U terénních služeb je základním limitem 130 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů. Limit stravného 170 Kč denně za celodenní stravu v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel, případně 75 Kč za oběd. U pobytové formy je maximální úhrada stanovena na 210 Kč denně celkem za ubytování.

Centra denních služeb

Osobám s demencí pomáhají také centra denních služeb. V rámci základních činností se jedná zejména o pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro její udržování. Centra dále nabízejí poskytnutí stravy nebo pomoc při jejím zajištění. Zde je základním požadavkem to, aby byla strava přiměřená době poskytování služby a odpovídala věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování konkrétního uživatele. V případě potřeby tato služba zajistí pomoc při podávání jídla a pití. V rámci aktivit centra denních služeb mohou probíhat různé formy nácviku a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností. Služba by měla také pomoci při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou. Klienti přicházejí do těchto center za konkrétními úkony péče a po jejich provedení se posléze vrací do svého přirozeného prostředí. Maximální výše úhrady v centrech denních služeb činí 130 Kč za hodinu, 170 Kč denně za celodenní stravu v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel, a 75 Kč za oběd.

Denní stacionáře

V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby, a to výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti zaměřené například na nácvik a upevnování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností. Výchovné, vzdělávací a aktivizační aktivity doplňují také socioterapeutické činnosti vedoucí k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování. Uživatelé je v rámci pobytu v denním stacionáři zajištěna také strava. V případě potřeby je poskytnuta pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, jako je například pomoc a podpora při podávání jídla a pití a při využití WC. Součástí poskytované služby je také případná pomoc při obnově nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování. Maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v denních stacionářích činí 130 Kč za hodinu, 170 Kč denně za celodenní stravu v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel, a 75 Kč za oběd.

Týdenní stacionáře

Obdobou denních stacionářů jsou týdenní stacionáře. U týdenních stacionářů se jedná o pobytovou formu sociální služby. Maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v týdenních stacionářích činí 210 Kč denně celkem za ubytování. Za stravu je stanovena maximální úhrada 170 Kč denně za celodenní stravu, a 75 Kč za oběd vždy včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy.

Domovy pro seniory

Domov pro seniory je nejvýznamnější sociální služba pro seniory poskytovaná pobytovou formou. Tato služba se také významně podílí na potřebné péči o osoby s demencí, zejména v raných

stádiích nemoci. Domov pro seniory poskytuje tzv. hotelové služby, tedy ubytování a úklid, praní a drobné opravy prádla a žehlení. Dále pak zajišťuje celodenní stravu odpovídající zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel.

Z hlediska péče o vlastní osobu poskytuje pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík, pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změnách poloh, pomoc při podávání jídla a pití, pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru, pomoc při úkonech osobní hygieny a při použití WC. Důležitou součástí poskytované služby je zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při udržování kontaktu s rodinou uživatele a volnočasové a zájmové aktivity. Maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v domovech pro seniory činí 210 Kč denně celkem za ubytování a 170 Kč denně za celodenní stravu.

Domovy se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem jsou specializované sociální služby poskytované pobytovou formou mimo jiné i osobám se stařeckou, Alzheimerovou a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. V praxi není tento typ služby vždy samostatným pracovištěm, ale poskytovatelé služby domov pro seniory si jako domov se zvláštním režimem registrují vybrané části (patra, stanice). Ve stávajícím legislativním rámci jsou stejně jako u domova pro seniory poskytovány uživatelům tzv. hotelové služby a dále pak celodenní strava. Z hlediska péče

o vlastní osobu a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím jde o stejné typy úkonů jako v případě služby domov pro seniory. Maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v domovech se zvláštním režimem činí 210 Kč denně celkem za ubytování a 170 Kč denně za celodenní stravu.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče

Zvláštní službou v systému sociálních služeb je služba poskytovaná ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Jedná se o pobytovou službu, která je určena osobám, které již nevyžadují lékařskou lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče.

Poskytování této služby začíná ve chvíli, kdy by lékař mohl pacienta propustit například do domácího ošetřování (ale z důvodů nezajištění návazné péče tak učinit nemůže), a trvá do doby, než mu je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou osobou, případně služba pobytová v zařízení sociálních služeb. Rozsah péče je stanoven obdobně jako například v domově pro seniory nebo v domově se zvláštním režimem. Vzhledem k finanční a administrativní náročnosti pro poskytovatele zdravotní péče nebyl tento druh sociální služby v minulosti příliš používán a někteří poskytovatelé posléze od tohoto druhu sociální služby upustili. Vedle služeb poskytujících sociální péči mohou potřebnou pomoc a podporu osobám s demencí, zejména v raných stádiích, nabídnout dvě níže uvedené služby sociální prevence.

Telefonická krizová pomoc

Služba telefonické krizové pomoci je terénní služba poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami. Existují specializované linky pro seniory, jejichž pracovníci pomáhají nejen při dosahování práv a oprávněných zájmů seniorů, ale může jít i o pomoc při vyřizování běžných záležitostí volajícího seniora. Služba je poskytována zpravidla bezplatně.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Sociálně aktivizační služby poskytují své služby ambulantní formou, v některých případech i formou terénní. Tyto služby jsou určeny pro osoby v důchodovém věku, které jsou ohrožené sociálním vyloučením. Jedná se o realizaci zájmových, vzdělávacích a volnočasových aktivit a socio-terapeutických činností zaměřených na rozvoj nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování. Služba by měla být schopna pomoci i při vyřizování běžných záležitostí.

1.2.3 Vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách zaměřené na seniory

V České republice je vzdělávání pro oblast sociálních služeb upraveno v zákoně o sociálních službách, a to obecně pro všechny sociální služby bez ohledu na jejich zaměření (na klientelu). Zákon také upravuje vzdělávání sociálních pracovníků, zde ale široce překračuje rámec sociálních služeb a vztahuje se tak i na sociální pracovníky zaměstnané na úrovni obcí a krajů nebo na jiné služby, ve kterých také sociální pracovník působí (například ve zdravotnictví). Z hlediska zákona

můžeme také rozdělit zákonné požadavky na kvalifikační (tedy ty, které musí zaměstnanec splňovat, aby vůbec mohl pracovat v sociálních službách) a na další vzdělávání.

Kvalifikační vzdělávání sociálních pracovníků

Sociální pracovník v rámci své činnosti vykonává například sociální šetření a zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících péči o seniory. Dále pak provádí tzv. depistážní činnost (vyhledávání osob ohrožených sociálním vyloučením), poskytuje krizovou pomoc, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a koordinuje poskytování sociálních služeb na úrovni komunity. Aby mohl uspět v těchto často obtížných situacích, stanovil zákonodárce poměrně vysoké nároky na kvalifikaci.

Zákon předpokládá, že sociální pracovník získá kvalifikaci studiem:

- na vyšší odborné škole v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost;
- na vysoké škole v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku.

Další vzdělávání sociálního pracovníka

V současné době se stále více ukazuje, že získání kvalifikace pro své povolání je spíše začátkem celoživotního procesu vzdělávání a zdokonalování. Nejinak je tomu i u sociálních pracovníků. Těm je v České republice zaměstnavatel ze zákona povinen zabezpečit další vzdělávání v rozsahu

nejméně 24 hodin za kalendářní rok. Zákon také stanovuje, co všechno se považuje za formu dalšího vzdělávání.

Jedná se o:

- specializační vzdělávání zajišťované vysokými školami a vyššími odbornými školami navazujícími na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka;
- účast v kurzech s akreditovaným programem;
- odborné stáže;
- účast na školících akcích;
- účast na konferencích.

Pracovníci v sociálních službách

Oproti sociálním pracovníkům je skupina pracovníků v sociálních službách významně diferencovanější. Zákon je rozděluje do čtyř skupin. Obecně lze říct, že pracovník v sociálních službách je ten, kdo v ambulantních nebo pobytových zařízeních vykonává přímou obslužnou péči o uživatele spočívající v nácvičku jednoduchých denních činností, pomáhá jim při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s věcmi denní potřeby a podporuje jejich soběstačnost včetně uspokojování psychosociálních potřeb. Podobné je to i v případě, kdy uživatelé žijí ve vlastní domácnosti. K dříve uvedeným aktivitám tak přibývá ještě komplexní péče o jejich domácnost a provádění osobní asistence.

Pracovník v sociálních službách také může pod dohledem sociálního pracovníka vykonávat činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací, aktivizační a další činnosti spočívající v poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů uživatelů. U pracovníků v sociálních službách je kvalifikační požadavek stanoven na dosažení minimálně základního vzdělání

a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu. Obsah kvalifikačního kurzu upravuje prováděcí vyhláška (vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění). Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách se skládá z obecné a zvláštní části.

Obecná část kurzu obsahuje tyto tematické okruhy:

- úvod do problematiky kvality v sociálních službách, standardy kvality sociálních služeb;
- základy komunikace, rozvoj komunikačních dovedností, asertivita, metody alternativní komunikace;
- úvod do psychologie, psychopatologie, somatologie;
- základy ochrany zdraví;
- etika výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách, lidská práva a důstojnost;
- základy prevence vzniku závislosti osob na sociální službě;
- sociálně-právní minimum;
- metody sociální práce.

Zvláštní část kurzu obsahuje tyto tematické okruhy:

- základy péče o nemocné, základy hygieny, úvod do problematiky psychosociálních aspektů chronických infekčních onemocnění;
- aktivizační, vzdělávací a výchovné techniky, základy pedagogiky volného času;
- prevence týrání a zneužívání osob, kterým jsou poskytovány sociální služby;
- základy výuky péče o domácnost;
- odborná praxe;
- krizová intervence;
- úvod do problematiky zdravotního postižení;
- zvládání jednání osoby, které je poskytována sociální služba, jestliže toto jednání ohrožuje

její zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob, včetně pravidel šetrné sebeobranu.

Minimální rozsah kurzu je celkem 150 výukových hodin, z toho zvláštní část kurzu musí být minimálně 80 výukových hodin. Také pracovníkům v sociálních službách je zaměstnavatel povinen zabezpečit další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci.

1.2.4 Vybavenost regionů České republiky sociálními službami pro seniory

Potřebnost péče je v posledních letech chápána ve všech evropských zemích jako nové sociální riziko. Přestože jednotná definice tohoto pojmu doposud neexistuje, je zpravidla chápána jako dlouhodobá nebo trvalá ztráta samostatnosti při vykonávání každodenních úkonů. Často se za účelem definice potřebnosti péče používají tzv. kritéria ADL (Activities-of-Daily-Living) jako schopnost, respektive neschopnost se sám obléknout a svléknout, uložit se sám do postele nebo postel sám opustit, sám převzít péči o tělesnou hygienu a pohybovat se alespoň v rámci bytu. Obecně lze konstatovat, že největší objem péče je seniorům v České republice poskytován v jejich vlastních domácnostech ve formě pečovatelské služby. Po roce 1990 došlo k rozvoji nových forem především ambulantních služeb; jejich nabídka však není doposud rovnoměrná na území celé republiky.

Struktura forem jednotlivých služeb je přitom částečně determinována geografickým profilem regionu: vyšší hodnoty vybavenosti pečovatelskou službou vykazují regiony s převažujícím

rovinatým profilem, naproti tomu v regionech s převážně hornatým profilem lze zaznamenat více míst v domovech pro seniory. Při hodnocení rozsahu poskytovaných služeb v jednotlivých regionech je nutno mít na zřeteli, že nelze uplatňovat stejná hlediska na celém území, neboť existují objektivní charakteristiky determinující určité rozdíly vyplývající např.:

- z míry urbanizace;
- z věkové, kvalifikační, profesní a sociální struktury obyvatelstva na daném území a z náboženských specifik jednotlivých regionů;
- ze struktury osídlení jednotlivých územních celků, z velikosti obcí a z hustoty obyvatelstva;
- z míry realizace tradičních funkcí rodiny v péči o staré občany;
- z nejrůznějších sociologických změn probíhajících ve společnosti, zejména rozpad vícegeneračního soužití rodin.

Souhrnně lze nabídku poskytovaných sociálních služeb pro seniory v České republice z kvantitativního hlediska hodnotit jako nedostatečnou. Dlouhé čekací doby na umístění v domovech pro seniory a nedostatečná nabídka terénních sociálních služeb – to jsou klíčové problémy, s nimiž se potýkají zřizovatelé sociálních služeb prakticky ve všech regionech České republiky. Hlavní příčinou této skutečnosti je stávající systém financování, který je založen na vysoké míře centrální regulace a závislosti poskytovatelů na dotacích ze státního rozpočtu, na které však není právní nárok. Významnou součástí péče o seniory v České republice představuje péče, která je jim poskytována v pobytových zařízeních sociálních služeb. Přání zůstat co možná nejdéle ve známém bytě je u seniorů velmi rozšířené. Individuální bydlení doma ve známém prostředí a maximální podpora ze strany pečujících příbuzných nebo profesionál-

ních ambulantních služeb je pro většinu seniorů nejčastějším způsobem bydlení. V České republice jsou potřeby klienta a jejich uspokojení přesně vymezeny mezi jednotlivé sociální služby (a to jak příslušnou legislativou, tak i kvalifikací pracovníků). V případě zhoršení zdravotního stavu u obyvatele domu s pečovatelskou službou následuje většinou automaticky jeho přesun do pobytového zařízení („klient jde za péčí“). Dlouhodobá péče o seniory v pobytových zařízeních i v jejich přirozeném domácím prostředí představují významný pracovní, hospodářský i nákladový faktor. APSS ČR předpokládá, že tento vývoj bude pokračovat v důsledku demografických a gerontologických trendů i v následujících letech.

V České republice je kladen vysoký důraz na úroveň vzdělání pracovníků a na jejich celoživotní vzdělávání³. Z pohledu kvality poskytovaných sociálních služeb lze jistě tuto skutečnost ocenit, nicméně velkým problémem, který se projevuje vysokou pracovní migrací, je **nízká úroveň finančního ohodnocení**. Ke snížení vysoké fluktuace pracovníků by pomohlo zajištění platů srovnatelných s platy obdobných kategorií pracovníků v nemocnicích a zavedení pružné pracovní doby, která by umožnila především ženám skloubit jejich pracovní a rodinné povinnosti.

Mezi další opatření, kterými lze předcházet fluktuaci, patří posilování motivace a spokojenosti sociálních pracovníků a ošetrovatelského personálu ze strany managementu, zaměření se na udržení starších a zkušenějších spolupracovníků

³ Sociální pracovníci jsou po lékařích teprve druhou profesní kategorií, již byla legislativně zakotvena povinnost celoživotního vzdělávání.

např. prostřednictvím snížení zátěže a vědomé úpravy pracovního dne a zajištění rozvoje mladších spolupracovníků pomocí kontinuálního vzdělávání a kariérního postupu. Důležitým faktorem je také institucionalizovaná podpora zdraví za účelem prevence přepracování a syndromu vyhoření. V oblasti nábory nových pracovních sil by měl být kladen důraz na nábor ošetřovatelského personálu z okruhu mladých lidí a nábor personálu prostřednictvím atraktivních nabídek pro osoby vracející se do povolání (velký potenciál pro nábor tvoří ošetřovatelé, kteří dříve své povolání opustili), popř. organizací nabídek rekvifikace.

1.2.5 Demence, paliativní péče a sociální služby pro seniory

V souvislosti s demografickými trendy roste počet lidí s demencí. Onemocnění demencí se nedá vyléčit a průběh nemoci není možné zastavit léky, může být pouze zpomalen. Hlavním zájmem při zaopatření pacientů s demencí je optimální péče a ošetřování, které bere vážně nárok na trvalou důstojnost a její specifické nedostatky. Potřeby osob s demencí zohledňuje několik konceptů péče, mezi které patří například:

- **Validace** spočívající v necenzurovaném způsobu chápání světa osob s demencí. Terapie by měla umožnit, aby si lidé vyřešili důležité a zatím nedořešené úkoly z dřívějších období života. Do popředí se staví vytvoření vztahu, vážně se berou projevené city a podněty nemocných osob.
- **Terapie prostředím**, která je chápána jako terapeutické jednání za účelem přizpůsobení okolí změnám vnímání, citění, prožívání a kompetencí osob s demencí. Vědomé prostorové uspořádání prostředí a každodenního života přizpůsobeného jejich potřebám totiž může přispět k jejich dobrému pocitu.

- **Reminiscenční práce s biografií**, která podporuje nezaújaté pochopení chování a každodenní rutiny.
- **Kinestetika** spočívající v analýze lidských pohybových vzorců, což napomáhá k účinné podpoře lidí s demencí při jejich tělesných pohybech.
- **Bazální stimulace**, která slouží pacientům k orientaci a pomáhá jim lépe vnímat vlastní tělo a okolí.
- **Psychobiografický model Prof. E. Böhma** orientovaný na biografii jednotlivých klientů s cílem aktivizovat jejich psychické schopnosti.

Cílem těchto ošetřovatelských postupů (konceptů péče) je zajištění co možná nejvyšší kvality života osob s demencí po celou dobu průběhu nemoci. Onemocnění demencí stále postupuje. Během průměrného průběhu nemoci trvajících cca 8 let se stupeň těžkostí zvyšuje. Ve střední a poslední fázi nemoci jsou požadavky na péči tak vysoké, že tito pacienti už prakticky nemohou žít v domácím prostředí, neboť potřebují profesionální péči a ošetřování po celý den a žijí proto většinou v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem. Péče v těchto zařízeních musí být založena na vlídném a partnerském přístupu. Jde přitom o to, aby nedošlo k přecenění nebo podcenění pacientů. Poskytovaná ošetřovatelská péče o osoby s demencí musí být individuální a přiměřená jejich denní formě. Základem poskytované individuální péče jsou uvedené koncepty validace, kinestetiky a bazální stimulace. V pozdním stadiu demence je důležitá paliativní péče, k níž patří také práce s rodinnými příslušníky.

V posledních letech se výrazně změnil charakter posledních dní života člověka; došlo totiž k nárůstu počtu úmrtí v nemocnicích a v zaříze-

ních sociálních služeb. Paliativní péče zahrnuje péči a ošetřování osob s nevyлéčitelnými, život ohrožujícími anebo chronicky postupujícími nemocemi. Je plánována s ohledem na budoucnost, její těžiště se ale nachází v době, kdy již není léčba nemoci považována za možnou a nepředstavuje primární cíl. Pacientům je zaručena optimální, jejich situaci přizpůsobená kvalita života až do smrti a blízké osoby jsou přiměřeně podporovány. Paliativní péče předchází utrpení a komplikacím, zahrnuje také lékařské ošetření, ošetřovatelské zákroky spolu s psychologickou, sociální a duševní podporou. V současnosti nastupuje do pobytových zařízení stále více lidí s vyšší potřebností péče nebo po pobytu v nemocnici. Jejich délka života stráveného v zařízení je potom velmi krátká, často trvá pouze několik týdnů až měsíců. Ošetřovatelé se pak musí rychle a se zvýšenou snahou seznámit s jejich aktuální životní situací, individuálními zvyky a potřebami. Instrukce a jejich vedoucí pracovníci proto musí dávat pozor na to, aby personál nebyl přetížen, anebo nedošlo k psychickému vyhoření. Zdravotní situace starších a postižených osob ke konci života je často nestabilní. Častěji se totiž objevují krizové situace vyžadující zvýšenou intenzitu pečovatelských a ošetřovatelských služeb. Objasnění a přehodnocení situace je často nutné v krátkých odstupech. V terminální fázi nemoci se totiž zvyšuje potřebnost základní péče (problémy s vylučováním, slabost, infekce, spasma) a také potřeba zmírnění chronických bolestí a dalších těžkých symptomů (kachexie, dušnost, hyperestésie, únava atd.).

Ke konci života se lidé také často intenzivně zabývají svou smrtelností a bilancují vydařené i méně vydařené momenty v životě. Právě nevyřešené problémy, vzpomínky na rány osudu a utrpená příkoří však mohou vyvolat zatěžu-

jící duchovní otázky po spravedlnosti a smyslu. Ošetřovatelé jsou často prvními a nejdůležitějšími partnery pro rozhovor. Důstojné umírání v domově předpokládá navíc delší rozhovory ohledně přání a potřeb obyvatel v poslední fázi života a při umírání. Základem profesionální paliativní péče je otevřená, adekvátní a vnímavá komunikace – tedy podávání srozumitelných informací zohledňujících redukované síly pacienta. Tato komunikace bývá u starších lidí navíc často ztížená kvůli poškození sluchu a řeči a u psychicky a duševně postižených osob dalšími těžkými omezeními. Na tato omezení je nutné brát ohled, pokud se hovoří o zdravotní situaci a odpovídajících opatřeních. Důležitá zásada paliativní péče spočívá v kontinuální multidisciplinární spolupráci. Hlavním bodem je úzká spolupráce mezi ošetřovateli a lékaři, v druhé řadě je vhodná nárazová pomoc a domluva s duchovním, odbornou osobou pro sociální péči nebo s terapeutickým odborníkem. Pro paliativní kulturu je ale také důležité zapojení dalšího personálu, neboť zaměstnanci v kuchyni, v provozních službách a administrativě představují často významné kontaktní osoby pro osoby vyžadující péči. Na podpoře jak ošetřovatelů, tak rodinných příslušníků se často významnou měrou podílejí dobrovolníci (především návštěvami a přítomností u lůžka). Ulevují tak ošetřujícím osobám především v noci, během níž je přítomnost ošetřovatelského personálu zpravidla redukována. S využitím dobrovolníků jsou ale spojeny dodatečné úkoly a služby, které musí instituce brát na vědomí. Dobrovolníci musí být pečlivě vybíráni, připravováni, vzděláváni a ve své činnosti také podporováni. Vztah mezi obyvateli pobytových zařízení a jejich rodinnými příslušníky získává na konci života zosřtený a centrální význam. Rodinní příslušníci by často chtěli svého příbuzného doprovázet v domově,

ale pro ošetřující tým vzniká další úkol, neboť musí přibrat rodinné příslušníky do průběhu péče, instruovat je při jednoduchých úkonech a podporovat je. V této poslední životní fázi se ovšem také často vynoří problémy ve vztazích, finanční otázky, nevyřešené rodinné konflikty a řešení „posledních záležitostí“. Úkolem ošetřovatelů je potom naslouchat psychosociálním problémům a v případě potřeby navázat rozhovor vedoucí k vyřešení problémů nebo přivolat vhodného odborníka. Poslední životní fáze člena rodiny znamená pro příslušníky, kteří jsou často sami velmi staří, také bolestný proces rozloučení. Při tomto procesu smutku potřebují i rodinní příslušníci podporu a účast.

Tento úkol patří podle definice také k hlavním cílům paliativní péče. K důstojnému umírání patří v jednotlivých institucích kultura rozloučení, která bere ohled na individuální přání obyvatel. K těm patří důstojné zacházení se zemřelým, vytvoření vhodných forem rozloučení pro příbuzné, spolubydlící a spolupracovníky instituce (in-formace, rituály, slavnost na rozloučenou). Tyto formy, ale také hodnotící rozhovory s ohledem na doprovod osoby na konci života, přispívají k tomu, aby se zabránilo potenciálnímu „vyhoření“ ošetřujících osob.

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

Vláda České republiky v roce 2012 přijala *Návrh koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v České republice*. Tento dokument by měl být zásadním východiskem pro zlepšení systému péče o pacienty s demencí a pro vznik národního akčního plánu se stano-

vením a vymezením odpovídajících cílů a úkolů. Z cílů zmiňme například zavedení odpovídajícího vzdělávání pracovníků, umožnění systémového financování zdravotní péče v rámci všeobecného zdravotního pojištění, zavedení systémového financování navazující sociální péče a financování v oblasti základního i aplikovaného výzkumu, které nebude závislé na změnách vnějších podmínek. Pro samotnou implementaci koncepce byl následně vypracován *Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další podobná onemocnění na léta 2016–2019*. Z hlediska sociálních služeb jsou důležité formulace cílů posilujících nové trendy v péči o lidi s demencí. Při řešení problematiky osob s demencí (bez ohledu na její formu) je nutné zaměřit odbornou pomoc nejen na samotné klienty, ale i na jejich okolí. Jsou to právě rodinní příslušníci jako partner a děti, kteří poskytují v první fázi nemoci potřebnou pomoc a podporu. Na rozdíl od pomáhajících profesí však rodinní příslušníci musí zpracovat i velmi silnou emoční zátěž vyplývající z postupné ztráty blízké osoby, která sice fyzicky stále existuje, ale její osobnost je postupně nemocí měněna a degradována. Podpora pečujících ve všech potřebných oblastech je nejslabším článkem systému péče o osoby trpící demencí v České republice. Je nutné konstatovat, že potřeba edukace pečujících není v České republice identifikována pouze u pečujících o osoby s Alzheimerovou demencí, ale u všech pečujících bez ohledu na to, o jakou osobu pečují.

2. Slovinsko

Ve Slovinsku žilo k 1. lednu 2018 celkem 2 066 880 obyvatel.⁴ I ve Slovinsku lze pozorovat proces stárnutí populace. Průměrný věk slovinské populace je 43,1 let.⁵ V roce 1991 tvořili lidé starší 65 let 10,8% celkové populace, zatímco v roce 2017 je to již cca 19,1%.⁶ „Po druhé světové válce bylo Slovinsko jednou z jugoslávských republik řízenou socialistickým státem. Po politickém konfliktu se Sovětským svazem v roce 1948 si Jugoslávie vytvořila vlastní socialistický systém založený na konceptech sociálního vlastnictví a samostatné vlády zaměstnanců a systém sociálního zabezpečení se rovněž dále rozvíjel.“⁷ Samostatná Slovinská republika vznikla v roce 1991 a od té doby začala přijímat nové zákony v oblasti sociálního zabezpečení: novou legislativu upravující zabezpečení při nezaměstnanosti, dále pak v oblasti zdravotní péče a zdravotního pojištění, penzijního pojištění a pojištění pro případ invalidity, a také v oblasti sociální pomoci a rodičovského zabezpečení. Tyto normy samozřejmě v průběhu let prošly různými novelami nebo byly nahrazeny úplně novými předpisy s ohledem na ekonomické a sociální změny

ve společnosti. V rámci strukturálních reforem, které začnou platit po roce 2021, projde zdravotní a dlouhodobá péče ve Slovinsku dalšími významnými změnami.

Politiku sociálního rozvoje ve Slovinsku lze definovat jako cílené zaměření na prosazování rovných příležitostí a usnadnění sociální participace. Samotná realizace této politiky je umožněna na základě investování do lidských zdrojů a kooperace všech systémů sociálního zabezpečení a individuálně přizpůsobených opatření. Rozvoj veřejných služeb počítá s nutností zajištění lepšího přístupu ke službám, jejich vyvážené regionální dostupnosti, individualizaci služeb a eliminaci monopolu poskytovatelů veřejných služeb. Sociální zabezpečení ve Slovinsku se řídí profesionálními zásadami, pravidly a aktivitami, které umožňují osobám být začleněné ve společnosti a být jejími aktivními účastníky.

Za tímto účelem stát zajišťuje finanční a sociální práva, zatímco osoby přispívají formou daní a dalších povinných odvodů. Systém sociálního

⁴ Zastupitelský úřad ČR v Lublani (<https://www.businessinfo.cz/cs/clanky/slovinsko-zakladni-charakteristika-teritoria-19168.html>).

⁵ Tamtéž.

⁶ Skupnost socialnih zavodov Slovenije, prezentace použita v rámci vzdělávací aktivity dne 23. 4. 2018.

⁷ B. Kresal, SOCIAL PROTECTION SYSTEMS IN EUROPE: SLOVENIA, University of Ljubljana.

zabezpečení ve Slovinsku představuje model širokých státních opatření v nejrůznějších oblastech. Jedná se o zdravotnictví, pracovní právo, bydlení, vzdělávání a další aspekty. Samotné sociální zabezpečení je konceptem, který je nadřazen sociální pomoci. Obecně je sociální zabezpečení definováno jako právo jedince být zajištěn pro případ nenadálých okolností. Těmi jsou například nemoc, nezaměstnanost, stáří, pracovní úraz, invalidita, mateřství, výchova dětí a dávky pro členy rodiny v případě, že osoba zajišťující obživu zemře. Sociální pomoc je pak tvořena jednotlivými typy služeb a dále finančními dávkami poskytovanými skupinám a osobám s nedostatečnými prostředky pro obživu. Dle Ústavy Slovinské republiky musí stát regulovat a zajistit řádné fungování povinného zdravotního pojištění, dále penzijního pojištění, pojištění invalidity a dalších druhů sociálního pojištění. Zároveň musí chránit rodinu, mateřství, otcovství, děti a mládež a vytvářet nezbytné podmínky pro tuto ochranu. Systém sociálního zabezpečení je financován z příspěvků zaměstnanců i zaměstnavatelů. *„Na pracovníky veřejných služeb i zaměstnance veřejného sektoru se vztahují stejné zákony o sociálním zabezpečení jako na jiné zaměstnance; i oni jsou součástí rámcových programů sociálního pojištění. Pro některé profese nebo oblasti existují jisté výjimky (například pro policii nebo obranné síly), nicméně obecně existuje ve Slovinsku pouze jeden systém sociálního pojištění a zabezpečení pokrývající zaměstnance, osoby samostatně výdělečně činné, zaměstnance veřejného sektoru i ostatní skupiny populace.“*⁸

⁸ B. Kresal, SOCIAL PROTECTION SYSTEMS IN EUROPE: SLOVENIA, University of Ljubljana.

⁹ B. Kresal, SOCIAL PROTECTION SYSTEMS IN EUROPE: SLOVENIA, University of Ljubljana.

¹⁰ Tamtéž.

2.1 Charakteristika systému sociální ochrany ve Slovinsku

Některá konkrétní sociální práva, jako například právo na sociální zabezpečení a sociální péči, vyplývají již z Ústavy, ve které je Slovinsko definováno jako právní a sociální stát.

Slovinský systém sociálního zabezpečení lze rozdělit do pěti hlavních oblastí:

1. zdravotní pojištění;
2. důchodové pojištění a pojištění invalidity;
3. pojištění v nezaměstnanosti;
4. rodičovské pojištění a rodičovské příspěvky;
5. sociální pomoc.

Kromě těchto oblastí ale existují také dobrovolné a doplňkové systémy sociálního zabezpečení. *„Přibližně 85 % všech osob pojištěných v rámci povinného zdravotního pojištění má uzavřeno rovněž dobrovolné zdravotní pojištění, zatímco dobrovolné doplňkové důchodové připojištění není ve Slovinsku příliš rozšířené.“*⁹ Pro účely tohoto sborníku se dále budeme zabývat pouze zdravotním pojištěním, důchodovým pojištěním a pojištěním invalidity a sociální pomocí. Systémy sociálního zabezpečení spravují Slovinská zdravotní pojišťovna, Slovinská pojišťovna pro důchodové pojištění a pojištění invalidity a Slovinský úřad pro zaměstnanost. Všechny tyto organizace disponují jak územními středisky, tak místními kanceláři, a to na celém území Slovinska. Zaměstnanci veřejného sektoru nemají ve Slovinsku žádný speciální, samostatný systém sociálního pojištění. *„V rámci důchodového pojištění a pojištění invalidity existuje systém speciálního kolektivního penzijního připojištění pro státní zaměstnance, ale i ten je součástí komplexního jednotného systému důchodového pojištění.“*¹⁰

2.1.1

Zdravotní pojištění

Základní část zdravotního pojištění tvoří povinný systém s širokým rozsahem působnosti – povinné pojištění totiž platí kromě všech zaměstnanců, osob samostatně výdělečně činných a ostatních osob v aktivním věku také ti, kteří pobírají sociální dávky nebo jiný pravidelný příjem. Hrazení zdravotního pojištění je povinné také pro ty, kteří žádný příjem nemají (např. děti), ale mají ve Slovinsku trvalý pobyt – těmto osobám je placeno ze státního rozpočtu. Nositelem a poskytovatelem je Slovinská zdravotní pojišťovna. Jedná se o veřejnou instituci, která funguje jednotně na celém území a sídlí v Lublani. Tato organizace má 10 regionálních středisek a síť 45 místních kanceláří, které zajišťují dostatečnou úroveň dostupnosti služeb. Slovinská zdravotní pojišťovna spravuje fondy povinného zdravotního pojištění, stará se o uplatňování práv vyplývajících z povinného zdravotního pojištění a také o řízení vztahů s poskytovateli zdravotnických služeb. Zdravotní pojišťovna rovněž jedná s poskytovateli zdravotnických služeb v rámci veřejně financované sítě, určuje rozsah programů zdravotní péče a jejich náklady a další aspekty zdravotnických služeb. „K nejdůležitějším právům vyplývajícím z povinného zdravotního pojištění patří:

- **právo na zdravotnické služby** (lékařské ošetření, léky a léčebné technické pomůcky, lázeňská léčba, rehabilitace);
- **právo na nemocenskou po dobu pracovní neschopnosti.**

Mezi další práva vyplývající z povinného zdravotního pojištění patří sirotčí důchod, pohřebné a náhrada cestovních výdajů spojených s využitím lékař-

ských služeb.¹¹ U většiny zdravotnických služeb se hradí z povinného pojištění pouze určité procento celé sazby a zbytek si hradí pojištěnec sám. To je také důvodem toho, že většina Slovinců má uzavřené dobrovolné zdravotní připojištění, které spoluúčast pacienta kryje. Součástí sítě zdravotnických služeb jsou jak veřejná zdravotnická zařízení, tak i soukromí lékaři a další soukromí poskytovatelé zdravotnických služeb na základě koncesí.

Pokud jde o nemocenskou, tedy náhradu za ušlý výdělek po dobu nepřítomnosti v práci (která je zapříčiněna nemocí, zraněním, nebo péčí o nemocné dítě), tak obecně platí, že prvních 30 dnů absence hradí nemocenskou zaměstnavatel a od 31. dne nepřítomnosti se nemocenská hradí z povinného zdravotního pojištění. Existuje zde ale celá řada výjimek a zvláštních pravidel. Například v případě transplantace, pracovního úrazu a péče o nemocné dítě se nemocenská hradí zcela z povinného zdravotního pojištění již od prvního dne nepřítomnosti v práci. Základem pro výpočet výše nemocenské je průměrná měsíční mzda.

2.1.2

Důchodové pojištění a pojištění invalidity

Pokud jde o důchodové pojištění a pojištění invalidity, tak ve Slovinsku existuje pouze jediný jednotný systém povinného důchodového pojištění a pojištění invalidity, který pokrývá celé území a všechny pojištěnce. Jeho nositelem a poskytovatelem je Slovinská pojišťovna pro důchodové pojištění a pojištění invalidity. Pojišťovna sídlí

¹¹ B. Kresal, SOCIAL PROTECTION SYSTEMS IN EUROPE: SLOVENIA, University of Ljubljana.

v Lublani a má devět regionálních středisek s ředitelstvím ve všech větších slovinských městech a čtyři místní kanceláře. Důchodové pojištění a pojištění invalidity ve Slovinsku stojí na několika pilířích:

První pilíř je veřejné, povinné důchodové pojištění a pojištění invalidity založené na mezigenerační solidaritě. **Druhý pilíř** tvoří dvě části. První část je pouze pro ty, kteří pracují ve ztíženém a zdraví škodlivém prostředí. Tato součást druhého pilíře je povinná a přispívá do ní zaměstnavatel. Druhá část druhého pilíře je dobrovolné penzijní připojištění. To si hradí pojištěnec sám, případně mu na něj může přispívat zaměstnavatel. Dobrovolná část druhého pilíře je na pomezí veřejného a čistě soukromého penzijního pojištění. Je totiž dotována státem formou slev na dani a zároveň je spravována schválenými soukromými penzijními fondy. V rámci této části lze přiznat doplňkovou penzi. Ve Slovinsku je první (veřejný) pilíř stále ten nejdůležitější pro zabezpečování příjmů v důchodovém věku, zatímco druhý pilíř (s výše uvedenou výjimkou) je dobrovolný. Samotné dobrovolné penzijní pojištění má ještě podobu tzv. **třetího pilíře**, v rámci kterého fungují další soukromé penzijní fondy ve správě penzijních společností, pojištěnec nebo bank.

Věk pro odchod do starobního důchodu bude ve Slovinsku po uplynutí přechodného období – po roce 2021 – sjednocen na 65 let pro muže i ženy, a to za předpokladu doby pojištění alespoň 15 let před odchodem do důchodu. „*Do slovinských právních předpisů upravujících penze je zavedena také možnost předčasného odchodu do důchodu, ale v takovém případě se vyplácená částka krátí.*

Přihlíží se také k některým zvláštním okolnostem, kdy je možné snížit požadovaný minimální věk pro odchod do důchodu, aniž by se snižovala výše penze. V takových případech může daná osoba odejít do důchodu dříve, než je stanoveno v obecných pravidlech. K těmto případům patří, mimo jiné, péče o dítě během prvního roku od jeho narození, doba trvání povinné vojenské služby a doba zaměstnání před dosažením 18 let.“¹² Podle slovinské legislativy upravující důchody existuje za předpokladu splnění určitých podmínek nárok na částečný starobní důchod. V takovém případě se ovšem počítá s tím, že daná osoba bude dále pracovat v pracovním poměru nebo v jiné aktivní pozici pojištěnce na částečný pracovní úvazek. Pokud jde o pojištění invalidity, tak v obecné rovině závisí nároky na důchod pro osoby se zdravotním postižením na typu invalidity, na její příčině, věku osoby a délce pojistného období před vznikem invalidity. Délka pojistného období se nebere v potaz pouze v případě vzniku invalidity následkem pracovního úrazu nebo nemoci z povolání.

2.1.3 Sociální pomoc

Sociální pomoc je ve Slovinsku nedílnou součástí systému sociálního zabezpečení a je financována z daní. Jedná se o řadu opatření navržených za účelem řešení sociálních problémů jednotlivců, rodin a skupin populace, které mají obtíže nebo se nacházejí v rizikové situaci, kterou nejsou schopni sami vyřešit. Sociální pomoc tvoří služby a dávky. Účelem služeb sociální pomoci je prevence a eliminace sociálních problémů, které nejsou finanční povahy. Příjemci jsou povinni podílet se na platbách za tyto služby podle své schopnosti. Hlavní finanční dávkou sociální

¹² B. Kresal, SOCIAL PROTECTION SYSTEMS IN EUROPE: SLOVENIA, University of Ljubljana.

pomoci je **minimální příjem**. Na tuto dávku vzniká nárok osobám, které si samy nedokážou zajistit čistý disponibilní příjem v částce, která se přinejmenším rovná stanovenému minimálnímu příjmu. Porovnává se skutečný příjem rodiny se stanoveným minimálním příjmem pro určitou rodinnou situaci.

Pokud je skutečný příjem nižší, vyplácí se dávka sociální pomoci, a to ve výši odpovídající rozdílu mezi minimálním příjmem pro určitou rodinnou situaci a jejich skutečným čistým disponibilním příjmem. Druhou dávkou, kterou je možné ze systému sociální pomoci vyplácet, je **příspěvek na zvláštní pomoc a péči**. Nárok na něj mají ti, kteří potřebují pomoc jiné osoby při své každodenní činnosti, a to z důvodu vysokého věku, nemoci nebo zdravotního postižení. Jednotlivci nebo rodině může být přiznána i mimořádná dávka sociální pomoci v případě, že se ocitnou ve složité situaci bez vlastního zavinění nebo jsou nuceni zaplatit mimořádné výdaje, které nejsou schopni zajistit. Kromě těchto dávek existuje ještě celá řada dalších, které se přiznávají až po přezkumu majetkových poměrů a týkají se například podpory péče o děti.

2.2 Nevládní organizace; Strategie řešení demence ve Slovinsku pro rok 2020

Vláda Slovinské republiky plánuje podpořit převod části veřejných funkcí, pravomocí a služeb na nevládní sektor. Některé z těchto funkcí totiž mohou vykonávat nevládní organizace, které často iniciují poskytování některých nezbytných služeb samy a jsou v jejich poskytování efektiv-

nější. Navíc často přicházejí s novými projekty, které jsou uzpůsobené potřebám uživatelů a díky silným občansko-společenským vazbám dokážou zformulovat potřeby jednotlivců a skupin obyvatel. K 28. únoru 2018 bylo ve Slovinsku zaregistrováno 27 673 nevládních organizací, z čehož 24 154 byly spolky, 3 262 (soukromé) ústavy a 257 instituce.¹³

Strategie pro řešení demence ve Slovinsku pro rok 2020 je prvním dokumentem svého druhu týkajícím se této problematiky. Strategie odráží základní prvky a závazky obsažené v dokumentech přijatých EU a Světovou zdravotnickou organizací (WHO), jakož i strategie v oblasti řešení demence v jiných zemích. Cílem této strategie je zajistit preventivní opatření, včasnou diagnózu a odpovídající standard zdravotní a sociální ochrany a lékařské péče pro osoby s demencí. Zaměřuje se na jednotlivce a jejich potřeby, které vyžadují koordinované a responzivní fungování zákonů a víceoborový přístup k řešení problému.

Tato strategie rovněž stanovuje oblasti související s léčbou lidí s demencí, a to zejména:

- zvyšování povědomí o této nemoci;
- včasná diagnóza a následná komplexní léčba osob s demencí;
- zajištění přístupu k sociálním službám a individuální a holistické léčbě;
- paliativní péče o osoby s demencí atd.

Strategii vypracovala pracovní skupina jmenovaná ministryní zdravotnictví Milojkou Kolar Celarc a jejími členy byli kromě pracovníků Ministerstva zdravotnictví rovněž pracovníci Ministerstva pro zaměstnanost, rodinu, sociální věci a rovné příležitosti. Dále se na strategii

¹³ Skupnost socialnih zavodov Slovenije, data poskytnutá pro zpravování Sborníku.

podíleli zástupci psychiatrických profesí a další odborníci v oblasti zdravotnictví, zástupci nevládních organizací, včetně prezidentky organizace Alzheimer Slovenija (Spominčica) Štefanije Lukič Zlobec, člena rady Alzheimer Europe Board a také ředitelé domovů pro seniory.

2.3 Druhy sociálních služeb vhodné pro péči o osoby s demencí

Ústavní péče

Ústavní péče je typem léčby poskytované v ústavu sociálních služeb, v jiné rodině nebo v jinak organizované formě, jejímž cílem je nahradit, doplnit nebo zajistit funkci vlastního domova nebo rodiny. Zahrnuje základní a sociální péči, jakož i péči zdravotní. Základní péče zahrnuje ubytování, stravování, kompenzační prostředky a dopravu. Sociální péče je odborně vedená činnost zaměřená na uplatňování obsahu sociální prevence, léčby a pomoci poskytované oprávněným osobám. „Péče znamená poskytnutí pomoci při osobní hygieně a denních činnostech (vstávání, oblékání, pohyb, chůze, komunikace a orientace). Cílem zvláštních forem péče je udržet a rozvíjet nezávislost a sociální vztahy a rovněž zaměřit se na profesní aktivitu, léčbu poruch, terapie, aktivní trávení volného času a řešení osobních a sociálních obtíží.

Tyto služby poskytují:

- rezidenční domovy pro seniory;
- zvláštní ústavy sociální péče;
- výchovné ústavy sociální péče;
- jiné formy ubytování a péče.“¹⁴

Rezidenční domovy pro seniory

Rezidenční domovy nabízejí profesionální péči seniorům, kterým je jejich prostřednictvím doplňována či nahrazována funkce domova a rodiny, a to zejména pokud jde o bydlení, stravování, bezpečnost a ochranu zdraví. Zákon o sociálním zabezpečení definuje rezidenční domovy jako veřejnou službu orientovanou na eliminaci osobních obtíží a problémů seniorů starších 65 let, kteří již nemohou žít ve vlastním domácím prostředí. Základní náplň činnosti rezidenčních domovů je poskytování služeb ústavní péče o seniory. Podle zákona o sociálním zabezpečení je ústavní péče veřejnou službou sociální péče, jejímž smyslem je řešit osobní obtíže a problémy seniorů starších 65 let a jiných dospělých osob, které nemohou žít doma kvůli svému věku, nemoci či z jiných důvodů. Služby v rezidenčních domovech jsou tvořeny ubytováním, stravováním, sociální a zdravotní péčí. Služby si rezidenti platí sami nebo s pomocí své rodiny nebo místní samosprávy. Ceny se stanovují podle regulované metodiky a podléhají také schválení ze strany vedení rezidenčních domovů. Zdravotnické služby pro rezidenty jsou zajišťovány z prostředků povinného zdravotního pojištění. Ceny za tyto služby se určují v roční smlouvě uzavřené mezi rezidenčním domovem a Slovinskou zdravotní pojišťovnou, která za tyto služby platí. Na začátku roku 2018 bylo ve Slovinsku k dispozici 20 602 lůžek ve 100 rezidenčních domovech a zvláštních ústavech sociální péče.

Tato lůžka tvoří:

- 54 veřejných domovů s 13 210 lůžky;
- 41 soukromých domovů s 5 017 lůžky;
- 5 ústavů zvláštní péče pro dospělé s 2 375 lůžky.

¹⁴ Ministerstvo práce, rodiny, sociálních věcí a rovných příležitostí, dostupné z (http://www.mddsz.gov.si/en/areas_of_work/social_affairs/social_assistance/institutional_care/).

¹⁵ Skupnost socialnih zavodov Slovenije, data poskytnutá pro zpravování Sborníku.

Rezidenční domovy přijímají občany Slovinské republiky, kteří mají trvalý pobyt ve Slovinsku, jakož i cizince, kteří mají ve Slovinsku povolení k trvalému pobytu a jsou starší 65 let. V okamžiku příjmu do domova si musí rezidenti zajistit zdravotní kartu, lékařské záznamy, předepsané léky a vlastní oblečení. Komise navrhne přijetí uživatele ze seznamu čekatelů, přičemž přihlédne k pořadí přijatých žádostí a délce čekací doby, zdravotnímu stavu uživatele, vzdálenosti bydliště uživatele od jeho příbuzných a sociálním důvodům, které mohou mít významný dopad na nezbytnou potřebu okamžitého přijetí.

Pomoc rodině

Pomoc rodině zahrnuje tři typy pomoci:

Pomoc pro domácnosti

Pomoc pro domácnosti zahrnuje odborné poradenství a pomoc pro opětovné vybudování rodinných vztahů, odborné poradenství a pomoc s péčí o dítě. Pro poskytnutí služby jsou stanoveny dvě podmínky, a to posouzení, zda mají rodinní příslušníci motivaci provést příslušné změny ve svých sociálních rolích a zda přijmou dohodu o spolupráci. Pomoc rodinám se poskytuje ve střediscích sociální práce.

Domácí pomoc pro rodiny

Domácí pomoc pro rodiny zahrnuje sociální pomoc v domácnosti a terénní pomoc. Sociální pomoc v domácnosti je určena pro příjemce, kteří mají životní a další podmínky pro život zajištěné v domácím prostředí, ale nemohou se sami o sebe postarat kvůli vysokému věku nebo vážnému zdravotnímu postižení a jejich rodinní příslušníci jim nemohou takovou péči poskytnout. Služba zahrnuje nejrůznější formy praktické pomoci a nabízí příjemcům dočasnou alternativu péče v ústavu, jiné rodině nebo prostřednictvím

jiných organizovaných forem. Sociální pomoc v domácnosti je určena pro osoby, kterým jejich zbývající fyzické a duševní schopnosti umožňují život v rodinném prostředí, pokud jim je poskytována dočasná organizovaná péče. Přinejmenším po určitý čas tak nepotřebují péči v ústavu, jiné rodině nebo v jiné organizované podobě. Terénní pomoc je typ odborné pomoci poskytované doma, jejímž prostřednictvím je osobám s duševními a fyzickými poruchami zajištěno odborné ošetření přímo u nich doma. Rozsah pomoci závisí na potřebách příjemců a zaměřuje se i na jejich rodinné příslušníky. Jedná se například o zvláštní pedagogiku, sociální a psychologickou pomoc a řešení problémů se zaměstnáním. Osoby, které mají nárok na terénní pomoc, jsou děti, mladiství a dospělí se středními, vážnými a velmi vážnými duševními nebo fyzickými poruchami. Očekává se u nich zlepšení jejich stavu nebo udržení nabytých znalostí a dovedností. Pro ně představuje tato služba alternativu poradenství a péče v ústavu.

Sociální péče

Sociální péče zahrnuje pomoc s domácími a dalšími pracemi v případě narození dítěte, nemoci, po úrazu nebo v jiných případech, kdy je taková pomoc nezbytná, aby se oprávněná osoba mohla zapojit do normálního života. Služby sociální péče však nejsou součástí veřejných služeb. Zahrnují například dovoz hotových jídel a nákupů, přípravu otopu, praní a žehlení prádla, údržbu okolí bytu, důkladný úklid domácnosti a opravy, organizování společenských setkání, pédičku a jiné služby související s péčí o tělo, péčí o domácí zvířata a celkový dohled nad uživatelem. Uživatelem je každá osoba, která si objedná určitou část služby a převezme odpovědnost za úhradu služby a výdaje spojené s jejím poskytováním.

Asistovaná domácí péče

Asistovaná domácí péče je zvláštní institut nebo jednoduše příspěvek, který se odlišuje od všeho výše uvedeného. Osoby s nárokem na ústavní péči si mohou samy zvolit asistovanou domácí péči namísto denní ústavní péče, a to při splnění požadavků stanovených v zákoně o sociálním zabezpečení. Institut asistované domácí péče hraje důležitou roli v udržování kvality života v pokročilém věku u osob se zdravotním postižením. Primárně je zacílen na osoby s postižením, které se domnívají, že jim ústavy nemohou zajistit dostatečnou intimitu, individualitu, solidaritu, osobní komunikaci, domáckost a srdečnost. Institut asistované domácí péče je právo náležející osobám, které mají nárok na ústavní péči: v případech a za podmínek stanovených v zákoně o sociálním zabezpečení si může příjemce namísto denní ústavní péče vybrat domácího pečovatele, který mu bude pomáhat v domácím prostředí.

Institut asistované domácí péče přináší jiné chápání péče o osoby se zdravotním postižením, a to od okamžiku, kdy se daná osoba stane „problémem“ jednotlivých rodinných příslušníků až po okamžik, kdy se specializované ústavy stanou součástí celkového systému péče o tyto osoby. Osoba s postižením uplatňuje své právo vybrat si asistovanou domácí péči u příslušného střediska sociálních služeb. Rozhodnutí o právu vybrat si asistovanou domácí péči vydává Komise rozhodující o zdravotních postiženích při Pojišťovně pro důchodové pojištění a pojištění invalidity. Domácí pečovatelé jsou osoby poskytující požadovanou pomoc osobám s postižením. Pečovatelem může být osoba, která bydlí

na stejné adrese jako osoba s postižením nebo někdo z rodinných příslušníků (rodiče, děti, sourozenci, prarodiče a další). Za podmínek stanovených zákonem si může osoba s postižením vybrat jiného domácího pečovatele než svého rodiče. Domácí pečovatel může být osoba, která se nechá vyřadit z evidence nezaměstnaných osob nebo opustí trh práce, aby se stala domácím pečovatelem. Může jím být také osoba zaměstnaná na částečný úvazek. Domácí pečovatel musí mít odpovídající chování k osobě s postižením, musí umět komunikovat a musí být odborně způsobilý pro práci s takovou osobou. Domácí pečovatel pomáhá s poskytováním odpovídající péče nebo plněním přání a potřeb osob s postižením následujícími úkony: osobní péče, zprostředkování lékařské péče, sociální pomoc a organizace volného času, pomoc s domácími pracemi.

Domácí pečovatel má nárok na částečnou výplatu ušlého příjmu ve výši odpovídající minimální mzdě (538,53 € brutto) nebo podílu na ušlém příjmu v případě, že si ponechá částečný pracovní úvazek. Období, kdy domácí pečovatel vykonává úkony asistované péče, se považuje za pojistné období nebo rozhodné období pro výpočet důchodu; přiznány jsou také další specifické pojistné parametry. Domácí pečovatel je povinen minimálně jednou do roka podávat hlášení příslušným střediskům sociálních služeb o poskytování pomoci osobám s postižením. V případě, že se změní okolnosti a poskytování asistované domácí péče již není možné, je domácí pečovatel povinen o tom neprodleně informovat příslušné středisko sociálních služeb. Domácí pečovatel je povinen účastnit se školicích programů vyžadovaných Sociální komorou.

3. Francie

K 1. lednu 2018 žilo v metropolitní Francii 64 725 052 obyvatel.¹⁶ Z hlediska věkové struktury tvořilo ke zmíněnému datu populaci Francie 24 % osob ve věku do 20 let, 56 % osob ve věku od 21 do 64 let a osoby starší 65 let představovaly 20 % celkové francouzské populace.¹⁷ Pokud bude současný demografický vývoj pokračovat, tak bude ve Francii v roce 2040 každý čtvrtý člověk starší 65 let, zatímco v roce 2007 to byl jen každý pátý člověk. V roce 2070 by mohlo žít v zemi 270 000 osob starších sto let.

Francouzský systém sociálních služeb se skládá ze zařízení služeb zdravotnických, zdravotnicko-sociálních, sociálních (jejich úkolem je poskytovat pomoc osobám ohroženým z důvodu jejich nesamostatnosti, postižení, nestability nebo vyloučení) a služeb ambulantní péče. Pomoc seniorům tedy spadá do části sociální. Pokud jde o financování, tak systém pomoci seniorům využívá současně sociální zabezpečení a sociální podporu. Sociální zabezpečení vychází z pojištění a ze všeobecně platných zásad. Sociální zabezpečení pokrývá většinu sociálních rizik rozdělených podle kategorií: nemoc, rodina, dů-

chod, pracovní úrazy a nemoci z povolání. Každý rok hlasuje parlament o zákonu o financování sociálního zabezpečení, který stanoví celostátní cíl týkající se výdajů na zdravotní pojištění zahrnující ambulantní péči, nemocniční zařízení a zdravotnicko-sociální zařízení. Zdravotní pojištění se na pomoci seniorům podílí také tím, že financuje na jedné straně přímo péči o ně a na druhé straně léčebnou péči poskytovanou zdravotnicko-sociálními zařízeními a službami, které je přijímají. Sociální podpora má své kořeny již v prvních zákonech na pomoc určitým kategoriím obyvatel: dětem, seniorům, chudým a nevléčitelně nemocným, rodícím ženám, početným rodinám. Všeobecné zavedení sociálního zabezpečení po roce 1945 nevedlo ke zrušení sociální podpory. Sociální podpora koexistuje se sociálním zabezpečením a doplňuje ho. Dohromady tvoří základ kolektivního systému sociální ochrany ve Francii. Sociální podpora je financována z daní a poskytuje zdarma služby osobám, které to potřebují, a to na základě principu společenské solidarity. Konkrétně se jedná o služby pomoci doma nebo v zařízeních, samotný pobyt v zařízeních sociálních služeb a speciální dávky pro seniory.

¹⁶ Institut national de la statistique et des études économiques, dostupné z (<https://www.insee.fr/en/statistiques/3312960>).

¹⁷ Tamtéž.

V zákoně je totiž stanoveno, že každá osoba starší 65 let, která nemá dostatečné prostředky, může získat pomoc doma či může být přijata do některého zařízení. Do sociální podpory ve Francii je počítáno také zajištění potřeb vyplývajících ze snížení samostatnosti, která souvisí s postupujícím věkem. Z důvodu vymezení sociálního a zdravotnicko-sociálního sektoru, kam spadá pomoc seniorům, byla postupně přijata řada zákonů. Zákon o sociálních a zdravotnicko-sociálních zařízeních ze dne 30. června 1975 umožnil stanovit specifika zdravotnicko-sociálního sektoru oproti sektoru zdravotnickému a vytvořit dynamický a koherentní rámec pro velkou část tohoto heterogenního celku. Cílem bylo upravit těžkopádné mechanismy úhrady trvalým způsobem. Úprava spočívala v tom, že byla vytvořena oddělení s lékařskou péčí v domovech pro seniory, a tedy systém úhrady lékařské péče o seniory mimo zdravotnický sektor. Rámec vytvořený zákonem z roku 1975 byl reformován zákonem měnícím sociální a zdravotnicko-sociální program ze dne 2. ledna 2002. Tento zákon sledoval řadu cílů:

- učinit z uživatele nejdůležitější část systému, zejména tak, že budou připomenuta a vyjmenována jeho práva a svobody;
- vypracovat a rozšířit seznam sociálních a zdravotnicko-sociálních zařízení a služeb, na které se vztahuje režim předchozího správního povolení;
- poskytnout veřejným subjektům s rozhodovací pravomocí účinnější nástroje pro řízení;
- vytvořit interní a externí hodnocení a omezit povolení pro fungování zařízení sociálních služeb na 15 let s možností prodloužení.

Zákon o reformě nemocnic a o pacientech, zdraví a územích ze dne 21. července 2009 provedl hluboké změny v oblasti regulace sociálního a zdravotnicko-sociálního sektoru.

Tento zákon zejména:

- vytvořil krajské zdravotnické agentury mající ve své kompetenci zdravotnicko-sociální zařízení a služby financované ze zdravotního pojištění;
- zavedl systém výzev k předkládání projektů pro vydávání povolení na vznik, transformaci nebo rozšíření zdravotnicko-sociálních zařízení a služeb;
- přehodnotil harmonogram interních a externích hodnocení zařízení a služeb;
- znovu změnil pravidla pro kontrolu zařízení a služeb.

Systém úhrady péče o seniory ve Francii řídí stát za podpory dalších subjektů na celostátní a místní úrovni. Je založen na rozsáhlé a diverzifikované nabídce domácí péče a péče v zařízeních, která se v posledních letech mění a přizpůsobuje vlivem projektů určených pro seniory. Seniorům je pak poskytována finanční podpora, aby měli přístup k těmto službám, které jsou financovány orgány veřejné moci pouze zčásti.

3.1 Státní a místní úroveň úhrady péče

Stát

Hlavní řídicí jednotkou je stát, konkrétně Ministerstvo solidarity a zdravotnictví, které definuje cíle a prostředky a stanovuje právní normy a regulační pravidla. Na celostátní úrovni se může za účelem realizace sociální a zdravotnicko-sociální politiky opírat i o další organizace:

Státní fond solidarity pro samostatnost

Jedná se o fond pověřený rozdělováním finančních prostředků určených pro zařízení a služby pracující se seniory a postiženými. Fond dále

poskytuje odbornou pomoc v oblasti prevence a v případě snížení samostatnosti seniorů a postižených. Pomáhá také sjednocovat praktiky v oblasti sítě sociálních služeb, spravuje informační portál pro seniory a jejich rodiny a plní roli v oblasti znalecké činnosti a výzkumu. Pokud jde o solidaritu jako takovou, tak je ve Francii například zaveden tzv. den solidarity. Ten vznikl po velkých vedrech v roce 2003, při kterých zemřelo na 15 000 převážně starších lidí. V tento den pracují zaměstnanci zadarmo a odměna, která by jim běžně náležela, je poukázána Státnímu fondu solidarity pro samostatnost. V roce 2018 se na příspěvku solidarity vybralo 2,4 miliardy euro a od roku 2004 se kumulativně jedná o částku převyšující 30 miliard €.

Od dubna 2013 jsou do systému zapojeni také důchodci, kteří odvádějí tzv. doplňkový příspěvek solidarity na samostatnost. Na tomto doplňkovém příspěvku se v roce 2018 vybralo 765 milionů € a celkem již více než 4 miliardy €. Veškeré prostředky pro seniory a postižené tvoří to, čemu se říká celkový cíl v oblasti výdajů. Pro rok 2018 šlo o 22 miliard € a tato částka se od roku 2006 téměř zdvojnásobila.¹⁸ Celkový cíl v oblasti výdajů pak Státní fond solidarity pro samostatnost převádí formou dotací krajským zdravotnickým agenturám, které každý rok stanovují rozpočet na péči ve zdravotnicko-sociálních zařízeních a službách na svém území.

Státní fond zdravotního pojištění

Zajišťuje financování péče o seniory v normálním režimu nebo za pomoci rozpočtu Státního fondu solidarity pro samostatnost, který posílá přes krajské zdravotnické agentury své prostředky do zařízení a služeb poskytujících péči.

Vysoký úřad pro zdravotnictví

Vysoký úřad pro zdravotnictví plní úkoly v oblasti sociální a zdravotnicko-sociální. Jeho úkolem je připravovat postupy, návody nebo doporučení pro správné odborné praktiky, podle kterých zařízení a služby provádějí hodnocení své činnosti.

Státní agentura pro podporu výsledků zdravotnických a zdravotnicko-sociálních zařízení

Úkolem agentury je pomáhat zdravotnickým a zdravotnicko-sociálním zařízením se zlepšováním služeb poskytovaných pacientům a uživatelům tím, že bude vypracovávat a předávat doporučení a nástroje umožňující modernizovat řízení, optimalizovat jejich nemovitý majetek, sledovat a zlepšovat výsledky s cílem lépe spravovat výdaje.

Odborná agentura pro informace o hospitalizaci

Agentura byla určena nejdříve pro zdravotnická zařízení a následně rozšířila svou působnost na oblast sociální a zdravotnicko-sociální. Nyní má tedy na starosti přípravu a realizaci studií zaměřených na náklady zařízení a služeb.

Vysoký úřad pro rodinu, dětství a věk

Úkolem úřadu je řídit veřejnou diskuzi a poskytovat orgánům veřejné moci průřezové a do budoucna zaměřené expertizy týkající se zejména otázek souvisejících se stárnutím a přizpůsobováním společnosti demografickému vývoji a mezigeneračnímu soužití. Úřad také vydává návrhy a stanoviska, provádí nebo nechává provádět hodnocení a výhledy týkající se politiky, zejména s ohledem na vývoj v oblasti zdravotnické a sociální.

¹⁸ FNAQPA, data poskytnutá pro zpracování Sborníku.

Na místní úrovni je činnost Ministerstva solidarity a zdravotnictví zajišťována **Krajskými zdravotnickými agenturami a Krajskými správami pro mládež, sport a sociální soudržnost**. Krajské zdravotnické agentury jsou veřejná zařízení mající v kompetenci zdravotnickou politiku. Mají dva hlavní úkoly: řízení politiky veřejného zdravotnictví v krajích a regulaci nabídky v oblasti zdravotnictví v krajích. Konkrétně pokud se jedná o oblast zdravotnicko-sociální, Krajské zdravotnické agentury koordinují činnost zařízení a služeb a přidělují finance na jejich fungování. Dále povolují jejich zakládání, kontrolují jejich fungování a poskytují jim zdroje. Krajské správy pro mládež, sport a sociální soudržnost doplňují činnost Krajských zdravotnických agentur. V oblasti ryze sociální používají krajské správy veškeré nástroje k prevenci vyloučení a zajištění ochrany ohrožených obyvatel – dětí, osob v nestabilní situaci, seniorů nebo postižených. Vedou dále sociální programy v problémových městských lokalitách, bojují proti diskriminaci, podporují rovné příležitosti a vzdělávání sociálních pracovníků a osob vykonávajících ve zdravotnictví nelékařská povolání.

Politiku sociálního zabezpečení realizují v krajích zejména **Základní fondy nemocenského pojištění a Fondy pro důchodové pojištění a zdraví v práci**. Francie je velmi centralizovaná země, a proto má stát stále rozhodující roli při přípravě politik ve prospěch seniorů. Nicméně určité pravomoci, zejména v oblasti pomoci seniorům, jsou převedeny na orgány místní samosprávy (kraje, okresy a obce). Tato decentralizace vedla k tomu, že zdravotnicko-sociální oblast společně řídí orgány místní samosprávy, decentralizované útvary státu (zejména Krajské zdravotnické agentury) a také Státní fond solidarity pro samostatnost. Plánování nabídky služeb se-

niorům tak má na starosti stát prostřednictvím Krajských zdravotnických agentur, které rozdělují prostředky ze zdravotního pojištění.

Naopak stanovení ceny za den pobytu v zařízení provádí společně generální ředitel Krajské zdravotnické agentury a občané zvolený předseda okresního úřadu. Důsledkem tohoto společného řízení je těžkopádnost postupů, což znesnadňuje práci manažerům zařízení a služeb.

3.2 Nabídka domácí péče a péče v zařízeních

Nabídka pro seniory je ve Francii rozsáhlá a diverzifikovaná, a to jak v případě domácí péče, tak v případě péče v zařízeních. Na konci roku 2015 šlo celkem o 10 600 ubytovacích zařízení pro seniory, v nichž bylo 752 000 míst.¹⁹

Zařízení a služby pracující se seniory pokrývají:

- služby domácí lékařské péče, služby domácí pomoci a polyvalentní služby domácí lékařské péče a pomoci;
- dočasné ubytování a denní stacionáře;
- domovy pro seniory s omezenou samostatností a domovy pro samostatné seniory;
- rezidence pro seniory se službami, které však nespádají do kategorie sociálních a zdravotnicko-sociálních zařízení podle zákona.

Zařízení a služby pro seniory mohou mít různý statut: veřejná, soukromá, nezisková a komerční. Historicky je sektor zařízení a služeb pro seniory napojen na instituce, jako jsou nemocnice a kongregace. Většina zařízení je veřejných nebo fungujících na bázi sdružení. Soukromý sektor

¹⁹ FNAQPA, data poskytnutá pro zpracování Sborníku.

provozuje asi čtvrtinu zařízení a služeb pro seniory, velmi málo zastoupený je naopak v oblasti péče o postižené. Na zařízení a služby se vztahují zvláštní předpisy regulující jejich činnost. Musí mít povolení k činnosti, oprávnění pro financování z veřejných zdrojů a uzavřenou smlouvu s orgány veřejné správy. Povolení k činnosti je nástrojem regulace a skladby nabídky v oblasti sociální a zdravotnicko-sociální. Povolení se vydává na 15 let a je možné ho prodloužit na základě výsledků externího hodnocení organizace. Oprávnění pro financování z veřejných zdrojů je nezbytné k tomu, aby bylo možné zajišťovat péči hrazenou ze zdravotního pojištění a přijímat nebo poskytovat pomoc osobám pobírajícím sociální podporu z okresu.

Zařízení a služby pro seniory musí dodržovat úhrady stanovené státní správou s jednou výjimkou a to, že se mohou vzdát oprávnění přijímat osoby pobírající sociální podporu z okresu. V takovém případě mohou stanovit výši úhrad za pobyt libovolně. Do nabídky služeb a zařízení pro seniory zasahuje také princip plánování. Plánování se objevilo již v 80. letech 20. století a jeho cílem je lépe přizpůsobit nabízená řešení potřebám zjištěným na daném území. Z tohoto důvodu Krajské zdravotnické agentury a okresy vypracovávají organizační schémata nabídky v sociální a zdravotnicko-sociální oblasti. Od té doby použitelnost těchto schémat pro provozovatele zařízení a poskytovatele služeb stále roste, a to prostřednictvím povolení a výzev k předkládání projektů a nyní také prostřednictvím víceletých smluv na prostředky a cíle. Od roku 2002 jsou navíc zařízení a služby povinny provádět pravidelně hodnocení své činnosti a kvality služeb poskytovaných klientům, a to jak v interní, tak externí formě.

Služby domácí péče

Domácí péče zajišťuje v bydlišti seniorů a postižených služby zaměřené na pomoc v každodenním životě, pomoc při nejdůležitějších činnostech a pomoc týkající se společenského života.

Na základě potřeb je cílem služby domácí péče zejména zachování nebo obnova samostatnosti při výkonu každodenních činností (oblékání, nákupy, stravování a příprava jídla, pomoc se vstáváním a uléháním, hygiena, údržba místa bydlení) a udržování nebo rozvoj společenských aktivit a kontaktů s okolím (doprovod na jednání, aktivity mimo místo bydliště). Služby domácí péče poskytují zejména asistenti společenského života a odborní pracovníci pro sociální a rodinnou pomoc a zdravotnicko-psychologickou pomoc. Tyto pracovníky řídí zejména vedoucí jednotlivých oblastí a jejich asistenti. Služby domácí péče nabízí více než 6 500 subjektů.

Služby domácí lékařské péče

Služby domácí lékařské péče zajišťují péči o seniory a postižené a přispívají k tomu, že tyto osoby mohou zůstat v místě svého bydliště. Jsou zcela financovány ze zdravotního pojištění. Uživatelé služeb domácí lékařské péče tedy nic neplatí.

Služby domácí lékařské péče jsou určeny na základě rozhodnutí lékařů pro:

- osoby starší 60 let, které jsou nemocné nebo mají sníženou samostatnost;
- osoby mladší 60 let, které jsou postižené nebo trpí chronickou nemocí.

Cílem práce se seniory je předcházet snížení jejich samostatnosti, vyhnout se hospitalizaci, usnadňovat návrat domů po hospitalizaci a odložit nástup do pobytového zařízení. Tyto činnosti

mohou být v závislosti na zdravotním stavu a potřebách pacienta krátkodobé, střednědobé nebo dlouhodobé. Pracovní týmy služeb domácí lékařské péče jsou tvořeny hlavně ošetřovateli a zdravotními sestrami. Zdravotní sestry organizují práci ošetřovatelů a pracovníků majících na starosti zdravotnicko-psychologickou péči. Pokud je to potřeba, tak zajišťují spojení s ostatním pomocným zdravotním personálem. Ošetřovatelé zajišťují pod dohledem zdravotních sester základní a vztahovou péči. Tvoří také většinu osob zajišťujících péči a návštěvy u pacientů. Další typy péče poskytují pedikérky, ergoterapeuti, psychologové a zdravotníci-koordinátoři (jsou pověřeni administrativními úkoly, řízením a koordinací práce s externími partnery). V roce 2018 působilo ve Francii 2 072 služeb domácí lékařské péče starajících se o 122 459 osob, z nichž většinu tvoří senioři. Celkem 62 % služeb domácí lékařské péče tvoří neziskové organizace, 36 % je státních a 2 % tvoří soukromé komerční organizace.²⁰

Polyvalentní služby domácí lékařské péče a pomoci

Polyvalentní služby domácí lékařské péče a pomoci zajišťují současně úkony domácí péče a domácí lékařské péče. Jejich cílem je zajistit plynulost pomoci seniorům. Senioři nemusejí kontaktovat dvě služby, ale mají pouze jednu kontaktní osobu a vše zajišťuje jeden tým. Pokud jde o financování, tak polyvalentní služby domácí lékařské péče a pomoci nemají jeden společný rozpočet. Pracují se dvěma různými rozpočty a dvěma různými způsoby úhrad. Náklady na léčebnou péči jsou hrazeny ze zdra-

votního pojištění a náklady na domácí péči si hradí příslušná osoba sama. V roce 2018 působilo ve Francii 94 polyvalentních služeb domácí lékařské péče a pomoci starajících se o 8 942 osob.²¹

Denní stacionáře

Cílem denních stacionářů je pracovat v průběhu dne s osobami trpícími kognitivními poruchami. Usilují o to, aby si tyto osoby zachovaly samostatnost, a nabízejí možnost odpočinku pro jejich pečující. Denní stacionáře jsou určeny zejména osobám trpícím Alzheimerovou chorobou nebo jinými neurodegenerativními onemocněními. Služby denních stacionářů jsou poskytovány buď v samostatných organizacích, nebo při domovech pro seniory s omezenou samostatností. Cena za jeden den pobytu je stanovena pro každou organizaci nabízející tuto službu okresním úřadem a je hrazena klientem.

Dočasné ubytování

Dočasné ubytování umožňuje zajistit krátkodobé ubytování pro seniory, kteří žijí doma. Mohou být dočasně ubytováni v zařízeních pro seniory nebo v přijímacích rodinách. Dočasné ubytování je tak možné využít v případech, kdy má senior nějaké aktuální problémy: nepřítomnost osoby, která mu pomáhá, propuštění z nemocnice apod. Může být považováno také za první etapu před definitivním nástupem do pobytového zařízení. Nejčastěji jsou lůžka dočasného ubytování součástí domovů pro seniory s omezenou samostatností a obvykle je pro tuto službu vyčleněno 1 až 5 míst. Existují nicméně samostatné organizace, které se věnují pouze dočasnému ubytování seniorů.

²⁰ FNAQPA, data poskytnutá pro zpracování Sborníku.

²¹ FNAQPA, data poskytnutá pro zpracování Sborníku.

Domovy pro samostatné seniory

Domovy pro samostatné seniory představují soubor ubytovacích kapacit pro seniory se službami pro ně. Často se staví v blízkosti obchodů, zastávek hromadné dopravy a služeb občanské vybavenosti. Zahrnují současně individuální a soukromé bydlení a společné prostory určené pro život v kolektivu. Většinou jsou řízeny státními nebo neziskovými organizacemi. Jsou zde nízké náklady na bydlení, které si hradí sami senioři. Senioři zde žijí jako v místě svého bydliště. Musejí například sami požádat externí pracovníky o provedení lékařské péče a o pomoc v každodenním životě (soukromí lékaři, služby domácí lékařské péče, sestry OSVČ, polyvalentní služby domácí lékařské péče a pomoci, služby domácí pomoci). Péče je financována z nemocenského pojištění, ale pokud daná osoba nesplňuje příslušné podmínky, je možné použít pro úhradu dávky určené pro osoby se sníženou samostatností.

Domovy pro samostatné seniory jsou určeny těm, kteří jsou z velké části samostatní, ale již nemohou nebo nechtějí žít doma například z důvodu snížení příjmů, kvůli obtížím s chůzí, pocitům osamění apod. Domovy pro samostatné seniory musejí kontrolovat míru samostatnosti přijímaných osob a případně jim doporučovat ubytování v domovech seniorů s omezenou samostatností. Zákon o přizpůsobování společnosti stárnutí však umožňuje přijímat do těchto zařízení za určitých podmínek i osoby se sníženou samostatností. V domovech pro samostatné seniory působí řada odborných pracovníků: odborníci na všeobecné služby (50 %), pracovníci vedení, vzdělávací a sociální pracovníci, lektoři a provozní pracovníci. Některé domovy pro samostatné seniory dostávají výjimečně paušál na služby ze zdravotního pojištění, a proto v nich působí také

střední zdravotnický personál a ošetřovatelé. V domovech pro samostatné seniory nepracuje lékař v zaměstnaneckém poměru. Celkový čas jeho práce odpovídá zhruba úvazku 0,14. V roce 2018 působilo ve Francii 2 267 domovů pro samostatné seniory, ve kterých bydlí něco přes 105 000 osob.²² Domovy pro samostatné seniory nelze zaměňovat s rezidencemi pro seniory se službami. Rezidence pro seniory se službami mají jiný statut a způsob fungování.

Rezidence pro seniory se službami

Rezidence pro seniory se službami jsou samostatné bytové jednotky pro seniory spojené se společnými službami. Jsou postaveny zpravidla ve středu měst v blízkosti obchodů, zastávek hromadné dopravy a služeb občanské vybavenosti. Provozují je většinou soukromé organizace. Rezidence pro seniory se službami nespádají mezi sociální a zdravotnicko-sociální zařízení, a proto se na ně nevztahují předpisy platné pro tyto organizace. Jedná se o komerční nabídku. Rezidence pro seniory se službami tvoří hlavní typ bydlení pro osoby, které mohou být vlastníky nebo nájemci. Tito obyvatelé mohou využívat různé systémy vytvořené za účelem předcházení snížení samostatnosti a udržení bydlení v domácnosti, a to za stejných podmínek jako jiná zařízení: služby domácí pomoci, služby domácí lékařské péče, polyvalentní služby domácí lékařské péče a pomoci. Počet rezidencí pro seniory se službami je stále omezený (540 v roce 2017)²³, ale jejich nabídka se neustále rozšiřuje, neboť jejich neinstitutcionální charakter se seniorům líbí.

²² FNAQPA – materiál poskytnutý pro zpracování Sborníku.

²³ FNAQPA – materiál poskytnutý pro zpracování Sborníku.

Domovy pro seniory s omezenou samostatností

Domovy pro seniory s omezenou samostatností poskytují ubytování a lékařskou péči. Aby mohly fungovat, musejí uzavírat víceleté smlouvy na cíle a prostředky s okresními úřady a krajskými zdravotnickými agenturami. Domovy seniorů s omezenou samostatností jsou určeny osobám starším 60 let, které potřebují každodenní pomoc a péči. Domovy seniorů s omezenou samostatností přijímají také klienty s Alzheimerovou chorobou a podobnými nemocemi. Průměrný věk v období nástupu do tohoto zařízení v roce 2018 byl 85 let a 9 měsíců.²⁴ Úkolem domovů seniorů s omezenou samostatností je pomáhat slabým a zranitelným lidem a chránit jejich samostatnost. Pomoc má globální charakter: klienti a jejich blízcí se nemusejí o nic starat. Domovy seniorů s omezenou samostatností nabízejí ubytování, pomoc s hygienou, přemísťováním, jídlem, uléháním a každodenní lékařskou péčí. Zdravotnický personál (zdravotní sestry, ošetřovatelé) provádí pomoc pod dohledem koordinujícího lékaře. Úhrady za služby jsou v tomto zařízení rozděleny. Cenu za každý den ubytování hradí klient sám. Cenu za každý den pomoci hradí také klient, ale částečně mu přispívá okresní úřad. Cena za každý den péče je hrazena ze zdravotního pojištění ve formě celkového paušálu na péči stanoveného na základě míry snížení samostatnosti. V roce 2017 byla průměrná cena za jednolůžkový pokoj v domovech seniorů s omezenou samostatností 1 953 € měsíčně. Vzhledem k tomu, že průměrný starobní důchod všech důchodců je 1 376 € a u žen pouze 1 050 €, tak jejich zdroje umožňují jen zřídka hradit pobyt v domovech seniorů s omezenou samostatností bez externího financování nebo použití úspor.²⁵

Domovy seniorů s omezenou samostatností mohou rovněž nabízet další čtyři způsoby pobytu:

- dočasné ubytování;
- denní stacionář;
- centra uzpůsobených aktivit a péče, což jsou jednotky zaměřené na ty klienty, kteří mají problémy s chováním a poskytují jim terapeutické aktivity ve speciálně upravených prostorech;
- centra posíleného ubytování, která ve formě malých jednotek (12 až 14 míst) přijímají ve dne i v noci osoby s vážnými problémy a poskytují jim péči a případně terapeutické aktivity.

V domovech pro seniory s omezenou samostatností působí kromě vedoucích, administrativních a provozních pracovníků celý multidisciplinární tým složený alespoň z jednoho koordinujícího lékaře, jedné zdravotní sestry, ošetřovatelů, asistentů majících na starosti zdravotnicko-psychologickou pomoc a asistentů pro vzdělávací a sociální oblast. Ve většině domovů seniorů s omezenou samostatností není v noci přítomna zdravotní sestra. V době psaní tohoto Sborníku však ve Francii probíhá experiment, jehož cílem je, aby zdravotní sestra přítomna byla a byla hrazena pojišťovnou. Dochází sem i ošetřující lékaři, ať už soukromí nebo se statutem zaměstnance. V roce 2017 bylo v provozu 7 438 domovů seniorů s omezenou samostatností, v nichž bylo 580 995 ubytovacích míst.²⁶

²⁴ FNAQPA – materiál poskytnutý pro zpracování Sborníku.

²⁵ FNAQPA – materiál poskytnutý pro zpracování Sborníku.

²⁶ FNAQPA, data poskytnutá pro zpracování Sborníku.

Jednotky dlouhodobé péče

Jednotky dlouhodobé péče jsou součástí zdravotnických zařízení a zajišťují ubytování a péči o osoby starší 60 let. Lékařská činnost je zde významnější než v domovech seniorů s omezenou samostatností, neboť tyto jednotky jsou určeny pro osoby, jejichž stav vyžaduje trvalý lékařský dohled. Pomoc je zde, obdobně jako v domovech seniorů s omezenou samostatností, celková. V roce 2018 bylo ve Francii 596 jednotek dlouhodobé péče s přibližně 33 500 místy.²⁷

3.3 Plány pro seniory

Systém poskytování sociálních služeb se pomalu mění vlivem národních plánů, které připravují a uzpůsobují nabídku podle potřeb osob. Základní zaměření politiky podpory seniorů bylo vyjádřeno v řadě národních plánů.

Plán solidarity se staršími lidmi

Plán solidarity se staršími lidmi byl pětiletý plán na období 2007–2012 reagující na demografické změny související se zvyšováním počtu seniorů. Tvoří ho soubor opatření obsažených v pěti hlavních osách a zahrnující zejména cíle týkající se založení nových zařízení a služeb a zvýšení počtu míst v nich. Díky tomuto plánu došlo ke zvýšení počtu míst ve službách domácí péče, míst v denních stacionářích a míst pro dočasné ubytování. Dále tento plán umožnil pokračovat v úsilí o vytváření nových míst v domovech seniorů s omezenou samostatností a v posilování lékařské péče, aby bylo možné přizpůsobovat se vývoji potřeb ubytovaných osob.

²⁷ FNAQPA, data poskytnutá pro zpracování Sborníku.

²⁸ FNAQPA, data poskytnutá pro zpracování Sborníku.

Plány pro osoby

s Alzheimerovou chorobou

Ve Francii je 850 000 osob s Alzheimerovou chorobou, 150 000 osob s Parkinsonovou chorobou a 100 000 osob s roztroušenou sklerózou.²⁸ S ohledem na zvyšující se počet osob s Alzheimerovou chorobou byla postupně od roku 2001 ve Francii přijata řada plánů veřejného zdravotnictví na boj s touto chorobou. Cílem prvních dvou plánů (2001–2005 a následně 2004–2007) bylo usnadnit diagnostiku a péči a zlepšit život pacientů i jejich blízkých. Zaměření na výzkum bylo k původnímu lékařskému a lékařsko-sociálnímu zaměření přidáno až mezi lety 2008–2012. V prosinci 2014 schválila vláda nový plán věnovaný neurodegenerativním onemocněním obecně.

Plán zaměřený na Alzheimerovu chorobu na období 2008–2012

Plán zaměřený na Alzheimerovu chorobu na období 2008–2012 obsahuje 44 specifických opatření ve 3 klíčových oblastech pokrývajících současně otázky sociální, zdravotní a výzkumné. Na tento plán byly určeny masivní investice z veřejných zdrojů ve výši 1,6 miliardy € na dobu 5 let, rozdělené následovně: 1,2 miliardy € na oblast sociální, 200 milionů € na oblast zdravotní a 200 milionů € na oblast výzkumu.

V oblasti zdravotní došlo ke zlepšení procesu diagnostiky nemoci a ke zlepšení dostupnosti prostředků díky posílení poraden a center pro poruchy paměti na celém území státu.

V oblasti zdravotnicko-sociální plán umožnil:

- Zlepšit koordinaci služeb podle potřeb jednotlivých pacientů nebo lidí, kteří jim pomáhají, a vytvořit metody integrace služeb zaměřených na pomoc a péči v oblasti samostatnosti.

- Posílit domácí péči cestou podpory činnosti odborných týmů se specializací na Alzheimerovu chorobu. Specializované týmy jsou vedeny koordinující zdravotní sestrou a jsou tvořeny odborníky na psychomotoriku, ergoterapeuty a asistenty se zaměřením na gerontologickou péči.
- Rozvíjet uzpůsobené jednotky v rámci domovů seniorů s omezenou samostatností a zlepšovat tak řešení problémů spojených s chováním a službami následné a rehabilitační péče (centra uzpůsobených aktivit a centra posíleného ubytování).
- Rozvíjet a diversifikovat organizace pro odpočinek: denní stacionáře, dočasné ubytování a platformy pro odpočinek.
- Ustálit právo na vzdělávání lidí, kteří nemocným pomáhají.

Plán zaměřený na neurodegenerativní onemocnění na období 2014–2019

Tento plán se netýká pouze osob s Alzheimerovou chorobou, ale všech, kteří jsou postiženi některou z dalších neurodegenerativních chorob (zejména roztroušenou sklerózou nebo Parkinsonovou chorobou). Jeho cílem je pokračovat v dynamickém zlepšování týkajícím se uspokojování potřeb nemocných.

Tento plán má 3 hlavní priority:

- Zlepšovat diagnostiku a péči o nemocné pomocí:
 - posílení spolupráce mezi ošetřujícím lékařem a neurologem;
 - lepší přístupnosti odborného vyšetření díky založení odborných center věnujících se roztroušené skleróze a konsolidaci stávajících center zaměřených na Parkinsonovu chorobu;
 - nových metod integrace služeb zaměřených na pomoc a péči v oblasti samostatnosti;
- rozvoje terapeutického vzdělávání pro pacienty a osoby, které jim pomáhají.
- Zajistit kvalitu života pacientů a osob, které jim pomáhají prostřednictvím:
 - nových týmů, které budou poskytovat podporu v domácím prostředí;
 - posílení podpory osob pomáhajících nemocným díky novým platformám pro pomoc a odpočinek;
 - začlenění mladých nemocných do pracovního procesu;
 - digitálních řešení pro zlepšení samostatnosti pacientů (upozorňující SMS, aplikace v chytrých telefonech nebo na tabletech).
- Rozvíjet a koordinovat výzkum díky:
 - uznání výzkumně výukových center excelence;
 - posílení nástrojů poznání (skupiny, celostátní databáze), abychom mohli účinněji bojovat s neurodegenerativními chorobami.

Pokud jde o objem financí vyčleněný na tento plán, tak se počítá s částkou 270 milionů € na zdravotnicko-sociální opatření.

3.4 Podpory pro seniory

Senioři mohou získat různou podporu na financování domácí péče nebo na svůj pobyt v zařízení.

Individuální podpora samostatnosti

Individuální podpora samostatnosti byla vytvořena zákonem č. 2001-647, o úhradě snížené samostatnosti seniorů a individuální podpoře samostatnosti. Jedná se o podporu umožňující úhradu těm, kteří nejsou schopni nést důsledky nedostatku nebo snížení samostatnosti v souvislosti s tělesným nebo duševním stavem. Individuální podpora samostatnosti je určena

osobám starším 60 let. Snížení míry samostatnosti u seniorů se posuzuje podle referenčního dokumentu Stupnice AGGIR. Stupnice AGGIR řadí seniory do šesti úrovní na základě posouzení jejich schopnosti či neschopnosti vykonávat úkony každodenního života. Největší míra nesa-mostatnosti je klasifikována jako skupina 1, nejmenší pak jako skupina 6. Právo na individuální podporu v případě nesamostatnosti mají pouze osoby ze skupin 1 až 4. Pro získání individuální podpory samostatnosti neexistují podmínky týkající se výše příjmů. Samotná vyplácená částka podpory nicméně na příjmech závislá je a nad určitou výši příjmů je po příjemci požadována progresivní spoluúčást.

Individuální podpora samostatnosti se přiděluje různým způsobem podle toho, zda je osoba doma nebo v zařízení. Individuální podpora samostatnosti umožňuje úhradu části výdajů na náklady týkající se služeb pomoci. Ve většině případů se jedná o domácí péči. Podpora může být také použita k zaplacení dočasného ubytování v domově pro seniory nebo v denním stacionáři nebo k úpravě bytu příjemce. Je vyplácena osobám, které žijí doma nebo v místě podobajícím se vlastní domácnosti – domovy pro samostatné seniory nebo rezidence pro seniory se službami. Dále individuální podpora slouží k pokrytí části úhrad za sníženou samostatnost, které jsou účtovány obyvatelům žijícím v domovech seniorů s omezenou samostatností. Individuální podporu samostatnosti vyplácí okresní úřady. V roce 2018 činily výdaje na individuální podpory samostatnosti téměř 6 milionů € a představují polovinu výdajů na sociální podpory seniorům, které vyplácí okresní úřady. Pobírá je asi 1,3 milionu osob.²⁹

²⁹ FNAQPA, data poskytnutá pro zpracování Sborníku.

Podpora na domácnost

V rámci systému sociálních podpor mohou seniory získat také podporu na domácnost. Pro získání podpory na domácnost jsou stanoveny následující podmínky:

- více než 65 let;
- identifikované problémy s plněním základních úkolů v domácnosti;
- nepobírání dávky individuální podpory samostatnosti a nemožnost ji získat;
- měsíční příjmy jsou nižší, než je stanovená hranice.

Výše podpory se vypočítává podle výše příjmů. Po příjemci je možné požadovat spolufinancování. Podpora se v zásadě vyplácí službě domácí péče, kterou si daná osoba zvolila. Částku je nicméně možné vyplácet i přímo dané osobě, a to v případě, že služba domácí péče v jeho obci neexistuje a senior se obrátí na konkrétní osobu, která mu bude péči v domácnosti poskytovat. Podporu na domácnost vyplácí okresní úřad. Za rok 2018 představoval její objem pouhé 1 % ze všech sociálních podpor pro seniory.³⁰

Sociální podpora na ubytování

Ze sociální podpory na ubytování se hradí část nebo veškeré náklady na ubytování osoby v pobytovém zařízení. Je určena seniorům starším 65 let, jejichž příjmy nestačí k pokrytí nákladů na ubytování. Sociální podpora na ubytování může být přiznána v případě ubytování v domovech pro samostatné seniory, domovech pro seniory s omezenou samostatností a v jednotkách dlouhodobé péče. Cena za ubytování je stanovena rozdílně podle toho, zda je či není možné dostávat na daná místa sociální podporu. Pro ta místa, která mají oprávnění přijímat sociální

³⁰ FNAQPA, data poskytnutá pro zpracování Sborníku.

podporu, určuje cenu za ubytování okresní úřad. Pro místa, kde není oprávnění přijímat sociální podporu, určuje cenu provozovatel zařízení.

Podpora na bydlení

Senioři ubytovaní v zařízení mohou požádat v určitých případech o podporu na bydlení. Pokud bydlí v domovech pro samostatné seniory nebo v domovech seniorů s omezenou samostatností, které mají uzavřenu smlouvu se státem, tak mohou pobírat individuální podporu na bydlení. Pokud není pobírání individuální podpory na bydlení možné, tak je možné přiznat podporu na sociální bydlení. Podpory na bydlení vyplácí Fond rodinných příspěvků (Caisse d'allocations familiales, CAF).

Daňové výhody

Senioři mohou využívat různých osvobození od daně, nižších daní a daňových odpočtů snižujících jejich daňovou povinnost.

3.5 Kategorie pracovníků působících v sociálních službách a jejich vzdělávání

Vzdělávání pracovníků působících v domácnostech nebo v zařízeních je důležitým úkolem veřejných orgánů. Veřejné nebo soukromé organizace realizují počáteční a celoživotní vzdělávání pracovníků a podílejí se na veřejné službě týkající se vzdělávání. I když zákony o decentralizaci převedly velkou část pravomocí v oblasti vzdělávání pracovníků na kraje, stále zde hraje důležitou roli i stát. Stát vydává diplomy absolventům oboru sociální práce a kontroluje dodržování předpisů týkajících se kvalifikace vyučujících a ředitelů vzdělávacích zařízení a také kvalitu výuky.

Státní i soukromé organizace musejí mít od veřejných orgánů akreditaci, aby mohly realizovat vzdělávání ukončené vydáním diplomu z oboru sociální práce. Pokud jde o vzdělávací organizace, tak většina z nich je soukromých a má formu sdružení. Vedle toho existují tzv. vzdělávací ústavy sociální práce, což jsou vzdělávací centra plnící úkoly veřejné služby podle vyhlášky ze dne 22. srpna 1986.

Úkolem vzdělávacích ústavů sociální práce je zajistit víceoborové vzdělávání sociálních pracovníků a podílet se na výzkumu a práci s odbornou veřejností v oblasti sociální politiky.

Asistent sociálních služeb

Diplom pro asistenty sociálních služeb potvrzuje, že jeho držitel má znalosti vyžadované pro individuální nebo kolektivní sociální práci s cílem zlepšit prostřednictvím celkového přístupu a sociální pomoci životní podmínky osob a rodin. Asistent sociálních služeb provádí sociální diagnostiku a připravuje plán práce za spoluúčasti zainteresovaných stran. Diplom pro asistenty sociálních služeb je možné získat v rámci počátečního vzdělávání ve školách, v rámci celoživotního vzdělávání nebo na základě uznání praxe.

Pracovník zdravotnicko-psychologické pomoci

Zdravotnicko-psychologická pomoc zajišťuje pomoc postiženým s běžnými denními činnostmi v rámci společenského života a s volnočasovými aktivitami. Služba se snaží poznat jejich potřeby a očekávání. Může také pracovat s lidmi, jejichž situace vyžaduje podporu v rozvíjení nebo udržení samostatnosti v oblasti tělesné, duševní nebo sociální. Role zdravotnicko-psychologické pomoci je na pomezí vzdělávání a péče. Prostřednictvím této pomoci se zajišťuje sledování a zabezpečení

daných osob, aby se předešlo jejich izolaci nebo aby se tato izolace ukončila. Pracovník podněcuje, povzbuzuje a podporuje komunikaci a verbální či neverbální vyjadřování postiženého. Diplom je možné získat v rámci počátečního vzdělávání ve školách, v rámci učení, celoživotního vzdělávání, prostřednictvím smlouvy o odbornosti nebo na základě uznání praxe.

Asistent gerontologické péče

Funkce asistenta gerontologické péče byla vytvořena v rámci plánu zaměřeného na Alzheimerovu chorobu na období 2008–2012. Vzdělávání připravující na výkon této funkce je určené pro ošetřovatele a pracovníky zdravotnicko-psychologické pomoci, pokud se tito starají o osoby s Alzheimerovou chorobou. Funkce asistenta gerontologické péče spočívá v pomoci s každodenními úkony u osob s Alzheimerovou chorobou a v pomoci jejich okolí. Cílem realizovaných aktivit je sociální a kognitivní stimulace zbývajících schopností. Asistent gerontologické péče se podílí na vyhodnocování potřeb, na dohledu, na předcházení komplikacím a na podpoře seniorů se smyslovými, tělesnými nebo psychickými poruchami nebo problémy s chováním. Podílí se také na obnovování a ochraně jejich samostatnosti a udržení či obnově představ, které o sobě mají. Funkci asistenta gerontologické péče vykonávají zaměstnanci v rámci multidisciplinárního týmu, a to buď ve službách domácí lékařské péče, nebo v rámci dohody o spolupráci s polyvalentními službami domácí lékařské péče a pomoci. Dalším možným místem výkonu jsou specializované jednotky zřízené v centrech uzpůsobených aktivit a v centrech posíleného ubytování – v rámci domovů pro seniory s omezenou samostatností a jednotek dlouhodobé péče. Odborný pracovník vyškolený na funkci asistenta gerontologické péče vykonává svou práci pod vedením zdravotní

sestry. Vzdělávání probíhá v akreditovaných organizacích podle státem stanovených programů.

Asistent společenského života

Asistent společenského života provádí sociální práce, jejichž cílem je kompenzovat stavy zranitelnosti, nesamostatnosti nebo potíže způsobené věkem, nemocí, postižením nebo sociálními problémy v každodenním životě. Asistent podporuje to, aby daná osoba mohla zůstat v místě svého bydliště a zabráňuje její izolaci. Pracuje s rodinou, dětmi, osobami majícími obtíže, seniory, nemocnými nebo postiženými. Pracuje v místě bydliště osoby, které pomáhá, nebo v zařízeních, které se mu podobají (domovy pro samostatné seniory a rezidence pro seniory se službami). Diplom pro asistenty společenského života je možné získat v rámci počátečního a celoživotního vzdělávání ve školách, prostřednictvím smlouvy o odbornosti nebo na základě uznání praxe.

Odborný pracovník pro sociální a rodinnou pomoc

Odborný pracovník pro sociální a rodinnou pomoc provádí preventivní, vzdělávací a nápravné sociální práce, jejichž cílem je podporovat samostatnost osob a jejich integraci do prostředí a vytváření či obnovování sociálních vazeb. Diplom může odborný pracovník získat v rámci počátečního a celoživotního vzdělávání ve školách, prostřednictvím smlouvy o odbornosti nebo na základě uznání praxe.

Pracovníci vzdělávací a sociální pomoci

Cílem vzdělávací a sociální pomoci je kompenzovat důsledky postižení bez ohledu na jejich původ či druh (věk, nemoc, úraz). Pracovník vzdělávací a sociální pomoci pomáhá osobám s každodenními činnostmi, ale také s aktivitami společenského

života, se školou a volnočasovými aktivitami. Stará se o získávání, ochranu nebo obnovu samostatnosti u dětí, mládeže, dospělých, stárnoucích lidí nebo rodin a pomáhá jim v jejich společenském životě a ve vztazích. Tato pomoc přispívá k rozvoji dané osoby v místě jejího bydliště, v zařízeních nebo ve školské a sociální oblasti. Diplom ze vzdělávací a sociální pomoci byl vytvořen v roce 2016 tak, že došlo ke spojení diplomu asistenta společenského života s pracovníkem zdravotnicko-psychologické pomoci. Diplom ze vzdělávací a sociální pomoci je možné získat v rámci vzdělávání nebo na základě uznání praxe.

Ředitelé zařízení nebo služeb

Ředitelé zařízení sociálních nebo zdravotnicko-sociálních služeb určují zaměření, vypracovávají a realizují činnost jednoho nebo více zařízení či služeb v oblasti sociální nebo zdravotnicko-sociální. Plní jejich úkoly a nesou odpovědnost na základě pověření právnické osoby. Musejí při tom dodržovat zákony a předpisy a plnit poslání organizace. Jsou garanty podmínek individuální pomoci uživatelům, kvality a respektování svobodného a informovaného souhlasu. Tito lidé musí mít určitou minimální kvalifikaci. V zásadě se nejčastěji vyžaduje ukončené bakalářské studium (bez ohledu na zaměření oboru), nicméně ve dvou případech může být vyžadováno také ukončené magisterské studium:

- Ředitel nese odpovědnost za následující činnosti: příprava a realizace projektu zařízení, řízení a vedení lidských zdrojů, rozpočtové, finanční a účetní hospodaření a koordinace práce s externími institucemi a pracovníky.
- Vykonává tuto funkci v zařízení (nebo ve skupině zařízení), které 3 roky po sobě splnilo aspoň 2 z následujících 3 kritérií: 50 zaměstnanců, obrát více než 3,1 milionu € bez DPH a finanční rozvaha dosahuje více než 1,55 milionu €.

Koordinující lékař

Jedná se o pracovníka, který musí působit v domovech seniorů s omezenou samostatností. Jeho minimální úvazek je stanoven předpisem podle počtu ubytovaných osob. V případě zařízení s povolenou kapacitou 60 až 90 míst musí být úvazek koordinujícího lékaře alespoň 0,50. Koordinující lékař řídí ošetřující personál a zodpovídá za vše, co se týká péče.

Má zejména tyto úkoly:

- vypracovat společně s ošetř. týmem celkový plán péče a koordinovat a hodnotit jeho realizaci;
- vypracovat vzor péče;
- vyjadřovat se k přijímání osob zejména na základě vztahu mezi jejich zdravotním stavem a kapacitou péče v instituci;
- posuzovat snížení samostatnosti klientů a jejich požadavky na péči – jedná se o důležitý úkol, neboť výše finančních dotací přidělených zařízení závisí na stupni snížení samostatnosti a požadavcích na péči o ubytované osoby;
- dohlížet na uplatňování správných geriatrických praktik a formulovat v případě výjimečných zdravotních rizik veškerá užitečná doporučení pro tuto oblast;
- podílet se na hodnocení kvality péče;
- odhalovat případná rizika pro veřejné zdravotnictví v zařízeních a dohlížet na uplatňování všech opatření užitečných pro prevenci, tato rizika prověřovat a zohledňovat.

Koordinující lékař není v principu ošetřovatelská funkce. Nicméně může provádět lékařskou péči o klienty domovů pro seniory s omezenou samostatností v urgentních případech nebo v případech ohrožení života či v případech, kdy se objeví výjimečná nebo hromadná rizika vyžadující uzpůsobenou organizaci péče. V takovém případě musí informovat ošetřující lékaře o lékařské péči, kterou provedl.

4. Zkušenosti z návštěv institucí a zařízení a příklady dobré praxe

4.1 Česká republika

První zahraniční cestu v rámci projektu podnikli zástupci Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (SSZS) a Fédération Nationale Avenir et Qualité de Vie des Personnes Agées (FNAQPA) v únoru 2018 do České republiky. První den programu byli seznámeni se systémem sociálních služeb a jeho financováním, dále se systémem vzdělávání v sociálních službách a absolvovali také workshop na téma „Značka kvality v sociálních službách“. Jedná se o systém externí certifikace zařízení poskytujících sociální služby provozovaný APSS ČR. Stejně jako se označují podle kvality hotely, tak i zařízení sociálních služeb získá v systému určitý počet hvězdiček. V rámci druhého a třetího dne programu absolvovali

účastníci workshop na téma *Demence v obrazech*. Jedná se o sérii krátkých filmů, které ukazují správné, ale také nesprávné způsoby péče a jednání s klienty s demencí. Účastníci velmi ocenili interaktivní formu tohoto semináře; překvapily je nízké náklady, které byly v souvislosti s tvorbou kurzu vynaloženy. Krátce jim byl představen také druhý unikátní seminář s názvem *Etika v obrazech ve službách sociální péče*. Tento seminář má stejnou formu krátkých filmů a byl zpracován na základě úspěchu semináře *Demence v obrazech* a požadavky ze strany poskytovatelů sociálních služeb. Čtvrtý den programu si účastníci doplnili své poznatky o Značce kvality. Absolvovali na toto téma focus group, kde jim certifikátor, který hodnocení provádí, sdělil poznatky z praxe a diskutoval s nimi o přenositelnosti

systemu hodnocení do jejich zemí. Zároveň měli možnost vyplnit si dotazníky, které se využívají při samotné certifikaci. Účastníci ocenili přínos certifikace jako motivačního prostředku pro zaměstnance a líbilo se jim pojetí Značky kvality založené na principu dobrovolnosti. Ve svých vyjádřeních také zmiňovali, že by bylo vhodné, aby zařízení, které je takto certifikované, dostávalo od státu (kraje, města) finanční příspěvek. Druhá focus group se v tento den konala na Ministerstvu zdravotnictví České republiky. Zde byl účastníkům představen *Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další podobná onemocnění na léta 2016–2019*.

Tento dokument tak vhodně doplnil poznatky o systému sociálních služeb, které účastníci zahraniční cesty získali první den programu. Zároveň jim umožnil poznat úroveň aktuálního stavu řešení problematiky demence v České republice. Pátý den programu absolvovali exkurzi ve specializovaném zařízení, kde pečují o klienty s demencí. Exkurze v zařízeních poskytujících sociální služby byly realizovány po celou dobu programu – zpravidla v dopoledních hodinách.

Zástupci z Francie zmiňovali jako přenositelnou dobrou praxi vzdělávací kurzy v délce

trvání 8 hodin, které umožňují efektivní přenos nových poznatků mezi pracovníky pečující o klienty s demencí. Dále je zaujalo webové administrační rozhraní, které Institut vzdělávání APSS ČR využívá pro přihlašování a správu vzdělávacích kurzů a z toho plynoucí nižší počet zaměstnanců, kteří se této agendě věnují. Dle jejich slov budou implementovat ve své organizaci podobný elektronický systém pro správu kurzů. Zástupci ze Slovinska ocenili jako příklad dobré praxe interaktivní formu kurzu *Demence v obrazech a Etika v obrazech ve službách sociální péče*. Sami se snaží propagovat správný přístup k lidem s demencí mezi veřejností a formu krátkých filmů považují za velmi vhodnou a názornou výukovou metodu, která pomůže pracovníkům pečujícím o klienty. Zároveň jim představené unikátní semináře Institutu vzdělávání APSS ČR umožnily poznat jednu z forem výuky, kterou je možné využít v oblasti vzdělávání s ohledem na záměr vytvoření vlastního vzdělávacího centra. Značka kvality je s drobnými úpravami přenositelná do obou zemí. Intenzivnější zájem projevila francouzská strana, a to také z důvodu jejich větší finanční kapacity a počtu pracovníků (interních i externích) ve srovnání se slovinskou asociací. APSS ČR bude proto v průběhu roku 2019 jednat s FNAQPA o podmínkách spolupráce při zavedení Značky kvality do Francie.

4.1.1

G-centrum Tábor



1

G-centrum Tábor bylo vybudováno v letech 1997–1998; investorem a zároveň jeho zřizovatelem je město Tábor. G-centrum provozuje 7 sociálních služeb a účastníci stáže navštívili dvě z nich, konkrétně domov pro seniory a denní stacionář. Celková kapacita domova pro seniory je 143 lůžek na 91 pokojích. Služby denního stacionáře jsou určeny seniorům nad 50 let a jsou poskytovány každý den od 6:30 do 18:30 hodin.

Příklady dobré praxe:



2

- ✓ **Větší počet sociálních pracovníků v jedné směně** – v zařízení byli v době návštěvy na jedné směně tři sociální pracovníci na 140 klientů; ve Slovinsku by to byl pouze jeden.
- ✓ **Organizovaná doprava klientů do denního stacionáře** – ve Slovinsku není možné klienty do denních stacionářů svážet kvůli

legislativním omezením a jsou tak odkázáni na své blízké, případně hromadnou dopravu nebo taxislužby.

4.1.2

Domov pro seniory Máj České Budějovice



3

Domov pro seniory Máj České Budějovice je příspěvková organizace zřízená statutárním městem České Budějovice. Samotná organizace je tvořena čtyřmi pracovišti na různých adresách.

Příklady dobré praxe:

- ✓ **Lokace domova blízko centra města** – jedná se o dobrý způsob, jak vyjádřit, že stárnutí je přirozenou součástí života a že město a jeho obyvatelé se seniory počítají a nevyčleňují je na okraj.
- ✓ **Vybavení domova** – některé prostory jsou vybaveny nábytkem, který seniorům evokuje jejich bývalé bydlení a i díky tomu se zde mohou více cítit „jako doma“.
- ✓ **Využívání hydroterapie a aromaterapie** – ve Slovinsku nejsou tyto druhy terapií příliš rozšířené a využívány.

- ✓ **Prostor pro procvičování kognitivních funkcí klientů po mozkové příhodě** – mohou si zde trénovat zavírání vodovodního kohoutku, zvednutí sluchátka telefonu nebo odemknutí a zamyknutí dveří.



4

4.1.3 Domov důchodců Proseč u Pošné



5

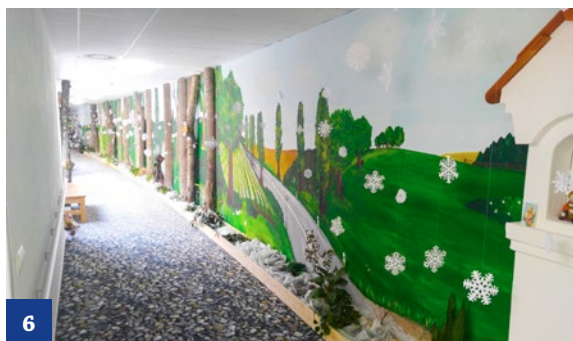
V objektu zámku byl zřízen domov důchodců již v roce 1954. Prostory jsou po rekonstrukcích, které probíhaly v 90. letech 20. století, přizpůsobené pro poskytování služeb Domov pro osoby se zdravotním postižením, Domov pro osoby s Huntingtonovou chorobou a Domov se zvláštním režimem.

Příklady dobré praxe:

- ✓ **Dispoziční řešení některých pokojů** – klienti z nich mohou vyjít přímo do velké zahrady.

- ✓ **Zvláštní relaxační místnost**, ve které je možné pomocí různých technik (aromaterapie, muzikoterapie, světelné efekty) zažít pobyt jako venku v přírodě.

- ✓ **Velmi realisticky působící nekonečná cesta** – je umístěna uvnitř domova, na stěnách je malovaná krajina a je doplněna živými rostlinami. Klienti s demencí se zde mohou bez omezení a bezpečně procházet pod dohledem personálu.



6

- ✓ **Pohodlí a bezpečný pohyb pro klienty s Huntingtonovou chorobou** – zajišťuje jej tzv. „válečko“ ve společenské místnosti tohoto oddělení. Klienti trpící vůlí neovladatelnými kroutivými pohyby zde mají dále k dispozici měkkou sedací soupravu a na lůžku polstrované ochrany postranic, neboť z důvodu mimovolných pohybů hrozí nebezpečí úrazu nebo pádu.



7

4.1.4

Domov pro seniory Bechyně



8

Služby domova pro seniory v jihočeské Bechyni jsou poskytovány v nové budově, která byla otevřena 6. ledna 2015. Celková kapacita služby je 127 klientů, kterým jsou k dispozici jedno a dvoulůžkové pokoje. Péče o klienty je postavena na Biografické koncepci péče, využívají zde prvky z Psychobiografického modelu péče Prof. Böhma, pravidelně je zařazována smyslová aktivizace, bazální stimulace a nově koncept Namasté Care. Pro pobyt venku může obyvatelům posloužit přilehlý park a také uzavřené atrium s lavičkami ve dvoře domova.

Příklady dobré praxe:

- ✓ Propracovaný **informační systém**, jehož prostřednictvím jsou na obrazovky na chodbách promítány informace o akcích v domově a také jídelníčky.



9

- ✓ **Pokrytí celého domova WIFI připojením** – například ve Slovinsku toto není vůbec běžné a zpravidla je zde dostupný 1 počítač na 100 klientů.
- ✓ **Zámecká hospůdka** – jedná se o pravidelná středeční setkávání, která mají v oblibě zvláště klienti muži. Stráví tak příjemné chvíle u dobrého piva a například při hraní karet.

4.1.5

Gerontologické centrum v Praze 8



10

Gerontologické centrum je zdravotnické a zdravotně-sociální zařízení. V provozu je od roku 1992 jako příspěvková organizace městské části Prahy 8 a postupně rozvíjí své služby dle poptávky občanů. Nabízí ucelené spektrum jak zdravotnických, tak sociálních služeb pro seniory zejména z Prahy 8. Zdravotnické služby je možné rozdělit na lůžkovou část pro 46 pacientů a služby terénní a ambulantní (domácí zdravotní péče, geriatrická ambulance, ordinace praktického lékaře, geriatrický výjezdní tým). Z registrovaných sociálních služeb poskytuje Gerontologické centrum denní stacionář pro osoby s demencí, osobní asistenci a sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení ústavní péče. Z dalších služeb nabízí stravování pro seniory z okolí ve dvou jídelnách, poradenství týkající

se seniorské problematiky a tzv. burzu seniorů, jejímž prostřednictvím si senioři sami organizují různé zájmové a svépomocné činnosti.

Příklady dobré praxe:

- ✓ **Internetová kavárna pro seniory** – v zařízení se osvědčilo nabídnout seniorům systematickou výuku PC dovedností. Po zaučení totiž začali senioři používat počítač běžně, a to především pro komunikaci se svými rodinami a blízkými.



11

4.2 Slovinsko

Druhá zahraniční cesta se uskutečnila do Slovinska v dubnu 2018. První den odborného programu absolvovali účastníci seznámení s posláním Sociální komory Slovinska a s kvalifikačními programy pro pracovníky v sociálních službách a sociální pracovníky. Dále se v sídle partnerské organizace SSZS zúčastnili přednášek a workshopů, prostřednictvím kterých se blíže seznámili se systémem sociálních služeb ve Slovinsku a se situací v zemi v návaznosti na demografický vývoj. Doplňující informace poskytl zástupce agentury MA marketing ve své prezentaci s názvem *Slovenian Young Country, Aging Society*. Odpolední část programu byla tvořena workshopem na téma *The E.D.E. certificate for directors of residential*

care homes. Jedná se o rozsáhlý 800hodinový vzdělávací program pro management působící v oblasti sociálních služeb. Jedna hodina má délku 45 minut. Program vyvinula Evropská asociace poskytovatelů dlouhodobé péče o seniory, jejíž anglický název zní *European Association for Directors of Residential Care Homes for the Elderly* a zkratka je E.D.E. Jde o organizaci, která od roku 1989 zastřešuje poskytovatele dlouhodobé péče v evropských zemích. V první polovině roku 2018 došlo ke spojení Evropské asociace poskytovatelů dlouhodobé péče o seniory s Evropskou asociací pobytových zařízení a služeb pro oblast stárnutí, jejíž anglický název zní *The European Association of Homes and Services for the Ageing* a zkratka je EAHSA. Díky tomuto spojení vznikla Evropská síť pro stárnutí vystupující pod názvem *European Ageing Network* a zkratkou EAN. Samotným cílem programu je harmonizace vzdělávání managementu v sociálních službách. Potřeba komplexního vzdělávání byla identifikována již na počátku 90. let 20. století vzhledem ke stárnutí evropské populace a měnícím se požadavkům na péči o seniory.

Program je rozdělen do 9 tematických modulů:

1. Druhy/struktury péče o seniory a dlouhodobé péče
2. Podnikové a finanční řízení
3. Právní základ pro správu a řízení pobytového zařízení
4. Řízení kvality služeb v oblasti péče o seniory
5. Lidské zdroje/personalistika
6. Personální management a komunikace
7. Profesní etika
8. Strategický management
9. Specifická odborná témata

Student/manažer musí absolvovat alespoň 600 hodin v prezenční formě a zbývajících 200 lze doplnit například formou e-learningu. Předpokladem pro vstup do programu je dokončené odborné vzdělávání v oblasti zdravotnictví, sociální oblasti nebo ve veřejné správě. Aby mohl být studentovi/manažerovi vydán certifikát, musí program úspěšně absolvovat a prokázat minimálně dvouletou praxi v (nižší) řídicí funkci – ideálně v pobytovém zařízení sociálních služeb.

E.D.E. také akredituje samotné vzdělávací instituce, a to na základě doložených učebních osnov a vzdělávacích plánů. Tyto plány a jejich náplň pak porovná komise složená ze zástupců E.D.E. a národní asociace dané země, která je členem E.D.E. a rozhodne, zda standardy a požadavky splňují. Osvědčení o akreditaci je platné po dobu 5 let. Ve Slovinsku působí vzdělávací instituce FIRIS Imperl & Co. d.n.o., která se systematicky zabývá vzděláváním v sociálních službách již od roku 1993. Vzhledem k rostoucímu zájmu o vzdělávání manažerů byla jak v České republice, tak ve Francii potvrzena správnost záměru usilovat o E.D.E. akreditaci pro vzdělávací centra působící při APSS ČR i FNAQPA. Zavedení výuky podle E.D.E. modulů by znamenalo sjednocení rozsahu i obsahu a program E.D.E. by se tak stal komplexním a prestižním nástrojem pro systematické vzdělávání manažerů, kteří budou připraveni reagovat na nové výzvy a budou praktickými a odpovědnými „vůdci“.

Druhý den dopoledne proběhly exkurze v zařízeních sociálních služeb a odpolední část programu byla tvořena druhým projektovým workshopem zaměřeným na E.D.E. vzdělávací model. Tématem druhého workshopu bylo bližší seznámení s obsahy jednotlivých modulů. Po před-

stavení obsahové náplně následovala diskuze o tom, jaké vzdělávací programy pro manažery jsou nabízeny v partnerských zemích projektu a také o tom, do jaké míry se obsahově překrývají s certifikátem E.D.E. V českém prostředí je prostřednictvím Institutu vzdělávání APSS ČR nabízen program *Certifikovaný manažer v sociálních službách*.

Byť se svým rozsahem v délce 160 vyučovacíh hodin nemůže s E.D.E. certifikátem srovnávat, tak obsahuje řadu shodných témat:

- legislativa v oblasti sociálních služeb;
- účetnictví, rozpočty a finanční management v sociálních službách;
- personální management a řízení kvality;
- strategický management a marketing;
- lidské zdroje/personalistika.

V porovnání se vzděláváním podle standardů E.D.E. neobsahuje Certifikovaný manažer úvod o struktuře sociálních služeb, jejich vývoji, péči o seniory a obecných východiscích a premisách, ze kterých princip sociálních služeb vychází. Dále neobsahuje odborná specifická témata, tak jako 9. modul E.D.E. (domácí ekonomika a výživa, správa budovy, geriatricie a gerontologická psychiatrie, spolupráce s příbuznými klientů).

Ve Francii jsou požadavky na manažery působící na vedoucích pozicích v sociálních službách stanoveny vyhláškou Ministerstva práce, sociální soudržnosti a bydlení. Manažeři tak kvalifikaci získají na základě absolvovaného výcviku, ve kterém je kladen důraz i na praxi. Podoba, obsah a rozsah výcviku je také dán vyhláškou. Jedná se celkem o 700 hodin teoretické výuky a 510 hodin praktického výcviku. Teoretická výuka se skládá ze 4 oblastí:

- rozvoj a strategické řízení podniku a služby (154 hodin);
- řízení lidských zdrojů (196 hodin);
- hospodářské, finanční a logistické řízení podniku a služby (154 hodin);
- odborné znalosti v oblasti zdravotnictví a sociální intervence (196 hodin).

Praktická část má podobu dvou stáží s délkou trvání 14 až 15 týdnů (510 hodin) a jejich obsah navazuje na 1. a 4. oblast teoretické výuky.

V rámci druhého projektového workshopu ve Slovinsku tedy došlo k porovnání přístupů ke vzdělávání v partnerských zemích a účastníci získali nové poznatky pro budoucí modifikace vzdělávání. V České republice je možné na základě plné obsazenosti všech cyklů Certifikovaného manažera konstatovat, že poptávka ze strany manažerů po systematickém vzdělávání převyšuje nabídku. Existuje také několik programů, které realizují jiné vzdělávací instituce než Institut vzdělávání APSS ČR.

Rozsah těchto programů je ale menší a jsou zpravidla zaměřeny pouze na určitý výsek manažerské práce – například na komunikaci nebo kvalitu a strategické plánování. Dále je v České republice možné studovat obory zaměřené na management v sociální oblasti na pěti vysokých školách, nicméně tyto obory nejsou otevřeny každý rok. V České republice nemá tedy vzdělávání manažerů pro oblast sociálních služeb ucelenou formu a neexistuje podobný program jako E.D.E. certifikát. Ten totiž na rozdíl od čistě manažerských schopností chce rozvíjet také například kompetence v oblasti psychologie, profesní etiky a geriatric.

Třetí den programu studijní cesty se odehrával ve druhém největším slovinském městě Maribor a účastníci absolvovali kromě jedné exkurze v zařízení také setkání s vicežupanem Sašou Pelkem. Ten deklaroval snahu volených zástupců vedení mariborské oblasti podporovat rozvoj sociálních služeb. Zdůraznil aktuální problémy při implementaci změn standardů a také problémy s nedostatkem pracovníků, zde zejména v obslužných profesích (kuchaři, řidiči).

Čtvrtý den navštívili účastníci soukromé pobytové zařízení a také sdružení Spominčica – Alzheimer Slovenija. Zde byl velmi inspirativní energický přístup pracovníků v šíření celoevropské osvěty v oblasti Alzheimerovy nemoci.

Pátý den programu se konala závěrečná focus group na téma vzdělávacího programu E.D.E. V rámci skupiny účastníků panovala shoda na záměru organizace E.D.E., která se díky svému vzdělávacímu programu do jisté míry pasuje do role supervizora nad kvalitou ve vzdělávání manažerů. Z pohledu zřizovatelů sociálních služeb, tedy těch, kteří se stanou budoucími zaměstnavateli manažerů, je praktické, že existuje jednotný certifikát, který garantuje komplexnost a kvalitu vzdělávání. Profesní vzdělávání totiž představuje výnosný byznys a pro zaměstnavatele není jednoduché zorientovat se v množství nejrůznějších osvědčení a certifikátů z různých institutů. Účastníci focus group se shodli, že budoucí zaměstnavatel má v takovém případě velmi malou šanci relevantního ověření kvality absolvovaných kurzů. Zároveň zazněl podnět na možnou obsahovou modifikaci v souvislosti s tím, že tento vzdělávací program byl sestavován v 90. letech 20. století. Pokud má skutečně reagovat na nové výzvy, měl by být také v určitých cyklech aktualizován.

Pokud jde o aktualizaci vzdělávání managementu v České republice, tak praxe APSS ČR je taková, že stěžejním je program Certifikovaný manažer v sociálních službách, jehož struktura je sice také daná, ale vznikl podstatně později – v nabídce je od roku 2017 – a byl tedy sestaven s ohledem na aktuální stav a prognózy. Dále APSS ČR dvakrát až čtyřikrát ročně organizuje dvoudenní semináře pro ředitele a management. Náplní těchto seminářů je například seznámení s novinkami v oblasti legislativy, ekonomicko-provozních záležitostech, pracovních právních vztazích a bývají rovněž poskytovány tipy pro rozvoj měkkých dovedností – například time management, komunikační dovednosti, asertivita, emoční inteligence apod.

4.2.1 Socialna zbornica Slovenije (Sociální komora Slovinska), Ljubljana



12

Jedná se o organizaci založenou v roce 1993. Svou činnost rozděluje mezi služby, které plní jako veřejná autorita na základě zákona a zadání ze strany státu při naplňování paragrafu 77 zákona o sociálním zabezpečení, a mezi služby, které zprostředkovává výhradně svým členům. Službami na základě zadání ze strany státu se rozumí především působení v oblasti vzdělávacích programů pro profesní vzdělávání pracovní-

ků sociální péče. Jedná se například o určování typů a stupňů vzdělávacích programů, podmínek a způsobu jejich ukončení, organizaci dohledu nad prací zaměstnanců a tzv. instruktážní poradenství. Druhým typem služeb, které sociální komora zprostředkovává výhradně svým členům, je samotná realizace kvalifikačních programů a také provádění supervize sociální práce. Za tyto služby jí členové platí.

Příklady dobré praxe:

- ✓ **Úspěšné zakotvení profesní komory v zákoně a její jedinečnost** – inspirace jak pro Českou republiku, tak pro Francii. Pro Českou republiku v kontextu probíhajícího procesu diskuzí uzákonění profesního zákona o sociální práci a sociálních pracovnících – ve Slovinsku to funguje. Pro Francii v tom smyslu, že v oblasti podpory a vzdělávání v sociálních službách zde existuje mnoho institucí, které jsou pověřeny podobnými či dokonce stejnými úkoly – ve Slovinsku stačí jedna s globálním posláním.
- ✓ **Vlastní hospodářská činnost komory** – potvrzení skutečnosti, která je pozorována i v České republice – podobné typy organizací se nemohou spoléhat pouze na dary a sbírky, ale k financování svých aktivit musejí vyvíjet také vlastní hospodářskou činnost.

4.2.2 Skupnost socialnih zavodov Slovenije (SSZS), Ljubljana

Jde o neziskovou organizaci na bázi profesní asociace, která sdružuje pobytová zařízení sociálních služeb v celém Slovinsku. Byla založena již v roce 1967 s cílem podpořit poskytovatele péče pro seniory a dospělé se specifickými potřebami. SSZS sdružuje většinu slovinských



13

poskytovatelů pobytových sociálních a zdravotních služeb, kteří pečují o více než 20 000 lidí a zaměstnávají na 11 000 pracovníků. Samotná asociace má pouze 5 zaměstnanců. Podpora poskytovatelů pobytové péče o seniory spočívá v zastupování zájmů svých členů v různých oblastech (legislativa, národní strategie), finančním a organizačním poradenství, přípravě a dalším odborném vzdělávání dospělých atd. SSZS reprezentuje spojení mezi národními zájmy a zájmy poskytovatelů sociálních služeb. Shromažďuje a vyhodnocuje například různá statistická data – tato část její činnosti je hrazena z prostředků Ministerstva pro práci, rodinu, sociální věci a rovné příležitosti.

V rámci projektu se jedná o partnerskou organizaci, která účastníky studijní cesty seznámila s pohledem poskytovatelů sociálních služeb na aktuální situaci v této oblasti ve Slovinsku. Obdobně jako v České republice probíhá ve Slovinsku permanentní diskuze o dostupnosti sociálních služeb také pro osoby s Alzheimerovou chorobou. Součástí prezentace o systému byl i detailní rozbor vývoje kupní síly obyvatel Slovinska ve vztahu k nákladům na poskytnutí péče lege artis. Stejně jako v České republice i zde probíhá dlouhodobá změna na trhu práce a v posledních několika letech se začíná projevovat významný nedostatek pracovníků pro

provozy sociálních služeb, což vytváří tlak na navýšování osobních nákladů. Zástupci SSZS během své prezentace také zmínili nový standard, který ve Slovinsku začne platit od roku 2021. V pobytových zařízeních bude možné mít pouze jedno a dvoulůžkové pokoje. Zástupci SSZS vyjádřili obavu, zda se podaří záměr realizovat, a to s ohledem na skutečnost, že vláda neplánuje žádné nové investice do veřejných zařízení a v době návštěvy bylo evidováno 759 tří a vícelůžkových pokojů. Zajímavá byla část činnosti SSZS v oblasti lobbingu, respektive marketingu. Jedná se o aktivity, jejichž prostřednictvím se SSZS snaží změnit pohled společnosti na chod systému sociálních služeb ve Slovinsku a posílit ochotu volených zástupců financovat udržitelně tento systém.

Příklady dobré praxe:

- ✓ **Působení na veřejnou správu** – ve Slovinsku se již 15 let nedaří uskutečnit reformu dlouhodobé péče, jejíž systém poskytování je značně roztržštěný. SSZS se proto obrátila na agenturu MA marketing. Pomocí jejího know how je systematicky vyvíjen tlak na veřejnou správu, a to prostřednictvím kombinace vizuálních kampaní, odborných publikací a veřejných diskuzí. Je možné hovořit o tzv. marketingovém pojetí lobbingu.
- ✓ **Srozumitelná komunikace směrem k veřejnosti** – předpokládá se, že v roce 2050 bude mít Slovinsko ze všech evropských zemí nejstarší populaci a bude na pátém místě z celosvětového pohledu. Agentura MA marketing kromě výše zmíněného zaměření na veřejnou správu působí také na laickou veřejnost. Formou krátkých filmů jí předkládá pozitivní příběhy a skutečnou realitu života v domovech pro seniory a přináší také informace o inova-

cích v oblasti sociálních služeb. Cílem těchto aktivit je, aby se veřejnost s problémem stárnutí identifikovala a zamyslela se nad tím, že některou ze sociálních služeb bude každý obyvatel dříve nebo později potřebovat.

4.2.3

Dom starejších občanov Ljubljana Vič – Rudnik (Domov pro seniory Ljubljana Vič – Rudnik)



14

Jedná se o veřejné zařízení ve vlastnictví města Lublaň a zároveň o jeden z nejstarších domovů pro seniory na území Slovinska. Budova, ve které jsou služby domova poskytovány, byla postavena v roce 1953 a je postupně rekonstruována. Zároveň je zde přistavěno celé nové křídlo. V domově pracuje 348 zaměstnanců, kteří se starají o 570 klientů starších 65 let. Stejně jako v České republice zde pracují například s konceptem bazální stimulace, fyzioterapií, canisterapií a reminiscenční terapií. Dále se zaměřují na paliativní péči, v rámci níž využívají rodinné skupiny, a mají také snoezelen místnost. Pro klienty s demencí je vytvořen speciální program péče, který je permanentně vyhodnocován a je v pravidelných ročních intervalech revidován. Klientům je k dispozici také denní centrum s kapacitou 15 osob, kam jsou každý den sváženi. Tento svoz je zajišťován také prostřednictvím taxislužeb, jejichž ceny jsou velmi nízké a činí tak tento způ-

sob dopravy dostupným. V domově dochází k intenzivní rekonstrukci, jejímž prostřednictvím se podaří splnit podmínky nového ubytovacího standardu – poskytovat pobytové služby pouze v jedno a dvoulůžkových pokojích.

Vedle nedostatku pracovníků, z nichž takřka polovina je starších 50 let, zde byla identifikována neuspokojená potřeba dobrovolníků, byť do zařízení chodí vypomáhat také nezaměstnaní, a to prostřednictvím úřadu práce. Ve snaze zajistit si další finance v domově provozují kavárnu a rozvázejí obědy i mimo zařízení. Ve venkovních prostorách se nachází malá nekonečná cesta pro klienty s demencí a v přilehlém parku jsou pěstovány keře a stromy, jejichž plody nejsou jedovaté. Zařízení je držitelem certifikátu E - Qalin.

Příklady dobré praxe:

- ✓ **Přístup k zaměstnancům a benefity** – velmi inspirativní byl přístup k zaměstnancům domova, a to s ohledem na personální krizi, se kterou se podle slov managementu potýkají. Těm zaměstnancům, kteří mají děti do 3 let věku, umožňují pracovat na zkrácený úvazek a rodičům starších dětí nabízejí benefit v podobě dnů pracovního volna na významné školní události dětí (př. první den ve školce a ve škole). Pracovníkům je k dispozici také psycholog a mohou využívat nejrůznější sportovní aktivity, jako například jógu, plavání a volejbal. Právě tento komplexní přístup vnesl domovu opakovaně ocenění za přátelského zaměstnavatele.
- ✓ **Využití chodeb jako prostoru pro drobné individuální pohybové aktivity** – některé chodby v domově jsou vybaveny madly a dalšími prostředky umožňujícími seniorům

vykonání drobných pohybových aktivit, jako například dřepů a procvičování krčních svalů.

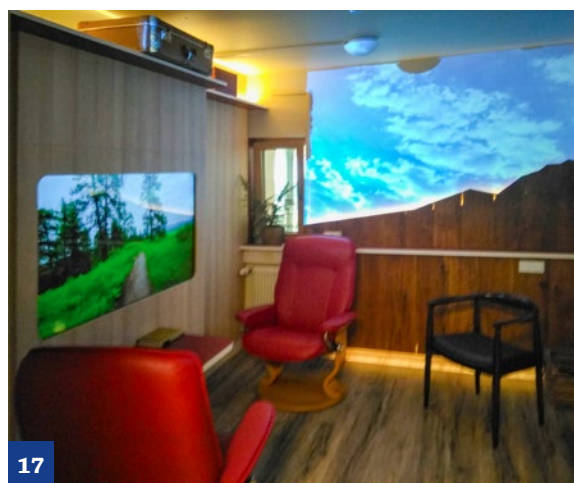


4.2.4 Dom Petra Uzarja Tržič (Domov pro seniory Petra Uzarja Tržič)



Druhým zařízením, které umožnilo exkurzi, byl domov v podhůří Slovinských Alp. Původní budova byla postavena v roce 1978, nicméně v průběhu času zde proběhlo několik přestaveb, které vzhled domova změnilo. V době exkurze zde pečovalo 107 zaměstnanců o 180 klientů ubytovaných převážně v jedno a dvoulůžkových pokojích. V rámci péče o uživatele s Alzheimerovou chorobou (kterých bylo v době návštěvy 25) poskytuje zařízení péči v otevřených skupinách a uživatelé nejsou v pohybu nijak omezováni. Mohou si při svém nástupu do domova přinést vlastní nábytek a nechat si vymalovat pokoj

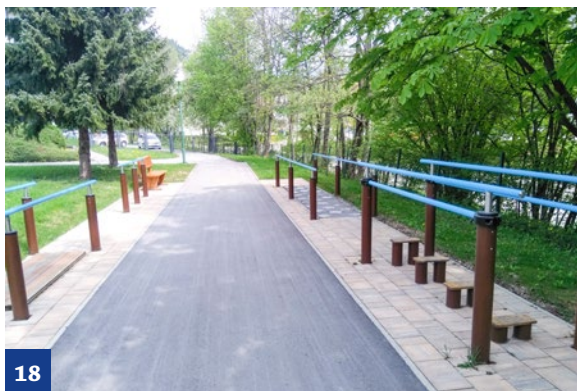
podle svého přání. V praxi je zde uplatňován koncept bazální stimulace a aromaterapie, klienti mají možnost pečovat o květiny, pěstovat bylinky a péct sušenky. Disponují také pomůckami pro rozvoj haptiky, pocitů a zážitků (chůze po kamení, simulátor jízdy vlakem a pobytu v lese). K dispozici je také speciální místnost pro doprovázení umírajících. Zařízení je provozova-



né neziskovou organizací a významnou roli tak hraje udržování vztahu s veřejností (PR). Zařízení pravidelně informuje o činnosti prostřednictvím svého časopisu a webu a ve spolupráci s místním tiskem se snaží přispívat k vytváření pozitivního obrazu pobytových sociálních služeb v regionu a v celém Slovinsku. Prakticky se proaktivní přístup k řízení PR projevilo také během exkurze. Ředitelka domova přizvala redaktorku místního tisku, která se zajímala o účel projektu, exkurze a dojmy z návštěvy. Svůj článek následně publikovala na webových stránkách. Na francouzské partnery tento domov mimořádně zapůsobil svou atmosférou a přirovnávali ho k živému organismu. Obdivovali například dostatek světla a místa, umístění květin, použití teplých barev, parketových podlah, vkusné dekorace vytvářející útulnou domácí atmosféru a velkou rozmanitost vnitřních prostor – koutek s krbem, kuchyňský kout, salonek a podkrovní prostor pro rukodělné práce.

Příklady dobré praxe:

- ✓ **Cvičební stroje** – zahrada domova je vybavena jednoduchými cvičebními stroji a náradím, které klientům umožňuje individuální rehabilitaci a mobilizaci. Domov monitoruje a vyhodnocuje využívání těchto rehabilitačních prvků a z výsledků je zřejmé, že u 40 % klientů došlo k prokazatelnému zlepšení jejich pohybových funkcí.



- ✓ **Domácí a přátelská atmosféra v zařízení pro všechny zainteresované** – za využití vhodných doplňků je možné vytvořit prostor, který na klienty působí důvěryhodně a přitom poskytuje potřebné zázemí i personálu, který má k dispozici částečně prosklené pracovní místnosti na jednotlivých patrech, odkud může kontrolovat klienty na chodbách. V domově je u vstupu situována kavárna nabízející příjemný prostor pro posezení s příbuznými, kteří přijdou na návštěvu.

4.2.5

Dom Danice Vogrinec Maribor (Domov pro seniory Danice Vogrinec Maribor)

Domov pro seniory Danice Vogrinec Maribor je zařízení, které je soustředěno ve čtyřech patrových budovách, přičemž každá má kapacitu 200 klientů. Z pohledu péče o lidi s demencí je zde poskytována služba 167 klientům, ale toto číslo každoročně stoupá. Celková filozofie domova je



být plnohodnotnou součástí mariborské komunity a v souladu s tím zapojují klienty s nižším stupněm demence do všech aktivit. V den návštěvy probíhal koncert ženského pěveckého sboru a v publiku byli přítomni i klienti s demencí. V rámci diskuzí a prohlídky zařízení opět rezonovaly dva základní okruhy problémů – nedostatek pracovníků a dobrovolníků a problém s přechodem na nový standard po roce 2021 – splnění maximálně dvou lůžek na pokoj.

Z pohledu financování bylo velmi zajímavé porovnat investice, které byly v nedávné době zaměřeny na obnovu infrastruktury, konkrétně na dostavbu a přestavbu kuchyně. Novou kapacitu kuchyně využívá zařízení nejen pro rezidenční služby, ale ve všední dny poskytuje i rozvoz obědů potřebným seniorům v Mariboru. V domově provozují komunitní centrum, kde v době návštěvy právě probíhalo cvičení seniorů. Na aktivity komunitního centra pravidelně docházejí jak klienti domova, tak i zájemci z širokého okolí. Klienti mají možnost přivést si s sebou vlastní

nábytek; v případě využití vlastního televizního přijímače ale musí počítat s poplatkem ve výši 0,20 € za den. Zařízení standardně pracuje s nástroji reminiscenční terapie, jako jsou nástěnky se starými rodinnými fotografiemi a reminiscenční knihou. Domov je také nadstandardně vybaven v oblasti rehabilitace včetně lékařských přístrojů, jako je například ultrazvuk.

Příklady dobré praxe:

✓ **Spolupráce s místní samosprávou a vnímání sociální služby jako kontinuální součásti života města** – do českého prostředí je přenositelná spolupráce manažerů sociálních služeb s místní samosprávou a zapojování residenčních sociálních služeb do veřejného života města. V Mariboru se jedná o formu happeningů a kulturních akcí, při kterých jsou klienti pobytových služeb v jim odpovídající a nepoškozující formě reintegrovaní do většinové společnosti.

Veřejné akce pořádané domovem se stávají tradičními společenskými a kulturními akcemi celého města, a to proto, že zpravidla nejsou organizovány pouze v domově, ale jsou provozovány na veřejných místech. Při prezentaci života v domově byl účastníkům promítnut sestřih z konaných akcí – běh ulicemi města za doprovodu motokářů, fotbalový zápas, chůze po laně, ukáзка cvičení s nunčaky a rockový koncert



– ve všech těchto aktivitách byli zapojeni právě klienti domova. Klip doprovázela hesla jako „Respect and love to all generations“ „Long term care? NO – Long term life! YES“ „No prejudice“ „No taboos!“ „Live and let live!“

4.2.6 Spominčica – Alzheimer Slovenija – Slovensko združenje za pomoč pri demenci, Ljubljana (Spominčica – Alzheimer Slovenija – Slovinská asociace pro pomoc při demenci, Ljubljana)

Nejedná se o zastřešující profesní organizaci, ale o organizaci zaměřenou na problematiku Alzheimerovy nemoci v celé společnosti. Vyvíjí permanentní kampaně a aktivity a velmi energicky se podílí na celoevropské osvětě v oblasti Alzheimerovy nemoci. Dle slov předsedkyně sdružení Štefanije Lukič Zlobec je v oblasti Alzheimerovy nemoci nejdůležitější včasná diagnostika této nemoci, která by měla být obecnou snahou všech typů sociálních služeb, protože existují dostupné prostředky, kterými se nemoc dá léčit. Sdružení Spominčica má velkou zásluhu na tom, že se podařilo prosadit celou novou strategii přístupu k demenci ve Slovinsku. Strategie se soustředí na jedince a jeho potřeby, k jejichž uspokojení je zapotřebí koordinované a citlivé nakládání s jeho právy a multidisciplinární péče.

Příklady dobré praxe:

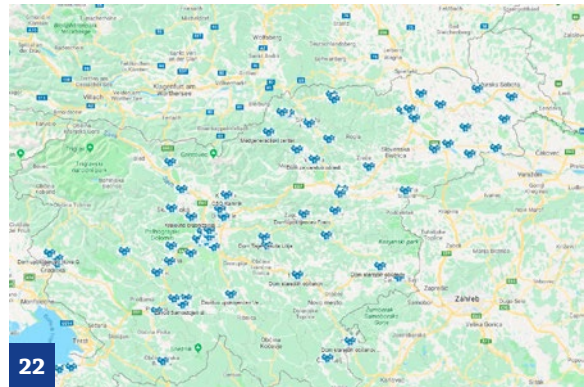
✓ **Alzheimerovy kavárny** – nejedná se o kavárny ve smyslu místa, kde se prodává káva, ale spíše o místa setkávání. Setkávají se jak lidé s Alzheimerovou nemocí mezi sebou, tak ti, kteří o ně pečují, jejich příbuzní a také zástupci různých místních sdružení a samospráv. Místem setkávání může být zmíněná kavárna, ale častěji jsou to například knihov-

ny nebo i kostely. Setkávání probíhá pravidelně – nejčastěji jednou za 2 měsíce, a to již na 160 místech po celém Slovinsku. První kavárna se uskutečnila v roce 2012 a navštívilo ji více než 100 osob. Struktura kavárny je taková, že pozvaný expert na problematiku, například lékař nebo zástupce sdružení Spominčica, přednese příspěvek na aktuální téma a následuje diskuze. Účastníci se tedy dozvědí nové informace a mohou si vzájemně vyměňovat zkušenosti.



✓ **Místa přátelská demenci** – jedná se o zajímavý projekt, jehož prostřednictvím se stávají veřejná místa tzv. přátelskými k lidem s demencí. Do projektu se mohou zapojit například pobytová zařízení sociálních služeb, nemocnice, střediska sociální práce, pošty, banky, obchody, policejní stanice, úřady atd.

Podle typu zapojené instituce je připraveno jednodenní školení jejích zaměstnanců, a to tak, aby věděli, co to demence je, jak se projevuje, aby byli schopni hovořit s lidmi s demencí, uměli jim poradit a pomoci nebo aby věděli, na koho se mohou příbuzní nemocného obrátit. V době psaní tohoto sborníku bylo v celém Slovinsku 73 takto certifikovaných míst. V České republice již funguje podobný model certifikace s názvem



Přátelská místa. Ten je zaměřen také na veřejné instituce, ve kterých jsou zaměstnanci proškolení v jednání se zákazníky/návštěvníky s různými omezeními nebo znevýhodněními. Neměl by být tedy velký problém tento příklad dobré praxe ze Slovinska aplikovat v českém prostředí.

4.2.7

Center za starejše občane Lucija (Centrum pro seniory Lucija)

Jedná se o moderní soukromé zařízení vybudované v roce 2008, které nabízí pouze jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje a v nabídce má také apartmány s balkónem a výhledem na přístav.



V době návštěvy byla kapacita domova – 164 míst – naplněna. Jistě je to dáno jeho atraktivní lokalitou na břehu moře. Je zde pečováno jak o těžce tělesně postižené klienty, tak i o ty, kteří by v podmínkách ČR ještě neměli na tento typ sociální služby nárok – sociálním šetřením by totiž nebyla zjištěna závislost na pomoci jiné osoby. Zajímavostí byla pracovní doba praktického lékaře v zařízení, který půl dne pracuje pro klienty domova a druhou polovinu pro ostatní – tedy nerezidenty. Klientům je k dispozici restaurace a služby, jako pedikúra a kadeřnictví.

Příklady dobré praxe:

- ✓ **Označení schodů** – označením schodů jsou klienti motivováni k samostatnému pohybu a ukazuje jim to, že není potřeba velkých pohybových výkonů. Na konci schodiště byla umístěna cedulka nadepsaná „Chůze po schodech – malé kroky, velký účinek“ a „10 schodů = 1 kalorie“. Cedulka také informuje o tom, že postačí 7 minut chůze nebo běhu po schodech denně a snižuje se tak riziko infarktu na polovinu a že chůzí po schodech se spotřebává až 9x více energie než při sezení nebo až 7x více než při jízdě výtahem.



- ✓ **Individuální přístup ke klientovi** – v zařízení kladou důraz na tzv. případové konference, na kterých je každému klientovi věnován určitý čas s cílem, aby všichni zaměstnanci refletovali vývoj jeho individuálních potřeb. Druhým příkladem individuálního přístupu je

pravidelné měsíční setkávání klientů s šéfkuchařem, na kterém mají možnost významně ovlivnit kvalitu stravování v zařízení.

4.3 Francie

Poslední zahraniční studijní cesta v rámci projektu se uskutečnila do Francie na přelomu září a října 2018. První den programu proběhlo bližší seznámení se systémem sociálních služeb ve Francii, s cílem a aktivitami partnerské asociace FNAQPA a také s jejich vzdělávacím centrem GERONFOR. Vzdělávací centrum GERONFOR nabízí širokou škálu vzdělávacích programů z nejrůznějších oblastí, jako jsou například péče o seniory, péče o osoby s demencí, péče o osoby se zdravotním postižením, práce s rodinou, etická dilemata, rozvoj profesních schopností, aktivizační techniky, výživa, manažerské dovednosti apod. Obsah vybraných kurzů z katalogu GERONFOR pro rok 2019 byl přeložen do českého jazyka a bude inspirací pro akreditované vzdělávací programy, které bude nabízet Institut vzdělávání APSS ČR. Příprava akreditací těchto programů je naplánována na červen až srpen 2019, do nabídky budou zařazeny od ledna roku 2020. Cílem vzdělávacího centra GERONFOR je vzdělávat a profesionalizovat pracovníky pobytových zařízení sociálních služeb prostřednictvím interních i externích vzdělávacích programů. Centrum funguje již od roku 1993 a je specializováno na celoživotní vzdělávání v gerontologii. V době psaní tohoto sborníku má centrum 530 zákazníků, každý rok systematicky proškolí na 9 000 pracovníků ve více než 1 000 kurzech s dotací 150 000 hodin. Školení vede 400 lektorů a celkový obrat vzdělávacího centra je 2,5 milionu €. Samotná nabídka vzdělávacího centra je rozdělena do 20 tematických okruhů.

Centrum se snaží na poli gerontologie přinášet nové poznatky za pomoci vědeckého a vzdělávacího výboru, jehož členy jsou samotní školitelé a odborníci na problematiku stárnutí z řad členů FNAQPA. GERONFOR je držitelem mezinárodního certifikátu kvality ISQ OPQF, který je dokladem vysoké úrovně odborníků a lektorů. Certifikát se vztahuje také na samotnou organizaci a jeho prostřednictvím je uznáno také její know-how. Autorita, která certifikát uděluje, byla zřízena v roce 1994 z podnětu Ministerstva práce, zaměstnanosti a odborného vzdělávání. Aby mohla vzdělávací organizace tento certifikát získat, musí kromě samotné úrovně a kvalifikace lektorů prokázat také například svou finanční kondici a doložit reference svých zákazníků. Certifikát ISQ OPQF je také nástrojem pro neustálé zlepšování uvnitř oceněné organizace. Certifikace je platná 4 roky, poté je nutné předložit nový akční plán.

Certifikovaná organizace se také zaváže k tomu, že její školitelé budou dodržovat tzv. Chartu profesionálního chování, má povinnost zasílat výroční zprávy o své činnosti a předávat certifikační autoritě životopisy nově přijatých školitelů.

Odpolední část programu prvního dne byla věnována vzdělávacímu programu Pečovatel v gerontologii (Assistant de Soins en Gérontologie), který je zaměřen na profesionální pečovatele. Jedná se o novou kvalifikaci, která je výsledkem Plánu Alzheimer, který inicioval bývalý francouzský prezident Nicolas Sarkozy mezi lety 2008 až 2012. Centrum GERONFOR bylo supervizorem celého programu. Do roku 2012 chtěla vláda proškolit více než 4 000 pracovníků. Jelikož se jednalo o součást národního plánu, bylo financování zajištěno prostřednictvím ná-

rodních zdrojů. Pečovatel pracujícímu s klienty s kognitivními poruchami byl po absolvování tohoto programu při plném pracovním úvazku přiznán bonus ve výši 90 € hrubého příjmu měsíčně. Obecným cílem programu je rozvíjet schopnosti profesionálních pečovatelů o klienty s Alzheimerovou nemocí a podobnými poruchami.

Konkrétní cíle jsou následující:

- profesionalizovat péči a osvojit si techniky péče přizpůsobené lidem s vysokým stupněm závislosti a kognitivními poruchami;
- být schopen hledat význam v poruchách chování, spolehnout se na dovednosti osoby s Alzheimerovou nemocí a rozvinout s ní uklidňující a empatický vztah;
- doprovázet rodiny klientů, kteří mají Alzheimerovu nemoc a poskytnout jim účinnou podporu a pomoc.

Jedná se o rozsáhlý 140hodinový program (20 dnů) s přesně stanoveným obsahem, který musí pečovatel absolvovat celý bez ohledu na to, zda již některé zkušenosti, které jsou předmětem vzdělávacího programu, má. Program je organizován tak, aby pečovatel mezi jednotlivými školícími dny měl možnost uplatnit získané poznatky v praxi.

Program je rozdělen do 5 modulů zaměřených na 5 klíčových oblastí péče:

- 1. modul v délce trvání 35 hodin – účelem je naučit se identifikovat potřeby nemocného člověka tím, že se zvýší znalosti pečujícího o samotné nemoci a souvisejících poruchách.
- 2. modul v délce trvání 21 hodin – cílem je zajistit odpovídající podporu po celý den prostřednictvím identifikace emočních, sociálních a kulturních zvyklostí klienta.

- 3. modul v délce trvání 28 hodin – je zaměřen na navázání vztahu a na to, jak přizpůsobit jednání osobě s významnými kognitivními poruchami.
- 4. modul v délce trvání 28 hodin – cílem je monitorování a vykazování nadcházející změny v chování na základě pochopení psychologických a behaviorálních příznaků.
- 5. modul v délce trvání 28 hodin – cílem je provádět náležitou péči s ohledem na autonomii a soukromí klienta.

V průběhu programu se využívá celá řada vyučovacích metod počínaje prezentacemi a workshopy zaměřenými na sdílení zkušeností, přes samotné návštěvy u lidí s kognitivními poruchami a praktickým nácvikem jednání s nimi až po přípravu ve skupinách před každým vzdělávacím modulem a zpracování případových studií.

Ve vyučování se střídá celý multidisciplinární tým ve složení gerontolog, klinický psycholog, zdravotní sestra, dietetik a psychomotorický terapeut. Vzdělávací program Pečovatel v gerontologii absolvovalo mezi lety 2010 a 2017 na 20 000 lidí s tím, že 70 % z nich byli účastníci v rozmezí 35 až 54 let věku a z 89 % se jednalo o ženy.

Dopad programu je velký a jeho pozitivní výsledky lze rozdělit do 4 skupin podle vlivu na zainteresované skupiny:

1. Vliv na samotné absolventy – pečovatele
2. Vliv na seniory s demencí
3. Dopad na rodiny nemocných
4. Dopad na poskytovatele sociálních služeb

Absolventi – pečovatelé rozvinou své schopnosti pro zaměření na specifickou část populace, která trpí demencí a jako přidanou hodnotu získají certifikát, jehož prostřednictvím mohou dokládat úroveň svých schopností a posílí se jejich motivace pro práci. Dalším pozitivem je jejich zlepšená schopnost porozumění pacientům, snížení míry stresu z neznámých situací a posílení empatie. Samotní senioři pak mohou za benefit považovat logičtější řízenou podobu péče, která spočívá v novém pohledu na jejich nemoc, osobnějším přístupem a omezení užívání léčiv.

Díky kurzu je pečovatel také dostatečně vybaven k důstojné a empatické komunikaci s rodinnými příslušníky nemocných. U poskytovatelů sociálních služeb je dopad pozorovatelný v lepším porozumění mezi pracovním týmem a klienty, kolektiv také získá poradce, který umí řešit řadu konkrétních situací a může se o ně podělit s kolegy. Díky získaným poznatkům pak může proškolený zástupce šířit příklady dobré praxe mezi ostatní kolegy.

Druhý a třetí den studijní cesty proběhly exkurze v pobytových zařízeních a také ve specializované formě bydlení – tzv. seniorských vesničkách. Popis příkladů dobré praxe, které byly v zařízeních identifikované, následuje níže.

Čtvrtý den byl po exkurzi v jednom zařízení účastníkům prezentován specializovaný vzdělávací program zaměřený na pacienty s Alzheimerovou nemocí. Pátý den proběhla opět exkurze a dále prezentace s názvem Citoyenne'Age.

4.3.1 FÉDÉRATION NATIONALE AVENIR ET QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES AGÉES (FNAQPA), Lyon



25

FNAQPA byla založena v roce 1991 a je jednou z hlavních profesních organizací v péči o seniory. Jejími členy jsou neziskoví poskytovatelé typu pobytových sociálních služeb, živých komunit a poskytovatelé domácí péče. V době psaní tohoto sborníku šlo celkem o 251 organizací poskytujících 509 služeb. Cíle a poslání FNAQPA jsou následující:

- reprezentovat a informovat své členy, bránit jejich zájmy a být konstruktivní silou ve veřejném prostoru;
- podporovat a zlepšovat kvalitu života a image poskytovatelů a sociálních služeb prostřednictvím inovací a nových projektů;
- vzdělávat a školit pracovníky, a to jak členů, tak nečlenů;
- podporovat všechny druhy poskytovatelů v inovacích, diverzifikaci, projektech a pozitivních změnách smýšlení a vzorců chování;
- organizovat konference a pravidelný kongres s názvem GERONFORUM.

FNAQPA má 36 zaměstnanců a dalších 30 regionálních zástupců a její celkový roční obrat je 4 miliony €.

4.3.2 EHPAD³¹ Marguerite Dethel, Lyon



26

Domov Marguerite Dethel byl založen již v roce 1858 a nyní je spravován neziskovým sdružením. V roce 2014 se přestěhoval do nové budovy postavené na zalesněném pozemku v rezidenční čtvrti Tassin-la-Demi-Lune na severozápadě Lyonu. V sousedství domova vybudovalo sdružení dům Églantine, ve kterém se nachází 20 nájemních bytů pro seniory, kteří jsou samostatní, ale přejí si bydlet v bezpečí. Také těmto seniorům jsou k dispozici služby domova Marguerite Dethel: stravování, 24hodinová péče, prádelna, animační programy aj. Domov Marguerite Dethel nabízí rezidentům pobyt při respektování jejich důstojnosti, identity a vlastních hodnot s těmito cíli:

- kvalitní bydlení;
- kvalita osobního a společenského života klientů;
- duchovní, psychická a morální podpora pro ty klienty, kteří chtějí;
- rozvoj spolupráce se zdravotními, sociálními i společenskými organizacemi.

³¹ EHPAD je zkratka z francouzského établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Jde o pobytové zařízení pro seniory se závislostí a je nejčastější formou institucionální péče ve Francii. Je definováno jako zdravotně-sociální instituce, domov s pečovatelskou službou a souvisejícími službami: stravování, lékařská péče a pomoc.

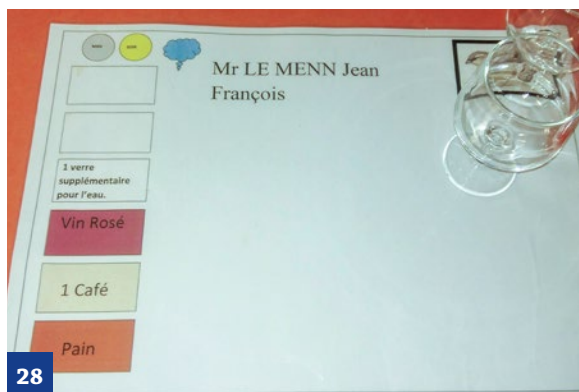
Péče o klienty je zajištěna pod vedením lékařsko-koordinátora péče, pečovatelský tým je složený ze zdravotních sester, terapeutů, psychologů, fyzioterapeutů a pomocného pečovatelského personálu. Domov nabízí denní aktivity, také s pomocí dobrovolníků např. společné vaření, promítání filmů, sborový zpěv, stolní hry, výlety, duchovní službu. Sazby úhrady za pobyt stanoví Generální rada regionu Lyon. Instituce má nárok na příspěvek pro osoby, které nemají dostatečné prostředky. V blízkosti domova se nachází centrum aktivit a péče, kde se snaží za pomoci vhodných technik, například paměťových her, zachovat motorické schopnosti klientů a podpořit je v samostatném rozhodování.

Příklady dobré praxe:

- ✓ **Označení společných prostor** nebo prostor určených pro aktivizace a terapie pomocí vhodných piktogramů srozumitelných pro seniora, obzvláště pak pro seniora s demencí.



- ✓ **Individuální prostírání pro klienty** – v jídelně domova, pro kterou je používán



pojem restaurace, je využíváno zvláštní prostírání, které podává informace o tom, co si klient k jídlu přeje, tedy jaký typ nápoje a pořadí jídla. Toto prostírání je navíc pomůckou pro lepší orientaci personálu.

4.3.3 EHPAD³² Vilanova Corbas, Lyon



Domov otevřený v únoru 2018 má kapacitu 106 jednolůžkových pokojů, 12 míst je vyčleněno pro osoby s demencí a klienti mají k dispozici také pokoj pro páry (tzv. svatební pokoj). V domově je k dispozici také jídelna, ve které mohou obyvatelé poobědvat odděleně ve společnosti svých příbuzných. Některé skutečnosti, které účastníci stáže v domově viděli, ovšem není možné označit za dobrou praxi. Například toalety bez sedacích i příklopných prkének, trvale otevřené dveře do pokojů a pobývání klientů v pyžamech a inkontinenčních pomůckách ve společenských prostorách byly příkladem toho, že důstojnost klienta je zde zajišťována spíše po stránce zdravotní než sociální. Ne na všech pokojích byly polohovací postele – někde se nacházely pouze nízké válendy.

³² EHPAD je zkratka z francouzského établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Jde o pobytové zařízení pro seniory se závislostí a je nejčastější formou institucionální péče ve Francii. Je definováno jako zdravotně-sociální instituce, domov s pečovatelskou službou a souvisejícími službami: stravování, lékařská péče a pomoc.

Příklady dobré praxe:

- ✓ **Vybavení praktickým nábytkem**, který usnadňuje manipulaci – židle a stoly s pojezdovými kolečky.



30

- ✓ Tzv. **svatební pokoj** – jedná se o místnost pro páry, které jinak žijí v domově odděleně, ale v tomto pokoji se mohou scházet a trávit zde společné chvíle. Z pohledu poskytovatele se jedná o dobrou myšlenku, jejíž realizace stojí minimum finančních prostředků.

4.3.4**La Maison d'Annie, Saint-Étienne (Domov pro seniory d'Annie, Saint-Étienne)**

31

Toto pobytové zařízení sociálních služeb (spravováno neziskovou organizací) sídlí v moderní budově z roku 2007 je obklopeno zelení. Prioritou je zachování rodiny a sociálních vazeb. Domov nabízí rezidentům různé aktivity v místě i výlety mimo domov. Návštěvy, pozvání rodin a příbuzných na společné jídlo i sociální poradenství jsou služby, které podporují častý pobyt

a zapojení rodinných příslušníků. Rezidence je otevřeným domem, udržuje spojení mezi obyvateli a místní komunitou, propojuje ve svém prostoru řadu zainteresovaných subjektů – profesionály, sdružení, dobrovolníky a podporuje různé typy projektů.

V tomto domově proběhly dva workshopy, jejichž zaměření se prolínalo. První z nich s názvem „*Společenská odpovědnost firem ve službách pro seniory*“ byl zaměřen na koncept praktické aplikace zásad udržitelného rozvoje a druhý na stravování seniorů. Obecným cílem společensky odpovědného přístupu pro oblast služeb pro seniory je lepší kvalita života při respektování životního prostředí a dobrých životních podmínek jak pro klienty, tak pro zaměstnance domovů. Samotný projekt udržitelného rozvoje je realizován za účasti společnosti Sodexo a zapojilo se do něj 500 domovů napříč celou Francií. Jeho prostřednictvím se daří vylepšovat spokojenost klientů a to právě zaměřením na stravování. Jídlo totiž hraje v pocitu spokojenosti seniorů velkou roli. Podařilo se také snížit počet podvyživených seniorů. Téměř 45 % těch, kteří jsou přijímáni do pobytových zařízení, je podvyživených. Dalším úspěchem je snížení potravinového odpadu o 30 až 50 %. Bylo totiž identifikováno, že se v domovech ve Francii vyhodí ročně až 115 000 tun potravin. Úspory, kterých se prostřednictvím dodržování zásad udržitelného rozvoje a spolupráci se společností Sodexo podaří dosáhnout, mohou být následně reinvestovány do zvýšení nutriční a chuťové kvality potravin. A právě kvalita samotných potravin a úprava jídla byla předmětem druhého workshopu. Při něm měli účastníci studijní cesty možnost vidět přípravu jídla pro snadnější polykání a také ho sami ochutnat. Jedná se o příklad dobré praxe, který je blíže popsán dále.

Příklady dobré praxe:



✓ **Vstupní prostor domova řešený v duchu konceptu reminiscence** – středová část vestibulu je určena sezónnímu tématu, které podporuje vzpomínkovou terapii. V době exkurze (na začátku října) byla výzdoba zaměřena na školní léta – staré vybavení školy, školní pomůcky, knihy, fotografie, dokumenty apod.

✓ **Podávání upravovaného jídla** – veškeré jídlo je upravováno tak, aby jej senioři, kteří mají potíže s chrupem, dutinou ústní, případně trpí dysfagií, mohli bez kousání polknout. Nejedná se však o mechanicky upravovanou stravu. Jídlo je tzv. vlhčeno pomocí vývarů,



sirupů a mléka, a to podle druhu a výsledné chuti pokrmu. Jeho konzistence je taková, že si s ní senior poradí nejen pomocí příbory, ale i například tupé plastové lžice. Jídlo je podáváno ve speciálním nádobí, které je udrží dlouho teplé. Nutno podotknout, že pokrmy vypadají tradičně, nejsou rozpoznatelné od běžné porce a mají vynikající chuť.

4.3.5 La Combe St-Victor, Dijon (Domov pro seniory La Combe St-Victor, Dijon)



La Combe Saint-Victor je moderní domov, jehož dvoupodlažní budova připomíná loď. Kapacita je 69 osob v 65 pokojích a 1 pokoj je určený pro dočasný pobyt. Obyvatelé jsou obklopeni zelení, aniž by byli izolováni od okolí. Odborný a kvalifikovaný personál je k dispozici 24 hodin denně. Personál tvoří ředitel, náměstek ředitele, lékař – koordinátor, zdravotní sestry, pečovatelé, psycholog, terapeut, techničtí a administrativní pracovníci. V těsné blízkosti domova je vybudováno rezidenční bydlení pro nezávislé a soběstačné seniory (seniorská vesnička) – Residence Alice & Victor. Apartmánové domky s jedním nebo dvěma byty byly uvedeny do provozu v roce 2018, součástí seniorské vesničky je jeden domek s místností/sálem pro společné aktivity obyvatel. Každý byt má funkční nábytek i veškeré vybavení speciálně navržené tak, aby se přizpůsobovalo postupujícímu věku

obyvatel-nájemců a aby byla zachována jejich autonomie. Splňuje standardy přístupnosti a nabízí nejmodernější zabezpečení a domácí automatizaci. Každý byt má jeden nebo dva pokoje, je vybaven ergonomickou kuchyní, koupelnou se sprchovým koutem s madly, ve svahu nad domky je parkoviště a okolí je osázeno zelení. Nájemce má možnost vybavit si dům vlastním nábytkem a osobními předměty a uspořádat si je dle vlastního přání a potřeby. Všichni obyvatelé žijí v apartmánech nezávisle, ale zároveň mají možnost využívat dle svých potřeb a přání všechny služby a aktivity vedlejšího domova La Combe St-Victor (24hodinová péče 7 dní v týdnu, prádelna, stravování,...).

Rezidence Alice & Victor nabízí také dočasné pobyty na několik týdnů nebo měsíců.

Příklady dobré praxe:

✓ Inteligentní domky v seniorské vesničce



36

– domky jsou vybaveny pohybovými senzory, které „dohlíží“ na každodenní pohyb seniorů a jsou schopny vyslat signál ošetřujícímu personálu v případě, že senior upadne. Zároveň je sledováno také například pouštění vody a v případě, že by senior odešel mimo svůj byt a nechal puštěný vodovodní kohoutek, tak personál o tom dostane zprávu/signál.

✓ Vycházkové trasy ve venkovních prostorech seniorské vesničky – senior si může vy-



37

brat, kterou trasou se vydá z místa A do místa B podle náročnosti. Může zvolit cestu, která vede z části po schodech (označena jako červená), nebo jít po rovině, přičemž tato trasa je o několik kroků delší (označena jako žlutá). Tyto vycházkové trasy je také možné využít pro myšlenkové cvičení – na schodech červené trasy jsou umístěna písmena abecedy a senior je může využít pro to, aby vymyslel zvíře, které bude daným písmenem začínat.

✓ **Doprava po seniorské vesničce** – jak zaměstnancům, tak obyvatelům vesničky jsou k dispozici elektrické tříkolky, které mohou využívat pro přesun mezi jednotlivými domky.

4.3.6

EHPAD Le Patio, Paris

Jedná se o domov na předměstí Paříže specializovaný na seniory s demencí, který je provozovaný



38

vaný neziskovou institucí. Kapacita je 193 lůžek. Součástí zařízení je i speciální oddělení pro agresivní klienty s demencí.

V domově proběhla prezentace na téma psychosociálního modelu Eval'zheimer, který je zaměřen na lidi s Alzheimerovou nemocí. Samotný název je spojením slov Evaluace a Alzheimer a kombinuje dva aspekty péče o lidi s demencí – přizpůsobení prostor jejich potřebám a vzdělávání pečujících. Model vznikl v gesci Fondation Méderic Alzheimer, která byla založena v roce 1999 jako první státem schválená nadace zaměřená na lidi s demencí. Model je založen na tom, že také architektura a vnitřní vybavení prostor, ve kterých pobývají osoby s demencí, může snížit symptomy nemoci a pozitivně ovlivnit kvalitu jejich života. Model Eval'zheimer začal být do zařízení sociálních služeb implementován v roce 2007.

Příklady dobré praxe:

✓ **Nekonečná cesta** – uvnitř domova se nachází nekonečná cesta osvětlená ve dne i v noci bezpečnostními světly. Cesta je doplněná o prosklené atrium, ze kterého senioři mohou pozorovat dominantní skleněnou stěnu, ze které teče voda. Efekt tekoucí vody zvyšuje i střídání barevného osvětlení.

✓ **Zahrada vybavená vhodnými prvky pro seniory** – součástí domova je zahrada s prv-



39

ky, které jsou zaměřeny především na aktivní odpočinek. Senioři mohou trénovat chůzi po rovině, po schůdcích a přes překážky, ale také paměť, rytmus a jemnou motoriku.

✓ **Speciální osvětlení na chodbách** – chodby jsou vybaveny speciálním osvětlením, které reaguje na intenzitu venkovního světla. V podvečer se tedy intenzita osvětlení snižuje, aby si klienti uvědomili, že se blíží čas jít spát.

4.3.7 Résidence L'Abbaye, Saint-Maur-des-Fossés (Domov pro seniory Résidence L'Abbaye, Saint-Maur-des-Fossés)

Zařízení se nachází v jihovýchodní části metropolitní oblasti Paříže a jeho kapacita je 209 osob. Pokoje mají průměrnou plochou 23 m², vlastní koupelnu, telefon a televizní přípojku. Obyvatelé si mohou dovybavit svůj pokoj vlast-



40

ním nábytkem podle svého vkusu. Domácí zvířata jsou vítána. V zařízení je jídelna/restaurace, salonky, snoezelen místnost, wellness a ošetrovny. Na všech podlažích jsou různé společenské prostory a jsou přístupné také osobám se sníženou mobilitou. Z dalších služeb je možné využít bar, kavárnu, čistírnu, krejčovskou dílnu, kadeřnictví a salon krásy. Terasy a park umožňují venkovní aktivity (relaxace, venkovní posezení a stolování pod širým nebem, procházky aj.). Domov velmi dbá na volnočasové aktivity, jejichž realizaci zprostředkovává za pomoci animačního týmu, dobrovolníků a příležitostně pozvaných hostů. Každý den je k dispozici mnoho aktivit přizpůsobených životnímu rytmu obyvatel (např. čtení tisku, cvičení tai-chi, poslech hudby, lukostřelba, výlety do divadla či muzea, oslavy svátků, bleší trhy, je možný pronájem salonku pro setkání a oslavy). Každý pátek jsou nabízeny služby knihovny.

Příklady dobré praxe:

- ✓ **Zapojení obyvatel do života domova** – obyvatelé zaujímají nepopíratelnou roli ve fungování celého domova. Mají možnost podílet se na samotném vedení organizace prostřednictvím rady obyvatel, spolupodílejí se na přípravě jídelníčku, společenských programů a projednávají přání, připomínky a nové návrhy.
- ✓ **Poštovní schránky** – jsou umístěny u vstupu do budovy a evokují bydlení v běžném bytovém domě.
- ✓ **Mateřská škola** – součástí zařízení je mateřská škola, kterou využívají především rodiče z okolí a také zaměstnanci domova. Škola je sice součástí hlavní budovy, ale má svůj vlastní vchod i zahradu, na kterou však vidí obyvatelé



41



42

domova. Děti jsou nedílnou součástí domova, jejich přítomnost se podílí nejen na multigenerační péči, ale i na veselejší atmosféře.

- ✓ **Restaurační menu** – kromě stravy podávané s přihlédnutím k různým dietám, má restaurace domova každý den nabídku několika jídel na stálém jídelním lístku. Jedná se minimálně o pět jídel a z toho je vždy jedno tradiční a jedno jídlo v podobě zeleniny nebo salátu. Rezidenti i návštěvníci domova si mohou objednat a la carte podobně jako v klasické restauraci. Běžně je k jídlu podáváno bílé nebo červené víno, a to dle preference obyvatel.
- ✓ **Divadlo** – součástí domova je i divadlo, které slouží pro kulturní pořady nejen klientům domova, ale i široké veřejnosti žijící v okolí. Je tak podporováno mezigenerační soužití a sousedské vztahy. Podobný příklad propoje-



ní společenského života v pobytovém zařízení s životem okolní komunity byl identifikován v rámci druhé studijní cesty ve Slovinsku – Dom Danice Vogrinc Maribor.

5. Závěr

Spolupráce mezi partnerskými asociacemi APSS ČR, SSZS a FNAQPA bude i nadále pokračovat, a to jak v rovině aktivit vyplývajících z projektu „Přenos zkušeností, znalostí a dobré praxe v oblasti péče o seniory,“ tak i v rovině obecné se zaměřením na kvalitu sociálních služeb v Evropě. Každá organizace zpřístupní tento sborník v elektronické podobě svým členům, čímž bude zajištěno šíření příkladů dobré praxe přímo mezi poskytovateli. Zároveň bude o sborníku informovat svou členskou základnu prostřednictvím pořádaných konferencí a seminářů. Institut vzdělávání APSS ČR, vznikající vzdělávací instituce při SSZS a GERONFOR při FNAQPA využijí při tvorbě a aktualizaci svých vzdělávacích plánů a programů poznatky ze studijních cest a budou usilovat o získání akreditace E.D.E. (EAN). Zároveň budou probíhat jednání o modifikaci Značky kvality v sociálních službách s cílem jejího zavedení alespoň v jedné z partnerských zemí. Aktivity obecné spolupráce mezi jednotlivými asociacemi zaměřené na zlepšování péče o seniory mohou rovněž vycházet

z poznatků získaných během projektu, které lze dále rozvíjet.

Z globálního pohledu nebyly při exkurzích v pobytových zařízeních identifikovány výrazné rozdíly mezi úrovní péče a služeb v jednotlivých zemích. Každá země sice poskytuje služby ve svém vlastním legislativním, finančním i kulturním kontextu, nicméně jak vyplývá z kapitol popisujících jednotlivé systémy, tak například Česká republika a Slovinsko k sobě mají velmi blízko a potýkají se s podobnými problémy. Ve Francii je celý systém více svázaný legislativními nařízeními a kategorizacemi, nicméně díky tomu zde byla identifikována koncepčnější a soustavnější práce zaměřená na problematiku demence. Samotná přenositelnost dobré praxe popsáné v tomto sborníku nyní do značné míry závisí na aktivitě jednotlivých národních asociací (APSS ČR, SSZS, FNAQPA), které pro to ale mají, vzhledem ke svému postavení v jednotlivých zemích, dobré předpoklady.

Zdroje:

Statistická data ČSÚ uveřejněná v dokumentech *Vývoj obyvatelstva České republiky a Projekce obyvatelstva České republiky – 2018–2100*

Statistická data Zastupitelského úřadu ČR v Lublani

Statistická data INSEE Francie (<https://www.insee.fr/en/statistiques/3312960>)

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Česká správa sociálního zabezpečení – Důchodové pojištění (<https://www.cssz.cz/cz/duchodove-pojisteni/ucast-na-pojisteni/doba-pojisteni.htm>)

KRESAL, B. Social protection systems in Europe: Slovenia, University of Ljubljana (<http://www.euro-paong.org/wp-content/uploads/2015/09/EUROPA-CEPSE-SLOVENIA.pdf>)

Ministerstvo práce, rodiny, sociálních věcí a rovných příležitostí, Slovinsko:

a) Institucionální péče (http://www.mddsz.gov.si/en/areas_of_work/social_affairs/social_assistance/institutional_care/)

b) Programy sociální péče (http://www.mddsz.gov.si/en/areas_of_work/social_affairs/social_welfare_programs/)

Alzheimer Europe – National Dementia Strategies, Slovenia (<https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies/Slovenia>)

Materiály a prezentace poskytnuté v rámci návštěv jednotlivých institucí

Seznam fotografií

1. G-centrum Tábor, hlavní budova domova pro seniory
2. G-centrum Tábor, při návštěvě denního stacionáře
3. Domov pro seniory Máj Č. Budějovice, hlavní budova domova pro seniory ve Větrné ulici
4. Domov pro seniory Máj Č. Budějovice, předměty na procvičování kognitivních funkcí
5. Domov důchodců Proseč u Pošné, křídlo hlavní budovy
6. Domov důchodců Proseč u Pošné, nekonečná cesta
7. Domov důchodců Proseč u Pošné, tzv. válečko
8. Domov pro seniory Bechyně, hlavní budova domova pro seniory
9. Domov pro seniory Bechyně, Zámecká hospůdka
10. Gerontologické centrum v Praze 8, pohled ze zahrady (Zdroj: <http://gerontocentrum.cz/>)
11. Gerontologické centrum v Praze 8, internetová kavárna pro seniory
(Zdroj: <http://gerontocentrum.cz/node/27>)
12. Socialna zbornica Slovenije, prezentace aktivit
13. Skupnost socialnih zavodov Slovenije (SSZS), prezentace aktivit
14. Dom starejših občanov Ljubljana Vič – Rudnik, hlavní budova domova pro seniory
15. Dom starejših občanov Ljubljana Vič – Rudnik, chodby pro pohybové aktivity
16. Dom Petra Uzarja Tržič, hlavní budova domova pro seniory
17. Dom Petra Uzarja Tržič, zážitková místnost – simulátor jízdy vlakem
18. Dom Petra Uzarja Tržič, cvičební stroje v zahradě
19. Dom Danice Vogrinc Maribor, hlavní budova domova pro seniory

20. Dom Danice Vogrinec Maribor, spolupráce s místní samosprávou
(Zdroj: <https://www.youtube.com/watch?v=xGoPcR14ZZU>)
21. Spominčica – Alzheimer Slovenija – Slovensko združenje za pomoč pri demenci, Alzheimerovy kavárny (Zdroj: www.spomincica.si/alzheimer-cafe)
22. Spominčica – Alzheimer Slovenija – Slovensko združenje za pomoč pri demenci, mapa míst přátelských demenci (Zdroj: www.spomincica.si/dodatne-dejavnosti/demenci-prijazne-tocke/)
23. Center za starejše občane Lucija, hlavní budova domova pro seniory
24. Center za starejše občane Lucija, označení schodů
25. FÉDÉRATION NATIONALE AVENIR ET QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES AGÉES (FNAQPA), generální ředitel FNAQPA Didier Sapy
26. EHPAD Marguerite Dethel Lyon, hlavní budova domova pro seniory
27. EHPAD Marguerite Dethel Lyon, označení společných prostor
28. EHPAD Marguerite Dethel Lyon, příklad individuálního prostírání pro klienty
29. EHPAD Vilanova Corbas, hlavní budova
30. EHPAD Vilanova Corbas, praktický nábytek
31. La Maison d'Annie, Saint-Étienne, hlavní budova domova pro seniory
32. La Maison d'Annie, Saint-Étienne, vestibul domova pro seniory
33. La Maison d'Annie, Saint-Étienne, podávání upraveného jídla
34. La Maison d'Annie, Saint-Étienne, podávání upraveného jídla - ochutnávka
35. La Combe St-Victor, Dijon, hlavní budova domova pro seniory
36. La Combe St-Victor, Dijon, inteligentní domky v seniorské vesničce
37. La Combe St-Victor, Dijon, značení vycházkové trasy

38. EHPAD Le Patio, Paříž, hlavní budova domova pro seniory
39. EHPAD Le Patio, Paříž, zahrada vybavená vhodnými prvky pro seniory
40. Résidence L'Abbaye, atrium domova pro seniory
41. Résidence L'Abbaye, poštovní schránky
42. Résidence L'Abbaye, mateřská škola
43. Résidence L'Abbaye, divadlo



9 788090 170537 1