

Dlouhodobá stacionární péče ve Švýcarsku

CURAVIVA.CH

VERBAND HEIME UND INSTITUTIONEN SCHWEIZ
ASSOCIATION DES HOMES ET INSTITUTIONS SOCIALES SUISSES
ASSOCIAZIONE DEGLI ISTITUTI SOCIALI E DI CURA SVIZZERI
ASSOCIAZIUN DALS INSTITUTS SOCIALS E DA TGIRA SVIZZERS

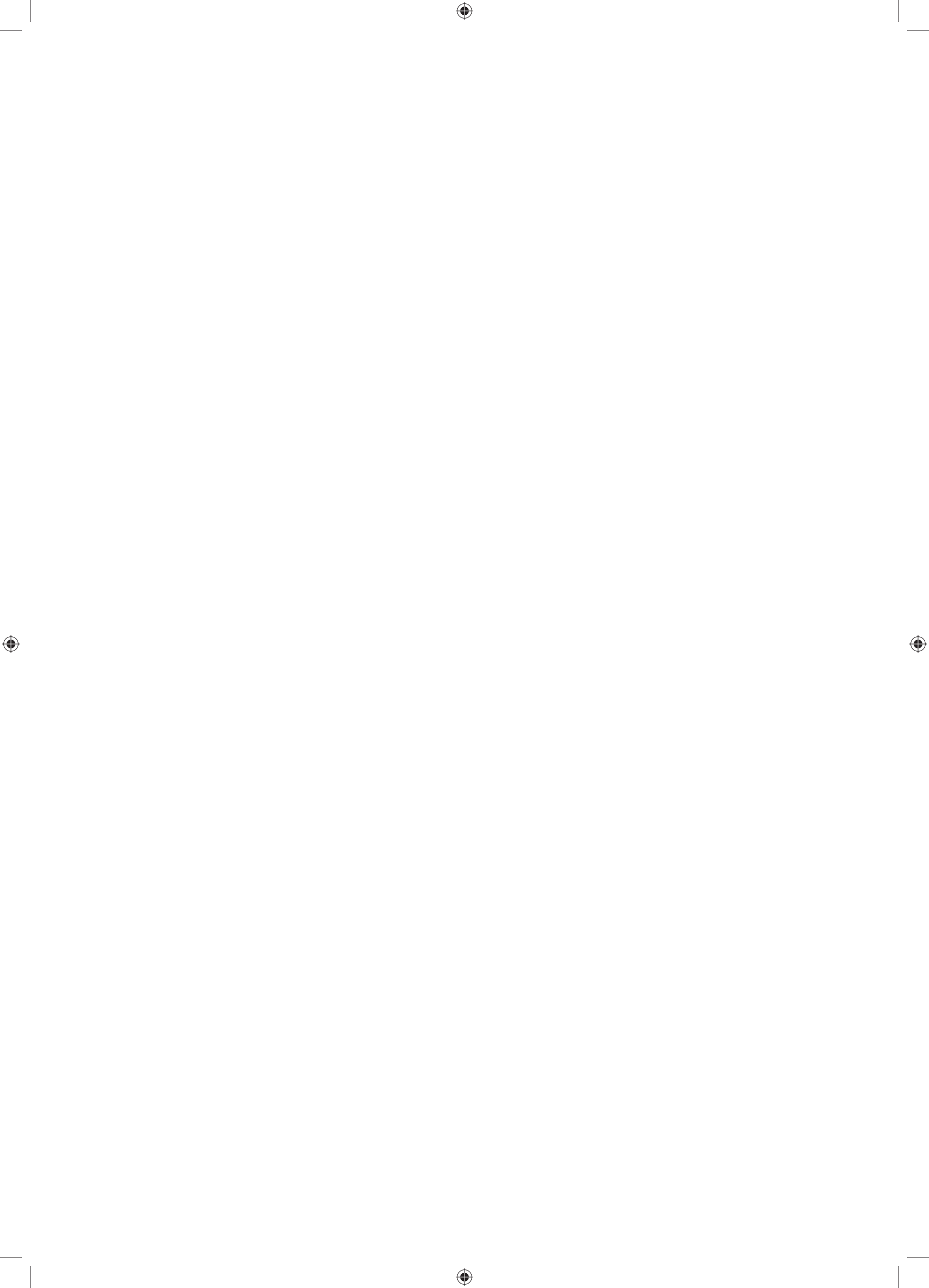


ASOCIACE POSKYTOVATELŮ
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR



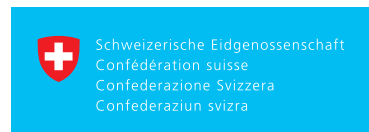
Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Podpořeno z Programu švýcarsko-české spolupráce
Supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution to the enlarged European Union



Dlouhodobá stacionární péče ve Švýcarsku

CURAVIVA.CH
VERBAND HEIME UND INSTITUTIONEN SCHWEIZ
ASSOCIATION DES HOMES ET INSTITUTIONS SOCIALES SUISSES
ASSOCIAZIONE DEGLI ISTITUTI SOCIALI E DI CURA SVIZZERI
ASSOCIAZIUN DALS INSTITUTS SOCIALS E DA TGIRA SVIZZERS



Podpořeno z Programu švýcarsko-české spolupráce
Supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution to the enlarged European Union

Dlouhodobá stacionární péče ve Švýcarsku

Vydala Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky
Kotnovská 137, 390 01 Tábor
IČO 60445831
Tel./fax: +420 381 213 332
www.apsscr.cz



ASOCIACE POSKYTOVATELŮ
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR

V publikaci jsou použity překlady německých originálů:

Stationäre Langzeitpflege in der Schweiz – Ein Bericht von CURAVIVA Schweiz, November 2011
Zum würdigen Umgang mit älteren Menschen – Charta der Zivilgesellschaft, CURAVIVA Schweiz,
Fachbereich Alter (Entwicklung Dr. Heinz Rüegger, Institut Neumünster, Zürich), Mai 2010

První vydání, Tábor 2012

Překlad: theBESTtranslation, Mgr. Lucie Butcher

Redakce překladů: Zdeněk Kašpárek, Mgr. Magda Dohnalová

Odpovědný redaktor: Zdeněk Kašpárek

Grafické zpracování, sazba a tisk: RUDI, a. s., Komenského 1839, 390 02 Tábor

Obsah

Úvod.....	9
Redakční poznámky k českému vydání	11
Dlouhodobá stacionární péče ve Švýcarsku	13
1. Primární pilíře pojištění pro zajištění ve stáří ve Švýcarsku.....	15
1.1. Nemocenské pojištění	15
1.2. Důchodové a pozůstalostní pojištění	16
1.2.1. Starobní důchod	17
1.2.2. Pozůstalostní důchod	17
1.3. Invalidní pojištění (IV).....	18
1.3.1. Zásady	18
1.3.2. Dávky	19
1.3.3. Výpočet výše příspěvku (nárok)	20
1.3.4. Odškodnění pro bezmocnost	21
1.4. Doplnkové dávky (EL).....	21
2. Potřebnost péče a dlouhodobá péče v domovech.....	22
3. Senioři v zařízeních dlouhodobé stacionární péče a v ošetrovatelských zařízeních (pečovatelských domovech).....	24
4. Diferencované nabídky pro osoby vyžadující podporu	28
5. Personál v stacionárních zařízeních péče o seniory a dlouhodobé péče.....	28
5.1. Obecné ukazatele	28
5.2. Prognózy	30
5.3. Zvyšující se rozsah budoucích potřeb pečovatelských a ošetrovatelských služeb	31
5.4. Důvody budoucího zvyšování potřeby ošetrovatelského personálu	32
5.5. Opatření vedoucí ke snížení nebo k zamezení vzniku nedostatku personálu	32
5.5.1. Opatření vedoucí ke snížení potřeby personálu	32
5.5.2. Opatření na udržení personálu	32
5.5.3. Opatření pro nábor nových pracovních sil	33
6. Náklady a financování oblasti stacionární péče a stacionárního ošetrovatelství	33
6.1. Pozadí	33
6.2. Nové financování péče	34
6.3. Celkové náklady na dlouhodobou stacionární péči ve Švýcarsku	35
7. Společná řešení	36
7.1. Integrované zaopatření	36
7.2. Spolupracující partneři	37
7.3. Služby	37
7.4. Stupeň formalizace	37
7.4.1. Minimální řešení stacionární	37

7.4.2.	Minimální řešení ambulantní	37
7.4.3.	Rozsáhlá řešení	38
7.5.	Výsledek a výhled v oblasti společných řešení	38
8.	Kvalita	38
8.1.	Kvalita života v domovech	38
8.2.	Zásady zodpovědného jednání v domovech a v sociálních institucích	40
8.3.	Základní kvalita v domovech pro seniory a v pečovatelských domovech	43
9.	Demence.....	45
9.1.	Úvod	45
9.2.	Pečovatelské a ošetrovatelské postupy při onemocnění demencí	45
9.3.	Kvalita života osob s demencí	46
9.4.	Význam stoupajícího počtu osob s demencí pro stát	47
9.4.1.	Vysoké požadavky na péči	47
9.4.2.	Zvláštní výzvy	47
9.4.3.	Péče a ošetřování osob s demencí v domovech	47
9.4.4.	Formy bydlení pro osoby s demencí ve Švýcarsku	48
9.4.5.	Poznátky vzhledem k architektuře a uspořádání oddělení pro pacienty s demencí v domovech	48
10.	Paliativní péče.....	49
10.1.	Úvod	49
10.2.	Rámec národní strategie paliativní péče	49
10.3.	Paliativní péče v kontextu dlouhodobé péče	51
10.3.1.	Pluralita ošetrovatelských situací	51
10.3.2.	Vysoká, individuální kvalita života v jeho poslední fázi	51
10.3.3.	Krátká doba pobytu	51
10.4.	Paliativní služby v dlouhodobé stacionární péči	52
10.4.1.	Ošetřování symptomů	52
10.4.2.	Vyrovnání se se smrtí a smrtelností	52
10.4.3.	Překonávání ztížené komunikace	52
10.4.4.	Podpora při rozhodování v těžkých situacích	53
10.4.5.	Kontakt s rodinnými příslušníky	53
10.4.6.	Zahrnutí dobrovolníků	53
10.4.7.	Kultura rozloučení	53
10.4.8.	Spolupráce v rámci sítě paliativních služeb	53
10.5.	Finanční náhrady	54
10.5.1.	Základní zaopatření	54
10.5.2.	Částečně specializovaná paliativní péče	54
10.6.	Zajištění kvality paliativní péče	54
11.	Výhled.....	55
11.1.	Nové právo na ochranu dospělých	55
11.1.1.	Úvod	55
11.1.2.	Co se změní se zavedením nového práva na ochranu dospělých?	55
11.1.3.	Co znamená nové právo na ochranu dospělých pro stát?	56
11.2.	Skupiny případů podle diagnózy (Diagnosis related groups – DRG) v domácím prostředí	56
11.2.1.	Úvod	56
11.2.2.	Možné důsledky pro pečovatelské domovy	57

11.2.3. Obecné trendy	57
11.2.4. Šance a rizika pro pečovatelské domovy	58
11.3. Formy a nabídky bydlení	60

12. Příloha: Spitex Schweiz.....	61
12.1. Celkový popis	61
12.2. Služby	61
12.3. Personál	62
12.4. Klientky a klienti	62
12.5. Finance	63

Charta občanské společnosti	65
--	-----------

Seznam tabulek

Tabulka 1: Ukazatele pečovatelských domovů a domovů pro seniory, 2000 a 2008	23
Tabulka 2: Počet lůžek v institucích pro seniory a osoby vyžadující péči podle kantonů, 2000 a 2008	24
Tabulka 3: Podíl staršího obyvatelstva žijícího v zařízeních stacionární péče a v ošetrovatelských zařízeních (v procentech), 1970 až 2000	25
Tabulka 4: Ubytovací místa v domovech pro seniory a pečovatelských domovech podle kantonů, 2009	26
Tabulka 5: Počet krátkodobých a dlouhodobých pobytů ve dnech, 2011	27
Tabulka 6: Dny strávené v domovech pro seniory a pečovatelských domovech (v mil.)	31
Tabulka 7: Přehled nákladů podle stupně potřebné péče	34
Tabulka 8: Celkové náklady v oblasti dlouhodobé péče, 2008	35
Tabulka 9: Vývoj nákladů v pečovatelských domovech, 2006 až 2008, oblast dlouhodobé péče	36
Tabulka 10: Kategorizace základní kvality v domovech pro seniory a pečovatelských domovech	44
Tabulka 11: Počet osob trpících demencí podle věkových skupin ve Švýcarsku, 2010	45

Seznam grafů

Graf 1: Nejvyšší podíly nákladů v základním pojištění, 2009 (v procentech)	15
Graf 2: Tři pilíře švýcarského sociálního systému	16
Graf 3: Procentuální podíl osob žijících v kolektivních domácnostech, podle věku a pohlaví, 1970 a 2000	25
Graf 4: Počet krátkodobých a dlouhodobých pobytů v procentech, 2011	27
Graf 5: Zdravotnický personál v domovech pro seniory a v pečovatelských domovech podle úrovně vzdělání, celé Švýcarsko, 2006 (v procentech)	29
Graf 6: Podíl zaměstnanců v domovech pro seniory a v pečovatelských domovech podle typu vzdělání, 2009	29
Graf 7: Zdravotnický personál v domovech pro seniory a v pečovatelských domovech podle úrovně vzdělání, celé Švýcarsko, 2006 (v procentech)	29
Graf 8: Odhadované dodatečně potřebné pracovní síly v roce 2020 podle úrovně vzdělání (ve srovnání s rokem 2006), celé Švýcarsko, 2009	30
Graf 9: Celkové provozní náklady podle hlavních nositelů nákladů, 2009, v CHF	35
Graf 10: Nejčastější diagnózy u seniorů v institucích	45
Graf 11: Pyramida národní strategie paliativní péče	50



Úvod

Spolupráce mezi Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR a švýcarskou asociací CURAVIVA Schweiz začala návštěvou zástupců členů prezidia APSS ČR ve Švýcarsku na jaře r. 2010. Od té doby se tato mezinárodní součinnost rozvíjí nejen v rámci projektu podpořeného z Fondu Partnerství Programu švýcarsko-české spolupráce a jeho aktivit, ale také v již konkrétních plánech pokračování této kooperace.

Mezinárodní projekty tohoto typu vedou vždy k vzájemnému obohacení, k navázání dílčích přátelství a partnerství a k recipročním bilaterálním vztahům. Odborná studie o dlouhodobé stacionární péči ve Švýcarsku představuje jen zlomek výsledků z naší švýcarsko-české spolupráce.

Ing. Jiří Horecký, MBA

Studijní cesta do Švýcarska české odborníky seznámila se společností CURAVIVA Schweiz

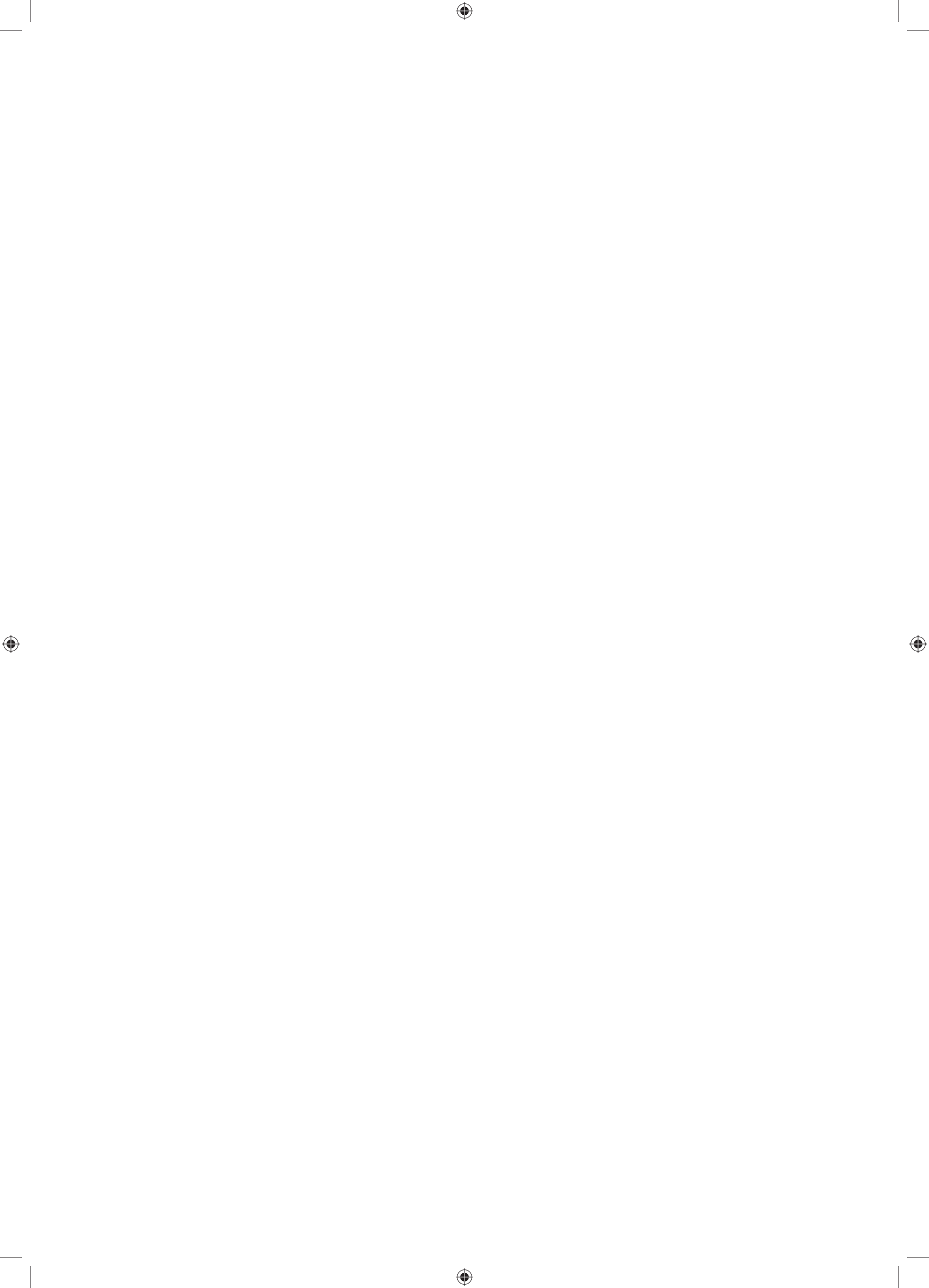
V rámci česko-švýcarského projektu „Přenos know-how a dobré praxe“ zaměřeného na výměnu zkušeností, znalostí a dobré praxe v oblasti poskytování sociálních služeb proběhla ve dnech 26. 6. – 2. 7. 2011 studijní cesta do švýcarských kantonů Bern a Luzern. Z české strany se jí účastnili zástupci zařízení poskytujících sociální služby, zástupci MPSV a APSS ČR. Průvodcem po celou dobu pobytu byla partnerská organizace celého projektu CURAVIVA Schweiz, která pro české účastníky zajistila bohatý program. Cílem pobytu bylo představení sociálního systému Švýcarska, jeho financování, seznámení se se vzdělávacím systémem, exkurze do několika zařízení nabízejících různé druhy sociálních služeb a v neposlední řadě výměna zkušeností z obou zemí.

Součástí programu byla návštěva sídla partnerské organizace CURAVIVA, asociace sdružující poskytovatele sociálních služeb ve Švýcarsku. Vznikla 1. 1. 2003 a začala působit v oblasti péče o seniory, o dospělé s postižením a o děti a mladistvé se zvláštními potřebami. Byla tvořena kantonálními sekcemi a institucemi z německy mluvící části Švýcarska. V roce 2006 se stala zastřešující organizací pro celé Švýcarsko, přistoupily i kantony z italské a francouzské části země. Členskou základnu tvoří cca 2350 organizací s více jak 105 000 lůžky, což představuje 90% všech institucí v tomto oboru. S tímto počtem členů má silnou vyjednávací pozici a může využít referenda k prosazení svých cílů (referendum je důležitou součástí švýcarského politického systému, obyvatelé mají nejen právo volit, ale prostřednictvím referenda mohou hlasovat o zásadních otázkách; pro vyhlášení referenda je třeba 50 000 podpisů, pokud se jedná o změnu ústavy, je třeba 100 000 podpisů). CURAVIVA zastupuje své členy na celostátní úrovni vůči politickým instancím, úřadům, státní správě a jiným národním organizacím a svazům.

Celý pobyt byl nabit exkurzemi zařízení poskytujících různé typy sociálních služeb (domov pro osoby s mentálním postižením, domov pro seniory, stacionář pro děti a dospělé s mentálním postižením apod.). Účastníci měli také možnost navštívit budovu Parlamentu a dále vyslechnout řadu odborných přednášek na zajímavá témata, jako je paliativní péče, péče o osoby trpící demencí, systém sociálních služeb ve Švýcarsku, vzdělávání v sociální oblasti atd.

Návštěva ve Švýcarsku byla v mnohém podnětná, účastníci řadou otázek během přednášek zahájili zajímavé diskuze a zkušenosti se vyměňovaly i během neformálních rozhovorů po skončení oficiálního programu.

Mgr. Magda Dohnalová



Redakční poznámky k českému vydání

Struktura a financování sociálních služeb ve Švýcarsku se od českých reálií v několika důležitých bodech liší. V důsledku těchto skutečností není možné v této publikaci vždy přesně vystihnout terminologii tak, aby byla čtenáři orientujícímu se v segmentu sociálních služeb České republiky dostatečně srozumitelná. Proto považujeme za vhodné připojit k publikaci několik vysvětlujících poznámek.

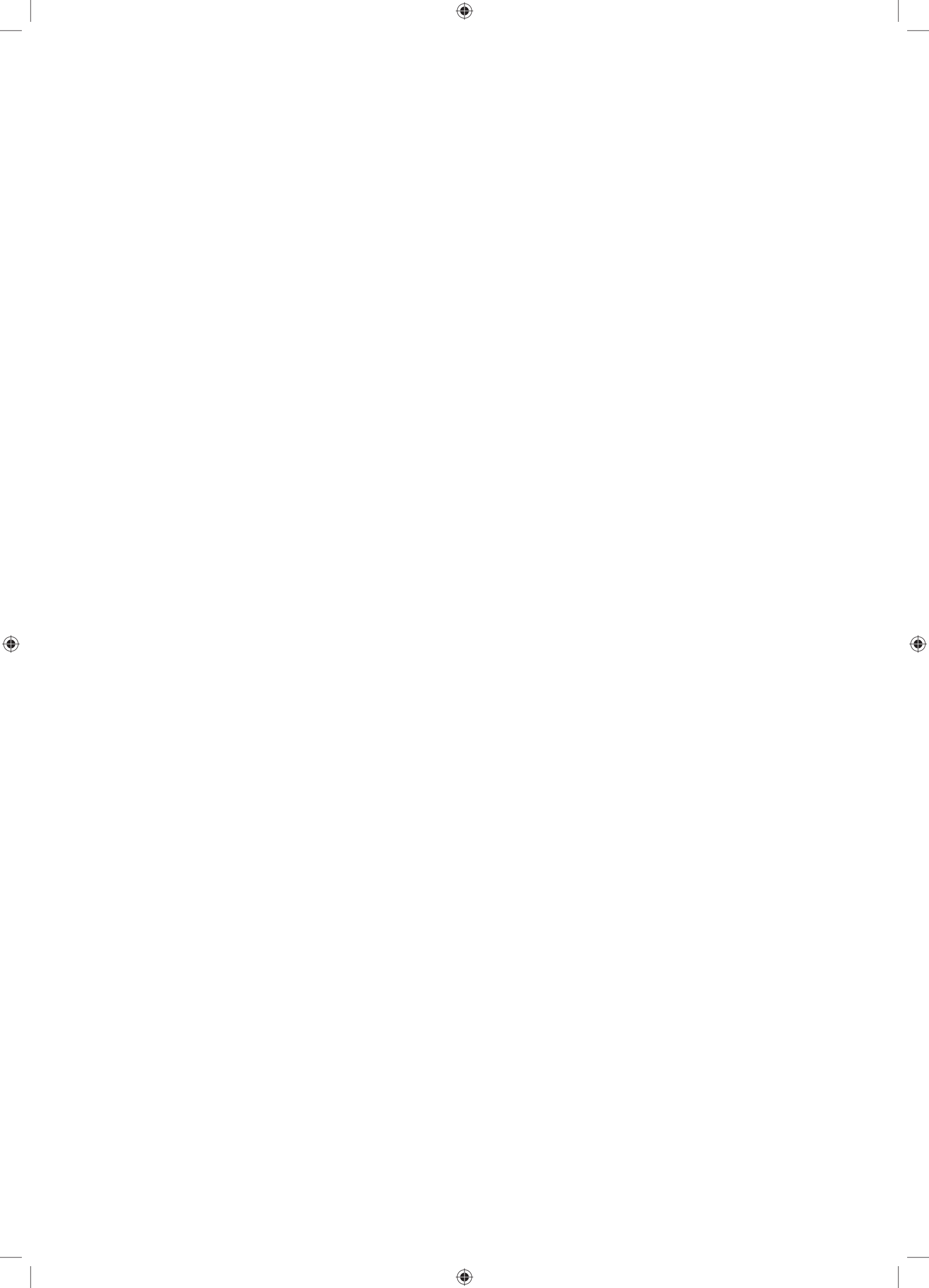
Švýcarská studie používá pro sociální a ošetrovatelskou péči německé termíny „**Pflege**“ a „**Betreuung**“. Zatímco některá místa studie pod těmito pojmy obecně shrnují péči poskytovanou v institucích sociální, příp. zdravotní péče, na jiných místech (např. v kapitole 6) je třeba tyto termíny kvůli odlišnému způsobu jejich vykazování a financování důsledně rozlišovat. Německé „Pflege“ zahrnuje především poradenství, úkony spojené s péčí o tělo (tělesná hygiena, vyměšování) a pomoc s mobilitou či při příjmu stravy. V českém vydání studie je „Pflege“ překládáno jako „péče“. „Betreuung“ zahrnuje aktivizační činnosti a terapie, doprovod, transport, pomoc s péčí o domácí zvířata, dohled při oblékání apod. Tam, kde je nutné oba výše uvedené termíny odlišit, je „Betreuung“ překládáno jako „asistenční péče“ či „ošetřování“.

Studie pojednává v jednotlivých kapitolách o sociálních službách dělených ve Švýcarsku v zásadě do tří kategorií: služby **stacionární**, služby **částečně stacionární** a služby **ambulantní**. Ačkoliv toto rozdělení v zásadě odpovídá českému třídění na služby (ve stejném pořadí) pobytové (rezidenční), ambulantní a terénní, nelze toto rozdělení aplikovat bezvýhradně. Abychom nenarušili kontext a souvislosti jednotlivých částí studie, upustili jsme tedy od nahrazování švýcarské terminologie zavedenou terminologií českou a použili raději standardní formu překládání z německého jazyka.

Velmi frekventovaným pojmem studie je „**Spitex**“. Jde o služby (obecně prospěšné či komerční) poskytující sociální a zdravotní péči seniorům a osobám se zdravotním postižením v jejich domácím prostředí. Ve švýcarských reáliích je tedy prakticky synonymem pro terénní pečovatelskou a ošetrovatelskou péči. Podrobněji o Spitexu pojednává kapitola 12.

V českých podmínkách neobvyklý termín „**kolektivní domácnost**“ či „**společné bydlení**“ představuje společné bydlení pro několik seniorů v jednom bytě, kde je zajištěno poskytování péče.

Zdeněk Kašpárek, redaktor

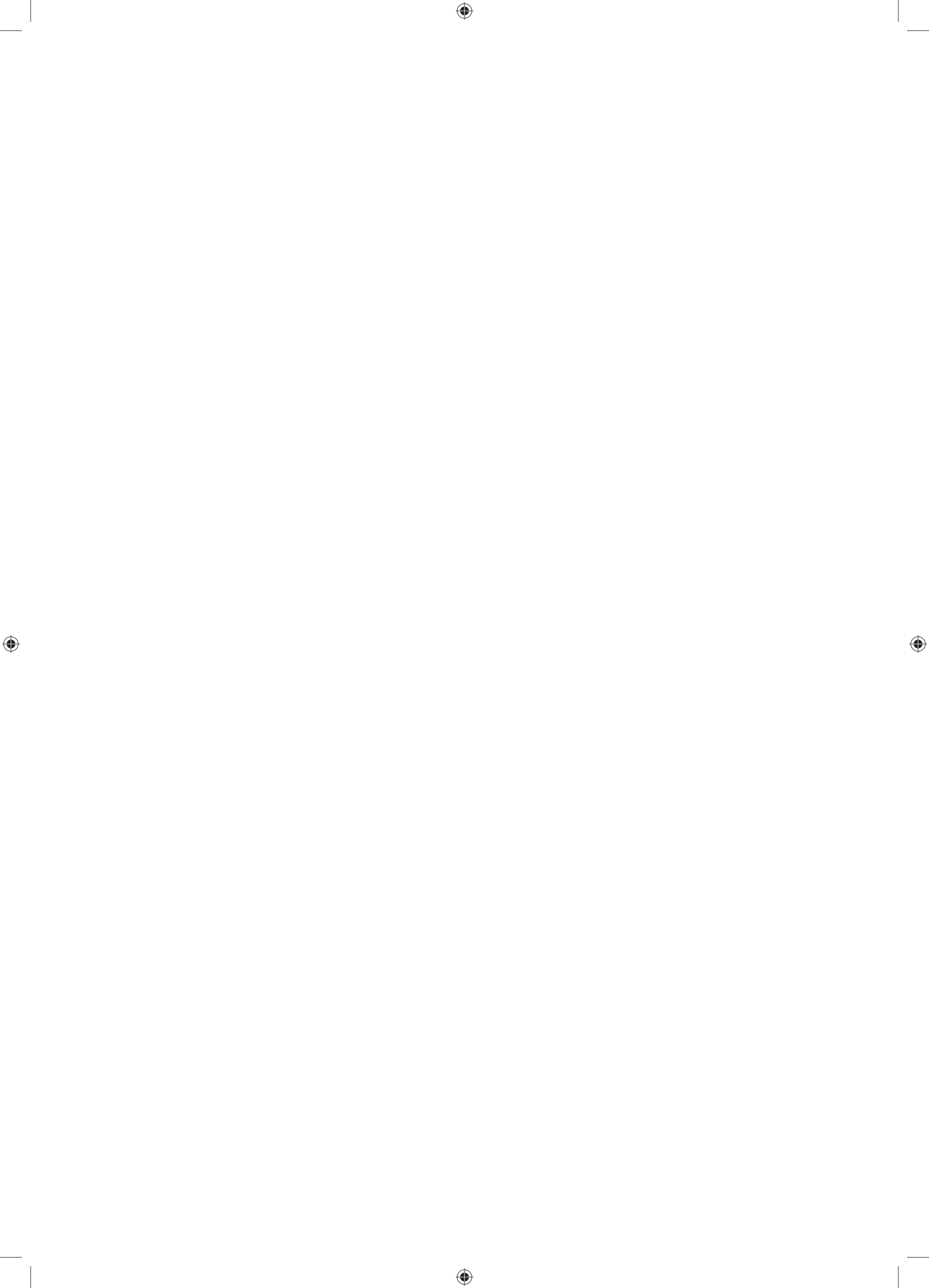


Dlouhodobá stacionární péče ve Švýcarsku

CURAVIVA.CH

VERBAND HEIME UND INSTITUTIONEN SCHWEIZ
ASSOCIATION DES HOMES ET INSTITUTIONS SOCIALES SUISSES
ASSOCIAZIONE DEGLI ISTITUTI SOCIALI E DI CURA SVIZZERI
ASSOCIAZIUN DALS INSTITUTS SOCIALS E DA TGIRA SVIZZERS

Zpráva organizace CURAVIVA Schweiz
Listopad 2011



1. Primární pilíře pojištění pro zajištění ve stáří ve Švýcarsku

1.1. Nemocenské pojištění

Sociální nemocenské pojištění zaručuje všem osobám žijícím ve Švýcarsku přístup ke kvalitní lékařské péči. V případě onemocnění nebo nehody zajišťuje lékařské ošetření, není-li toto ošetření pokryto úrazovým pojištěním. Sociální nemocenské pojištění poskytuje 94 pojistitelů (nemocenských pokladen), kteří splňují zákonné předpoklady, jako např. neziskovost. Pro případ, že se pojistitel stane insolventním, přebírá náklady na zákonné příspěvky tzv. Společné zařízení (Gemeinsame Einrichtung), které zabezpečuje financování prostřednictvím příspěvků pojistitelů, na které jsou poskytovány prémie sociálního nemocenského pojištění.

Role pojistitelů se neomezuje pouze na výplatu dávek pojištěncům; pojistitelé se dále podílejí společně s kantony na preventivních programech na podporu zdraví. Pojistitelé a kantony řídí společně zařízení, Švýcarskou nadací na podporu zdraví (Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung), jejímž cílem je podněcovat, koordinovat a hodnotit účinnost preventivních opatření na podporu zdraví.

Každá osoba s bydlištěm ve Švýcarsku musí být povinně pojištěna. Všichni členové rodiny, dospělí i děti, mají individuální pojištění. Každá osoba, která se zdržuje ve Švýcarsku, se musí do tří měsíců pojistit. Stejná lhůta platí pro rodiče, kteří jsou povinni přihlásit své novorozené dítě k nemocenskému pojištění. Pojištěnec si může svobodně zvolit pojistitele. Ten jej musí přijmout nezávisle na věku nebo zdravotním stavu, bez výhrad nebo čekacích lhůt.

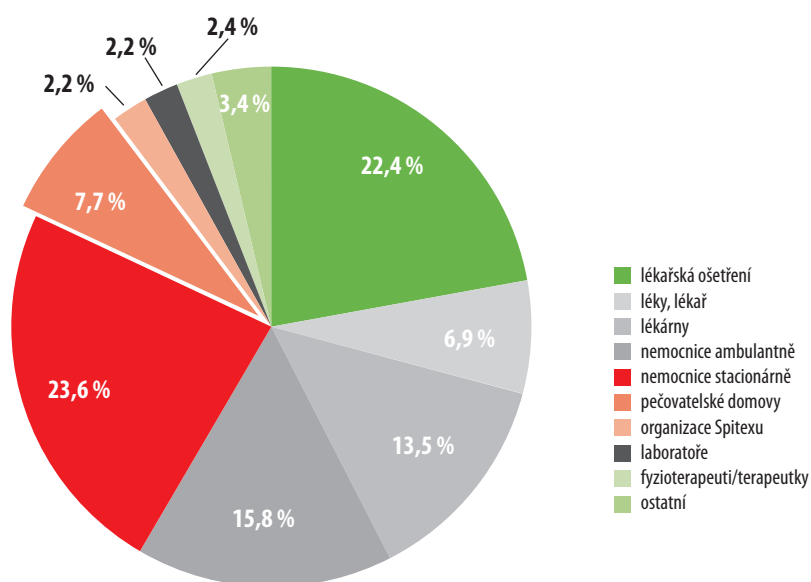
Dohled nad pojistiteli nabízejícími základní pojištění vykonává Spolkový úřad zdraví (BAG). Dohled nad doplňkovými dávkami podléhajícími zákonu o soukromém pojištění náleží naproti tomu Úřadu pro dozor nad finančním trhem (Finanzmarktaufsicht, FINMA).

Spolkový úřad zdraví (BAG) zodpovídá za to, že se pojistitelé jednotně řídí zákonem o nemocenském pojištění (KVG).

Úřad BAG provádí také dozor nad finanční situací nemocenských pokladen. Za tímto účelem musí pojistitelé předkládat úřadu výroční zprávy, rozpočty a roční uzávěrky spolu s premii pro následující rok. Aby byly prémie pojistitelů platné, musí být schváleny úřadem BAG.

Povinné nemocenské pojištění zajišťuje pomoc při nemoci, nehodě a mateřství. Při nehodách se ovšem nemocenské pojištění využívá jen tehdy, nemá-li pojištěná osoba žádné jiné (povinné nebo soukromé) pojistné krytí. Pojištění dále přebírá také náklady při určitých opatřeních medicínské prevence.

Graf 1: Nejvyšší podíly nákladů v základním pojištění, 2009 (v procentech)



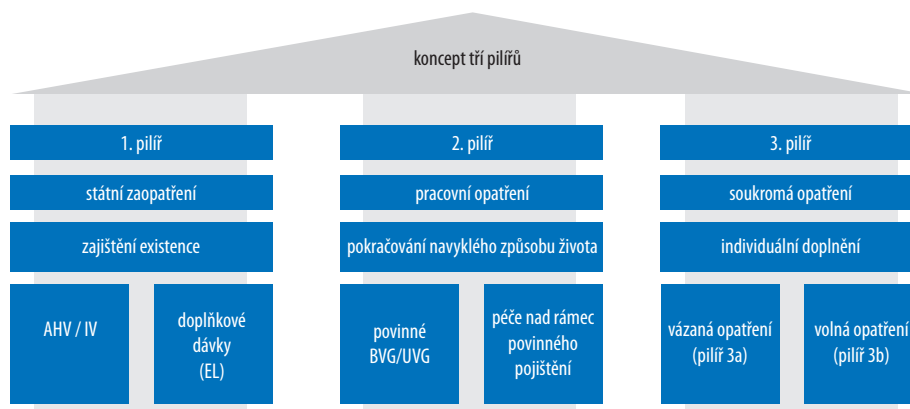
Níže jsou popsány základní aspekty jednotlivých úkonů:

- Všichni pojistitelé poskytující povinné nemocenské pojištění musí převzít stejný rozsah služeb předepsaný zákonem. Nemocnější pojistitelé nesmí hradit žádné další „dobrovolné“ úkony navíc.
- Povinné nemocenské pojištění hradí podle zákona pouze ty úkony, které jsou účinné, účelné a hospodárné.
- Jestliže některý poskytovatel služeb (lékař, fyzioterapeut atd.) provede nebo nařídí úkony, které nepatří k povinným úkonům povinného nemocenského pojištění, je povinen na to pacienty a pacientky upozornit.

1.2. Důchodové a pozůstalostní pojištění

Důchodové a pozůstalostní pojištění (AHV) je nejvýznamnějším pilířem sociálních opatření ve Švýcarsku. Toto pojištění kryje existenční potřeby ve stáří nebo v případě úmrtí. Pojištění AHV má alespoň částečně nahradit snižující se nebo chybějící výdělek z důvodu stáří nebo úmrtí: prostřednictvím výplat důcho-

Graf 2: Tři pilíře švýcarského sociálního systému



du přispívá k tomu, aby byl pojištěncům ve stáří umožněn odchod z profesního života a zaručena materiálně zajištěná penze. Pozůstalostní pojištění má zabránit, aby se k lidskému utrpení, které přináší smrt rodiče nebo manžela/manželky, nepřidala také finanční nouze. Jako lidové pojištění je AHV pro všechny povinné.

Švýcarský systém sociálního pojištění se zakládá na takzvaném principu tří pilířů: pojištění AHV a pojištění pro případ invalidity (IV) tvoří ve spojení s doplňkovými dávkami (EL) první pilíř. Ten má pokrýt existenční potřeby a je povinný. Druhý pilíř tvoří rovněž povinná pracovní preventivní opatření (penzijní pokladna) a dobrovolná vlastní opatření, spoření, představují třetí pilíř.

Pojištění AHV vzniklo v roce 1925, kdy si švýcarští voliči odhlasovali článek ústavy obsahující vytvoření důchodového a pozůstalostního pojištění: pojištění AHV vstoupilo v platnost 1. ledna 1948; byly vyplaceny první důchody.

Pojištění AHV se zakládá v první řadě na solidaritě mezi generacemi: vyplácené důchody jsou financovány tzv. aktivním obyvatelstvem. K tomu dochází s důvěrou ve skutečnost, že pozdější generace budou dělat to samé a dílo bude pokračovat. Tato solidarita mezi generacemi se označuje také jako generační smlouva.

Ale solidarita ohledně pojištění AHV jde ještě dál: lépe vydělávající občané podporují pojištěnce v horším postavení. Odvádějí vyšší příspěvky, než je nutné k financování jejich vlastního důchodu, zatímco ekonomicky hůře postavení pojištěnci získávají více dávek, než odpovídá jejich příspěvkům. Tak dochází k vyrovnání mezi chudými a bohatými.

S pomocí dobropisů v případě výchovy a péče se navíc uplatňuje solidarita bezdětných osob s matkami a otci a solidarita nepečujících osob s těmi, kteří se starají o potřebné příbuzné. Díky přerozdělení financí hraje při pojištění AHV roli také solidarita mezi manželi.

Nejdůležitějším zdrojem příjmů pojištění AHV jsou příspěvky z hospodářství, od zaměstnavatelů, pojištěnců a státu. Od 1. ledna 1999 přispívá stát na financování AHV také částí daně z přidané hodnoty.

Pojištění AHV je financováno tzv. způsobem přesunutí. To znamená, že z vybraných příspěvků se během stejně dlouhé doby zaplatí dávky pro osoby oprávněné pobírat důchod, jsou tedy „přesunuty“. Na rozdíl od pracovních opatření nebo spořicí knížky se při tomto způsobu financování nespoří na léta dopředu. Pojištění AHV místo toho ročně vydává asi stejnou částku, kterou vydělá.

Zákonodárství a dohled nad pojištěním AHV jsou organizovány centrálně: o jednotné používání zákonných předpisů se stará Spolkový úřad sociálního pojištění. Centrální vyrovnávací místo v Ženevě provádí celkové účetnictví pojištění AHV a plní další centrální úkoly, jako např. přidělování čísel pojištěncům.

Za provádění a přímý kontakt s pojištěnci a zaměstnavateli jsou v první řadě zodpovědné vyrovnávací pokladny svazů, kantonů a státu a jejich pobočky. Stanovují výši příspěvků a přijímají platby. Vypočítávají dávky AHV a jsou zodpovědné za jejich vyplácení pojištěncům. Starobní a pozůstalostní důchody spolu s odškodněním pro bezmocné osoby činí největší část úkonů pojištění AHV.

Pojištění AHV vyplácí navíc další dávky jako:

- příspěvky na pomůcky (např. sluchadla, lupové brýle atd.),
 - příspěvky pro Spitex a další obecně prospěšné instituce pomoci ve stáří (Pro Senectute, Švýcarský červený kříž atd.).
- Důchody se přizpůsobují vývoji platů a cen. To probíhá pomocí tzv. smíšeného indexu (střední hodnota indexu konzumních cen a indexu platů Státního sekretariátu pro hospodářství SECO).

1.2.1. Starobní důchod

Nárok na starobní důchod začíná prvního dne v měsíci, kdy bylo dosaženo řádného důchodového věku. Zaniká na konci měsíce, ve kterém osoba oprávněná pobírat starobní důchod zemře.

U žen je řádný důchodový věk 64 a u mužů 65 let. Žena narozená 17. června 1945 tedy obdrží svůj první řádný starobní důchod od 1. července 2009 a muž se stejným datem narození od 1. července 2010.

Kdo začne pobírat svůj starobní důchod již o rok nebo dva dříve před řádným důchodovým věkem, dostane po celou dobu pobírání důchodu snížený důchod. Kdo posune nástup do důchodu o jeden až maximálně pět let, získá po dobu celého pobírání důchodu zvýšený důchod. Částka, o kterou se důchod sníží nebo navýší, se vypočítává podle pojistně-matematických zásad. U manželských párů je také možné, že si jeden partner nástup do důchodu urychlí a druhý posune.

Výši důchodu určují dva faktory: „započítatelné roky“ a „rozhodující průměrný roční příjem“. Plný důchod získá ten, kdo od 20. roku života až do řádného důchodového věku platil každý rok bez přestávek příspěvky AHV. Jestliže ovšem příspěvky nebyly placeny bez přerušení nebo jestliže dokonce chybí celé roky, vznikají tzv. příspěvkové mezery. Pojištění AHV tak stačí pouze na částečný důchod: chybějící příspěvkový rok vede zpravidla ke snížení důchodu o minimálně 2,3 %.

Výše důchodu ovšem nezávisí pouze na tom, jestli někdo může nebo nemůže dokázat kompletní placení příspěvků. Je také ovlivňována výší rozhodujícího průměrného ročního příjmu. Ten se může skládat až ze tří částí:

- ze zhodnoceného průměru pojištěných příjmů,
- z průměru výchovných dobropisů (součet výchovných dobropisů se dělí celkovou délkou pobírání příspěvků),
- z průměru pečovatelských dobropisů (součet pečovatelských dobropisů se dělí celkovou délkou pobírání příspěvků).

Výše důchodu je omezena jak směrem dolů, tak směrem nahoru: maximální důchody jsou nejvýše dvakrát vyšší než minimální důchody.

Výchovné dobropisy: tyto dobropisy nejsou přímé peněžní dávky, nýbrž příplatky k výdělku, které se zohledňují teprve při výpočtu důchodu. Nárok na výchovné dobropisy mají starobní důchodci a důchodkyně za každý rok, v němž vychovávali dítě mladší 16 let. Výchovné dobropisy činí trojnásobek ročního minimálního důchodu v době začátku nároku. U vdaných/ženatých osob se dobropis dělí během doby trvání manželství vždy z poloviny na oba manžele.

Pečovatelské dobropisy: tyto dobropisy nejsou, stejně jako výchovné dobropisy, přímé peněžní dávky, nýbrž příplatky k výdělku, které se ovšem zaznamenávají na individuálním kontě. Osoba, která pečuje o invalidní příbuzné, má nárok na pečovatelské dobropisy. Na rozdíl od výchovných dobropisů je nutné uplatňovat tento nárok každoročně u příslušné kantonální vyrovnávací pokladny. Nárok ovšem nevzniká během let, kdy byly započítány výchovné dobropisy.

Součet obou jednotlivých důchodů manželského páru smí činit nejvýše 150% maximálního důchodu. Dojde-li k překročení této částky, musí být jednotlivé důchody odpovídajícím způsobem sníženy.

1.2.2. Pozůstalostní důchod

Pozůstalostní důchod má při smrti manžela nebo rodiče zabránit tomu, aby se pozůstalí (manžel, manželka, děti) dostali do finanční nouze. Existují tři druhy pozůstalostních důchodů: vdovský, vdovecký a sirotčí důchod.

Vdané ženy, jejichž manžel zemřel, mají nárok na vdovský důchod:

- mají-li v okamžiku ovdovění jedno nebo více dětí, nebo
- dosáhly-li v okamžiku ovdovění 45. rok života a byly vdané minimálně 5 let. Roky manželství se počítají, jestliže byly vdané vícekrát.

Rozvedené ženy, jejichž bývalý manžel zemřel, mají nárok na vdovský důchod:

- mají-li děti a jestliže rozvedené manželství trvalo minimálně 10 let,
- jestliže byly v době rozvodu starší než 45 let a jestliže trvalo rozvedené manželství minimálně 10 let, nebo
- jestliže nejmladší dítě dosáhne 18 let teprve poté, kdy dosáhne rozvedená matka věku 45 let.

Rozvedené ženy, které nesplňují žádný z těchto předpokladů, mají nárok na vdovský důchod až do 18. roku života nejmladšího dítěte. Ženatí a rozvedení muži, jejichž manželka, respektive bývalá manželka zemřela, získají vdovecký důchod, pokud mají z tohoto manželství děti mladší 18 let. Jakmile dosáhne nejmladší dítě věku 18 let, zaniká nárok na vdovecký důchod.

U pozůstalostních důchodů platí to samé jako u starobního důchodu: výše důchodu je určována na základě délky placení příspěvků a výše průměrného příjmu. Rozhodující jsou ovšem pouze pojištěné příjmy zemřelé osoby. Pokud člověk zemřel před 45. rokem života, poskytuje se tzv. kariérní příspěvek. To znamená, že se při výpočtu pozůstalostního důchodu jeho průměrný příjem procentuálně zvýší. Pokud mají pojištěnci zároveň nárok jak na starobní, tak na pozůstalostní důchod, je vyplácen pouze vyšší z obou důchodů. Je srovnáván starobní důchod zvýšený o příplatek za ovdovění s pozůstalostním důchodem.

1.3. Invalidní pojištění (IV)

1.3.1. Zásady

Švýcarské invalidní pojištění (IV) je, stejně jako pojištění AHV a nemocenské pojištění, celošvýcarské povinné pojištění a zároveň nejvýznamnější pilíř opatření pro případ invalidity ve Švýcarsku (1. pilíř). Stejně jako u AHV se jedná o povinné pojištění. Jeho cílem je nabídnout pojištěncům, kteří se stanou invalidními, opatření pro zařazení se do společnosti nebo peněžní dávky existenčního minima.

Stejně jako u AHV a doplňkových dávek vzniká i u IV zákonný nárok na plnění, jsou-li splněny přesně stanovené podmínky.

Švýcarské invalidní pojištění existuje od roku 1960. Jeho vznik se datuje do roku 1925, kdy si švýcarští voliči odhlasovali článek ústavy o vytvoření důchodového a invalidního pojištění.

Invalidní pojištění je povinné

- pro všechny osoby žijící ve Švýcarsku a
- pro všechny osoby pracující ve Švýcarsku.

Dobrovolně se mohou připojit

- občanky a občané Švýcarska, EU nebo států Evropského hospodářského prostoru, kteří žijí mimo tyto země. Invalidní pojištění definuje invaliditu jako neschopnost obživy, respektive neschopnost být činný v dosavadní oblasti působnosti (např. v domácnosti) kvůli tělesným, fyzickým nebo duševním zdravotním problémům. Tato neschopnost musí být trvalá nebo trvat delší dobu (minimálně jeden rok). Není ovšem důležité, zda zdravotní poškození vzniklo již při narození nebo v důsledku nemoci či nehody.

Invalidita tedy vzniká za následujících předpokladů:

- jedná se o zdravotní poškození,
- dochází k trvalé nebo delší dobu trvající neschopnosti obživy, respektive neschopnosti být činný v dosavadní oblasti působení a
- neschopnost obživy je způsobena zdravotním poškozením.

Díky včasné evidenci osob, které se staly v důsledku zdravotního poškození práce neschopnými, by se mělo zabránit vzniku invalidity. Invalidní pojištění může působit i preventivně. Kvůli včasné evidenci mohou být pojištěné osoby nahlášeny u kompetentního úřadu kantonu, kde má daná osoba bydliště. Včasná evidence ovšem ještě neznamena přihlášení za účelem pobírání dávek invalidního pojištění.

Podávat přihlášky jsou oprávněni:

- pojištěné osoby a jejich zákonní zástupci,
- rodinní příslušníci žijící ve společné domácnosti,
- zaměstnavatel nebo zaměstnavatelé,
- ošetřující lékaři nebo lékařky a chiropraktici,
- nemocenské pojišťovny,
- poskytovatelé úrazového pojištění,
- organizace bezpečnosti a ochrany zdraví při práci,
- poskytovatelé pojištění v nezaměstnanosti,
- orgány sociální pomoci,
- poskytovatelé vojenského pojištění.

Hlášení může být podáno, pokud byla pojištěná osoba neschopná práce ze zdravotních důvodů minimálně 30 dní nebo pokud měla v průběhu jednoho roku opakované absence a existuje nebezpečí vzniku chronických potíží. Pojištěnou osobu je nutné předem informovat o hlášení. Oslovený úřad určí, jestli je skutečně kompetentní, a rozhodne, zda je přihlášení k dávám invalidního pojištění účelné.

Za účelem pobírání dávek invalidního pojištění musí pojištěné osoby podat přihlášku u kompetentního úřadu v kantonu, kde mají bydliště. Za pojištěnce s bydlištěm v zahraničí je zodpovědný úřad invalidního pojištění v zahraničí. Nahlásit nárok mohou:

- pojištěná osoba nebo její zákonný zástupce,
- úřady nebo třetí osoby, které pojištěnou osobu pravidelně podporují nebo trvale ošetřují.

Pojištěná osoba musí přihlášku k pobírání dávek vlastnoručně podepsat. Přihláška musí být podána včas, může-li zdravotní poškození vyžadovat dávky invalidního pojištění. Zpožděná přihláška může mít za následek ztrátu dávek.

1.3.2. Dávky

Prvním cílem invalidního pojištění je podpora lidí s postižením tak, aby byli schopni si zcela nebo částečně obstarat živobytí vlastními silami a vést co možná nezávislý život.

Proto jsou dávky invalidního pojištění zaměřeny na tento cíl:

1. Opatření včasné intervence: předcházejí problémům na pracovišti způsobeným zdravotními problémy.
2. Opatření vedoucí k zařazení do společnosti: zlepšují nebo zachovávají trvalou schopnost obživy.
3. Invalidní důchod: je přiznán pouze tehdy, pokud opatření pro zařazení nebyla zcela nebo v očekávaném rozsahu úspěšná.
4. Odškodnění pro bezmocné osoby: podporují finančně, pokud jsou postižené osoby trvale odkázány na pomoc třetích osob.

Také pojištěnec pobírající dávky invalidního pojištění musí nadále až do dosažení věku starobního důchodu platit příspěvky na pojištění AHV, IV a na pojištění náhrady mzdy (EO). Pokud již invalidní důchodci a důchodkyně nemají žádný příjem ze zaměstnání, musí se jako osoby nevykonávající povolání přihlásit u kantonální vyrovnávací pokladny domovského kantonu, aby byla splněna i nadále jejich příspěvková povinnost. Jestliže se tak nestane, vzniká riziko mezery při placení poplatků. Budoucí starobní a pozůstalostní důchod tím může být snížen.

Invalidní důchody jsou udělovány pouze tehdy, jestliže opatření vedoucí k zařazení do společnosti nespĺnila svůj cíl nebo byla úspěšná pouze částečně.

1.3.3. Výpočet výše příspěvku (nárok)

K určení stupně invalidity rozlišuje invalidní pojištění mezi:

- výdělečně činnými osobami,
- výdělečně nečinnými osobami a
- částečně výdělečně činnými osobami.

U výdělečně činných osob určí úřad invalidního pojištění stupeň invalidity pomocí porovnání příjmu. Nejdříve přitom zjistí příjem, který by mohl být dosažen bez zdravotního poškození. Z této částky odečte výdělek, který by při zdravotním poškození a zavedení opatření pro zařazení mohl být dosažen, nezávisle na tom, jestli je ho opravdu dosaženo. Tímto výpočtem dostane chybějící částku: to je ztráta způsobená invaliditou. Vyjádřením této částky v procentech se získá stupeň invalidity. Jestliže tedy řemeslník, který se musel vzdát svého povolání kvůli bolestem zad, dostane pouze lehčí práci, při které vydělává mnohem méně, vypočítá se stupeň invalidity následovně:

Výdělek jako vyučený řemeslník:	50 000 CHF
Nárokovatelný výdělek při lehčí práci:	22 000 CHF
Rozdíl:	28 000 CHF

Ztráta výdělku v hodnotě 28 000 CHF odpovídá 56 %. Stupeň invalidity řemeslníka tedy činí 56 %, což vede k přiznání polovičního důchodu.

U osob, které nejsou výdělečně činné, se hodnotí stupeň pomocí srovnání činností: odborníci z úřadu invalidního pojištění zjišťují na místě, jakou měrou ovlivňuje postižení dosavadní oblast působnosti, tedy např. práci v domácnosti.

U částečně výdělečně činných osob posuzuje úřad invalidního pojištění stupeň invalidity podle postižení v obou oblastech: v profesním životě (ztráta výdělku) a v dosavadní oblasti působnosti (srovnání činností).

Pro výpočet částky dávek invalidního důchodu se používá stejný systém jako u důchodů AHV: Rozhodující je skutečnost, jak dlouho je postižená osoba pojištěná a jak je vysoký její průměrný příjem. Vyplacené příspěvky invalidního důchodu jsou stejně vysoké jako částky důchodu AHV. Maximální důchod je dvakrát vyšší než minimální důchod.

Výši důchodu určuje stupeň invalidity:

- stupeň invalidity od 40 %: čtvrtinový důchod
- stupeň invalidity od 50 %: poloviční důchod
- stupeň invalidity od 60 %: třičtvrtinový důchod
- stupeň invalidity od 70 %: celý důchod

Nárok na invalidní důchod začíná nejdříve po uplynutí jednoleté čekací doby. Během tohoto roku musí činit průměrná pracovní neschopnost minimálně 40 procent a po uplynutí této lhůty musí trvat i nadále neschopnost práce v minimálně stejném rozsahu.

Navíc vzniká nárok na důchod nejdříve šest měsíců po podání přihlášky na úřadě invalidního pojištění a nejdříve v tom měsíci, který následuje po dosažení 18. roku života.

Invalidní pojištění rozlišuje mezi pracovní neschopností a neschopností obživy:

- Práce neschopný je člověk, který nemůže být kvůli zdravotním problémům nadále činný v dosavadním povolání nebo v dosavadním poli působnosti. Stupeň pracovní neschopnosti stanoví lékař.
- Neschopný obživy je ten, kdo kvůli zdravotním problémům nemůže na celém trhu práce připadajícím v úvahu vykonávat žádnou pracovní činnost. Pro stanovení stupně invalidity je rozhodující výhradně neschopnost obživy. Stupeň invalidity stanoví příslušný úřad invalidního pojištění.

Nárok na invalidní důchod zaniká, nejsou-li nadále splněny předpoklady, nejpozději ovšem tehdy, když invalidní důchodce nebo důchodkyně dosáhne věku pro starobní důchod, respektive získá nárok na starobní důchod.

Invalidní důchody a denní dávky by měly v zásadě pokrýt existenční potřeby postižené osoby. Jestliže tyto dávky samy nestačí, protože např. kromě nich není k dispozici žádný další příjem, může být zažádáno o doplňkové dávky. To jsou dávky, které vyrovnávají chybějící částku mezi skutečnými příjmy a určenou hranicí příjmů, tzv. existenční minimum.

1.3.4. Odškodnění pro bezmocnost

Osoba, která potřebuje při každodenních činnostech, jako je oblékání, vstávání, sedání si, jídlo, tělesná hygiena atd., pomoc jiných lidí, je ve smyslu invalidního pojištění „bezmocná“ a může získat odškodnění pro bezmocné osoby. Za bezmocné se považují také plnoletí pojištěnci, kteří jsou odkázáni na stálou pomoc v praktickém životě a bydlí doma. Navíc se zohledňuje, jestli je nutná zvláště náročná péče nebo dohled. Podle rozsahu bezmocnosti se rozlišují tři stupně – lehká, střední a těžká bezmocnost.

Např.: 56letý muž trpí po mozkové mrtvici trvalým ochrnutím levé strany těla, a je proto při oblékání a při jídle odkázán na pomoc, při všech ostatních denních činnostech je ovšem samostatný. Rok po mrtvici proto získá od invalidního pojištění odškodnění kvůli bezmocnosti lehkého stupně. Nezletilým, kteří potřebují péči minimálně 4 hodiny denně, může invalidní pojištění vyplácet navíc příplatek za intenzivní péči. Také zde existují tři stupně: lehký, střední a těžký.

Nárok na odškodnění pro bezmocné může vzniknout již po narození a končí smrtí. Také po dosažení věku starobního důchodu pokračuje nárok na odškodnění v rámci starobního důchodu.

1.4. Doplnkové dávky (EL)

Doplňkové dávky (EL) k pojištění AHV a IV pomáhají tam, kde důchod a příjmy nepokryjí minimální životní náklady. Jedná se o právní nárok, ne o podporu nebo sociální pomoc. Společně s pojištěním AHV a IV patří tyto dávky k základům švýcarského sociálního systému.

Doplňkové dávky vyřizují jednotlivé kantony. Skládají se ze dvou kategorií:

- každoroční dávky vyplácené měsíčně,
 - úhrady nákladů pacientů a postižených osob.
- Doplňkové dávky mohou získat osoby,
- které mají nárok na starobní nebo pozůstalostní důchod (i při předčasném důchodu), na invalidní důchod (celý, tříčtvrtinový, poloviční nebo čtvrtinový důchod) nebo po dosažení 18 let na odškodnění pro bezmocné nebo dostávají v průběhu minimálně šesti měsíců denní dávky z invalidního pojištění,
 - mají bydliště nebo trvalý pobyt ve Švýcarsku a
 - jsou občany nebo občankami Švýcarska. Doplnkové dávky mohou získat i cizinci nebo cizinky žijící minimálně šest let nepřetržitě ve Švýcarsku. Pro uprchlíky nebo osoby bez občanství činí tato doba pět let. Občanky nebo občané států EU, pro které platí Dohoda o svobodném pohybu osob (Belgie, Dánsko, Německo, Estonsko, Finsko, Francie, Řecko, Velká Británie, Irsko, Itálie, Lotyšsko, Litva, Lucembursko, Malta, Nizozemí, Rakousko, Polsko, Portugalsko, Švédsko, Slovinsko, Slovensko, Španělsko, Česká republika, Maďarsko a Kypr) nebo státní příslušníci států EFTA (Norsko, Island a Lichtenštejnsko) nemusí většinou splnit žádnou čekací dobu.

Nárok na doplňkové dávky vzniká nejprve na měsíc, ve kterém byla podána přihláška, a jsou-li splněny předpoklady pro jejich vyplacení. Nárok zaniká koncem měsíce, ve kterém jeden z předpokladů přestává existovat.

Osoby bez nároku na důchod, protože neplatily žádné nebo pouze krátce příspěvky na pojištění AHV a IV, mohou za určitých podmínek uplatnit nárok na doplňkové dávky.

Roční doplňkové dávky odpovídají rozdílu mezi uznanými výdaji a započítatelnými příjmy. Přitom je třeba rozlišovat mezi osobami žijícími doma a těmi, které bydlí v domovech. U manželských párů, kde minimálně jeden z partnerů žije v domově, respektive v nemocnici, se roční doplňkové dávky vypočítávají pro každého z partnerů jednotlivě. Přitom se započítatelné příjmy a majetek manželů započítají stejným dílem každému

z manželů. Jestliže se příjmy nebo majetek příjemce nebo příjemkyně doplňkových dávek výrazně sníží nebo zvýší, jsou dávky i v průběhu kalendářního roku přiměřeně upraveny.

Jako výdaje jsou uznávány:

- profesní výdaje až do výše hrubé mzdy;
- náklady na údržbu budov a hypoteční úroky až do výše hrubého výnosu z nemovitosti;
- paušální částka na povinné nemocenské pojištění – roční částky jsou státem stanovovány jednotlivě pro každý kanton;
- příspěvky na pojištění AHV, IV a EO;
- zaplacené výživné, např. alimony.

Pro osoby žijící doma jsou uznávány navíc tyto výdaje:

- všeobecné životní potřeby za rok;
- roční nájemné a s ním související vedlejší náklady na byt; u osob žijících ve vlastní nemovitosti se jako nájemné počítá výše nájmu obvyklá v daném místě.

U osob žijících v domově nebo v nemocnici se uznávají následující výdaje:

- denní poplatek – kantony mohou stanovit maximální výši poplatku;
- částka na osobní výdaje, jako je nákup oblečení, produktů pro tělesnou hygienu, noviny, daně atd. – tuto částku stanoví kantony.

Plně jako příjem se započítávají:

- důchody AHV a IV, důchody penzijní pokladny (pracovní opatření), vojenské nebo úrazové pojištění a dávky ze zahraničního sociálního pojištění – při tom se zohledňuje výše důchodů probíhajícího roku;
- příjmy z majetku, jako jsou úroky, nájem, podnájem, pronájem nebo využívání, vlastní hodnota nájemného bytu;
- výživné, jako např. alimony;
- náhradní příjmy, jako je denní dávka nemocenské pojišťovny, invalidního pojištění, pojištění v nezaměstnanosti nebo úrazového pojištění;
- opakující se dávky od zaměstnavatele;
- plat u příjemců invalidních denních dávek;
- příjmy a hodnota majetku, kterých se příjemce vzdal;
- část majetku (spotřeba).

Jako příjem se nezapočítává:

- podpora od příbuzných;
- veřejné nebo soukromé služby sociální pomoci;
- odškodnění pro bezmocné (s výjimkou při pobytu v domově);
- stipendia a další příspěvky na podporu vzdělání.

2. Potřebnost péče a dlouhodobá péče v domovech²

Potřebnost péče, zde chápána jako dlouhodobá nebo dokonce trvalá ztráta samostatnosti při vykonávání každodenních úkonů, je ve „stárnoucí“ společnosti stále častěji existenčním rizikem. Latzel³ (str. 250 a následující) právem poukazuje na to, že jednotná definice pojmu „potřebnost péče“ chybí a že je i v praxi švýcarských

2 H.U. Möslle, Pflegeheime und Pflegeabteilungen, in: Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012.

3 Latzel Günther: Pflegebedürftigkeit, Pflege- und Betreuungsleistungen - Annäherungen an den Bedarf, in: Soziale Sicherheit 5/1997. Hrsg. vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), Bern.

sociálních pojištění definována jako synonymum bezmoci. Latzel hovoří o potřebnosti péče jako o obecném životním riziku, které je vnímáno silně individuálně a je definováno pomocí ztráty autonomie. „Osoba vyžadující péči je taková osoba, která výhledově po delší dobu vyžaduje pro každodenní činnosti pomoc, péči nebo dohled třetích osob.“ (Latzel, str. 250; srovnej také Höpflinger/Hugentobler, 2003, str. 33 a následující.)

Často se za účelem pochopení a definice potřebnosti péče používají tzv. kritéria ADL (activity-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.

Potřebnost péče s ohledem na pečovatelské služby je ovšem velmi rozmanitá. Záleží kromě jiných, převážně subjektivních faktorů, hlavně na druhu a stupni dlouhodobé potřebnosti péče. Rozlišují se následující, často kombinované se vyskytující druhy potřeb a služeb: lékařská péče, paramedicínské služby, hygiena, pomoc při aktivitách běžného života (ADL), domácí služby, sociální podpora a dohled.

Podle odhadů a propočtů Höpflingera/Hugentoblera⁴ (2005, str. 15, 48 a následující) se v současnosti pohybuje podíl osob vyžadujících péči ve věku 65 a více let mezi 10 % a 11,5 %. Ve Švýcarsku je tedy momentálně asi 115 000 až 135 000 starších lidí (v roce 2000: 109 000 až 126 000) nezávisle na formě bydlení podle kritérií ADL vyžadujících péči a nevládajících bez pomoci běžný život. Až do věku 79 let je méně než 10 % obyvatel vyžadujících péči. Ve věku 80 až 84 let je to 20 % a mezi staršími 84 let téměř 33 % osob, které jsou odkázány na cizí pomoc a péči.

Spolkový zákon o nemocenském pojištění z roku 1994 (Krankenversicherungsgesetz; KVG) definuje v čl. 39, odst. 3 nadřazený pojem „pečovatelský domov“ jako „instituci, zařízení nebo jejich oddělení sloužící péči a lékařské péči spolu s rehabilitací dlouhodobě nemocných pacientů a pacientek“. V zásadě rozumíme pod pojmem „pečovatelské domovy“ instituce nacházející se na seznamu kantonální péče jako pečovatelské a nemocniční domovy, oddělení dlouhodobé péče v nemocnicích, pečovatelská oddělení v domovech pro seniory a decentralizované skupiny v bytech s pečovatelskou službou.

Kvantitativní nabídka služeb dlouhodobé stacionární péče může být i navzdory regionálním výkyvům hodnocena jako dostatečná (tabulky 1 a 2). Ve Švýcarsku jsou k dispozici nabídky ošetrovatelských a pečovatelských zařízení a ambulantních služeb prakticky po celém území státu. Naproti tomu se stále vyskytují mezery v částečně stacionární oblasti (denní stacionáře a kliniky s odlehčovacími službami) a v nabídce rehabilitace a prevence.

Tabulka 1: Ukazatele pečovatelských domovů a domovů pro seniory, 2000 a 2008

	2000	2008		2000	2008	
	Domovy pro staré a/nebo chronicky nemocné osoby vyžadující péči	Domovy pro staré a/nebo chronicky nemocné osoby vyžadující péči	Nárůst/pokles 2000 až 2008 v %	Domovy pro seniory	Domovy pro seniory	Nárůst/pokles 2000 až 2008 v %
Počet provozů	1 394	1 532	9,9 %	80	64	-20,0 %
Postelí*	81 111	87 011	7,3 %	2 920	1 830	-37,3 %
Míst**	20 331	1 838	-91,0 %	666	23	-96,6 %
Provozní personál ***	53 327	73 129	37,1 %	1 408	1 048	-25,6 %
Obyvatel	77 752	86 799	11,6 %	2 711	1 674	-38,3 %
Externě ošetřovaní	789	2 688	240,7 %	30	0	-100,0 %
Dny ubytování ****	28 106 130	30 949 837	10,1 %	954 338	618 145	-35,2 %
Dny péče	120 491	170 320	41,4 %	4 741	0	-100,0 %
Provozní výdaje celkem, v mil. Fr.	5 315	7 552	42,1 %	135	96	-28,9 %
Provozní výdaje za den v Fr.	189	244	29,1 %	142	155	9,2 %

* dlouhodobě ** krátkodobě, 2000 jiná definic *** ekvivalenty na plný úvazek **** dlouhodobý a krátkodobý pobyt

Zdroj: Spolkový úřad pro statistiku (BFS), Statistika nemocnic a sociálně-lékařských institucí (SOMED) 2000 a 2008

4 Höpflinger Frangois, Hugentobler Valerie: Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter - Perspektiven für die Schweiz, Bern 2005.

Tabulka 2: Počet lůžek v institucích pro seniory a osoby vyžadující péči podle kantonů, 2000 a 2008

Kanton	Počet lůžek na 1 000 obyvatel ve věku od 65 let (rok 2000)	Index 2000 (Švýcarsko = 100)	Počet lůžek na 1 000 obyvatel ve věku od 65 let (rok 2008)	Index 2008 (Švýcarsko = 100)	Nárůst/snížení 2000 až 2008
v %					
Aargau	72,7	98	67,5	93	-7,2 %
Appenzell ARh.	118,1	159	120,7	166	2,2 %
Appenzell IRh.	49,6	67	74,9	103	51,0 %
Basel-Land	53,9	73	51,5	71	-4,5 %
Basel-Stadt	65,1	88	72,4	99	11,2 %
Bern	80,7	109	83,1	114	3,0 %
Freiburg	79,0	107	71,1	98	-10,0 %
Genf	56,2	76	51,4	71	-8,5 %
Glarus	132,8	179	112,2	154	-15,5 %
Graubünden	81,9	111	74,3	102	-9,3 %
Jura	56,9	77	62,7	86	10,2 %
Luzern	89,5	121	83,8	115	-6,4 %
Neuenburg	74,0	100	76,2	105	3,0 %
Nidwalden	91,2	123	69,9	96	-23,4 %
Obwalden	101,1	136	78,7	108	-22,2 %
Schaffhausen	98,5	133	97,0	133	-1,5 %
Schwyz	85,2	115	71,7	98	-15,9 %
Solothurn	57,8	78	61,8	85	6,9 %
St. Gallen	89,2	120	83,4	115	-6,5 %
Tessin	72,4	98	62,2	85	-14,1 %
Thurgau	88,9	120	77,5	106	-12,8 %
Uri	80,7	109	104,4	143	29,4 %
Waadt	54,1	73	57,0	78	5,4 %
Wallis	54,4	73	53,6	74	-1,5 %
Zu g	83,3	112	66,8	92	-19,8 %
Zürich	78,1	105	78,6	108	0,6 %
Švýcarsko	74,1	100	72,8	100	-1,8 %

Zdroj: Spolkový úřad pro statistiku (BFS), Nemocenská statistika a statistika sociálně-lékařských institucí (SOMED) 2000 a 2008

3. Senioři v zařízeních dlouhodobé stacionární péče a v ošetrovatelských zařízeních (pečovatelských domovech)⁵

Přání, zůstat co možná nejdéle, nejlépe až do konce života ve známém bytě, je u seniorů velmi rozšířené. Individuální bydlení v soukromé domácnosti, doma ve známém prostředí a maximální podpora ze strany pečujících příbuzných nebo profesionálních ambulantních služeb, jako je Spitex, je ale pro většinu seniorů ve Švýcarsku nejen nejoblíbenějším, ale také nejčastějším způsobem bydlení. Oproti obecně rozšířeným představám žije pouze menšina (v současnosti asi 30 %) dokonce i 85letých a starších osob v domovech pro seniory nebo v pečovatelských domovech.

⁵ H.U. Möslle, Pflegeheime und Pflegeabteilungen, in: Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012.

V roce 2000 bydlelo pouze 8,5% všech 65letých a starších osob v kolektivních domácnostech (celkem cca 95 000 osob). Tento podíl v posledních desetiletích lehce stoupl: v roce 1970 činil 7%, v roce 1980 7,5% a v roce 1990 8,3%.

Nárůst odráží v první řadě efekt věkové struktury (stoupající počet velmi starých lidí) a teprve v druhé řadě zvýšenou ochotu se ve stáří přestěhovat do kolektivní domácnosti. Neboť jak ukazují tabulka 3 a graf 3, jsou to především velmi staří lidé (80letí a starší), kteří žili v roce 2000 v stacionárních seniorských a pečovatelských zařízeních s podílem 22,3% (kolem 66 000 obyvatelk a obyvatel); u lidí mezi 65 až 79 lety to bylo pouze 3,7%. Tento podíl 80letých a starších lidí v institucionalizovaných domácnostech se v posledních letech výrazně zvýšil: v roce 1970 činil 17,5%, v roce 1980 20,1% a v roce 1990 21,8%.

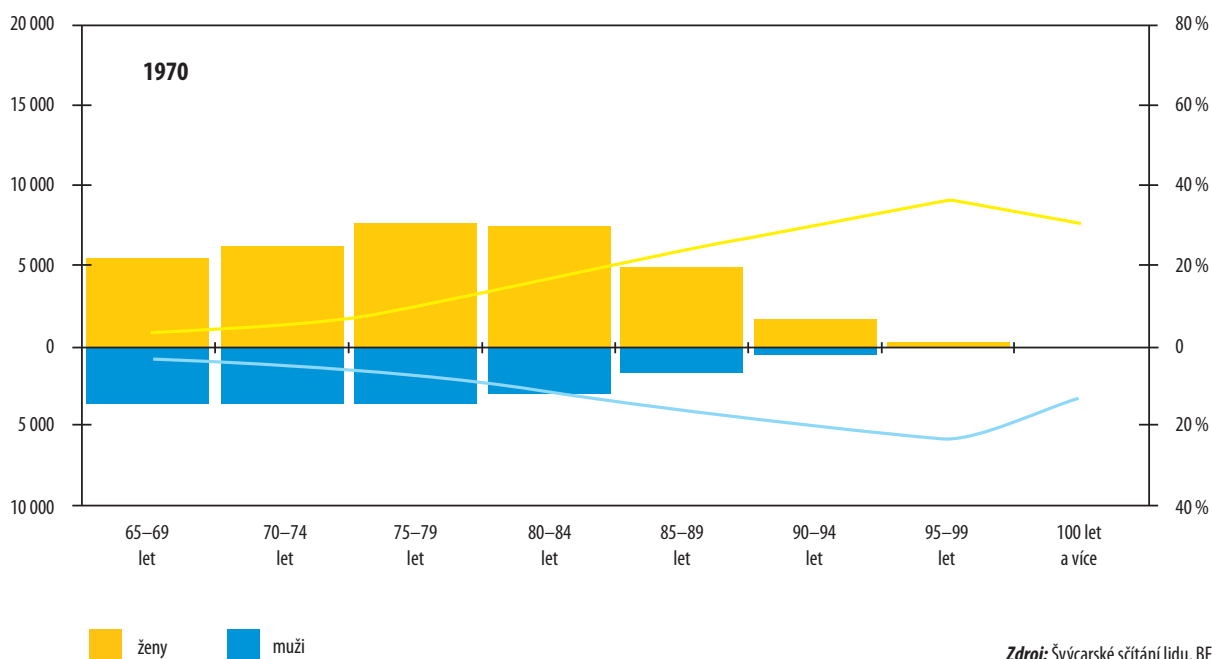
Tabulka 3: Podíl staršího obyvatelstva žijícího v zařízeních stacionární péče a v ošetřovatelských zařízeních (v procentech), 1970 až 2000

Obyvatelstvo: Věkové skupiny	Žijící v ošetřovatelských zařízeních (v %)			
	2000	1990	1980	1970
65 let a starší	8,5	8,3	7,5	7,0
80 let a starší	22,3	21,8	20,1	17,5

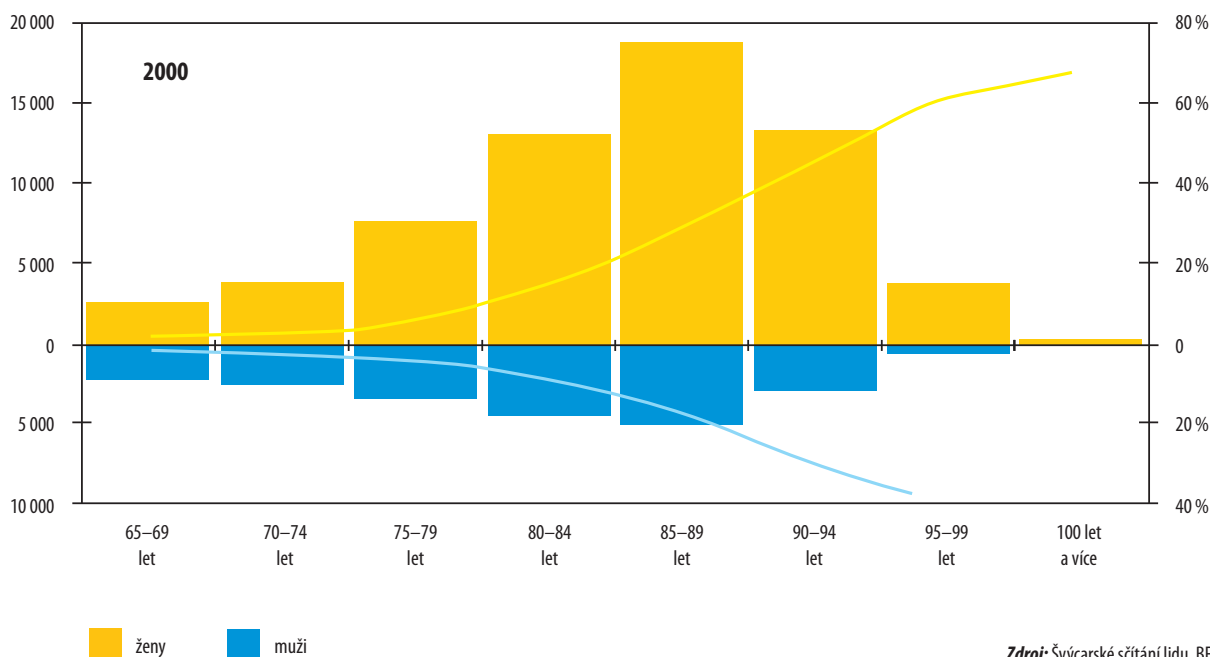
Podíl obyvatel žijících v domovech výrazně stoupá teprve ve vysokém věku, kdy se snižuje svoboda pohybu a objevuje se více fyzických a/nebo psychických, respektive organických poruch mozku vedoucích k funkčním omezením a k zvýšené potřebě pomoci a péče. Vstup do stacionárního seniorského či pečovatelského zařízení slibuje vyšší kvalitu života.

Tak dnes žije téměř čtvrtina (24%) lidí ve věku mezi 85 a 89 lety (téměř 23 000 osob) a také více než 40% lidí ve věku 90 až 94 let (16 000 osob) v zařízeních dlouhodobé stacionární péče. Malá, ale stále se zvětšující skupina lidí starších 95 let (asi 5 200) naopak již většinou nežije v soukromé domácnosti (58%).

Graf 3: Procentuální podíl osob žijících v kolektivních domácnostech, podle věku a pohlaví, 1970 a 2000



Zdroj: Švýcarské sčítání lidu, BFS



Příklady: V roce 2000 žilo v kolektivní domácnosti 13 220 žen ve věku 90–94 let (tj. 46 %).

Zdroj: Švýcarské sčítání lidu, BFS

Obyvatelé a obyvatelky pečovatelských domovů nejsou tedy pouze staří, ale také trpí velmi často několika funkčními poruchami zároveň: imobilitou (připoutání na invalidní vozík nebo na postel), inkontinencí, nestabilitou (pády, zlomeniny kostí) a intelektuální degradací. (V němčině se obecně označují jako „čtyři velká I geriatric“: Immobilität, Inkontinenz, Instabilität, Intellektueller Abbau).

Tato „čtyři velká I geriatric“ jsou často hlavními zdravotními potížemi starších pacientů a pacientek. Zároveň jsou to nejčastější zdravotní důvody vedoucí ke vstupu seniorů do stacionárních zařízení dlouhodobé péče.

V důsledku spojení vysokého věku a zdravotních potíží s funkčními omezeními osob vyžadujících péči dochází k vysoké úmrtnosti, a tím k rychlé výměně obyvatel domovů. V roce 2000 strávili muži průměrně rok, ženy průměrně tři roky v domovech. Jak vyplývá ze srovnávací studie provedené v roce 1997 (citováno podle Höpflingera/Stuckelbergera, 1999)⁶ ve čtyřech kantonech, opouští každoročně dokonce téměř třetina obyvatel pečovatelské domovy z důvodu úmrtí nebo převozu na akutní oddělení nemocnice. Adekvátně těmto počtům žilo ve sledovaných institucích dlouhodobé stacionární péče 35 % obyvatel a obyvatel kratší dobu než jeden rok. Stacionární pečovatelská zařízení a domovy pro seniory se stále častěji stávají „zařízeními pro umírající“. Rozhodnutí vstoupit do domova sice může být těžké, ale je třeba brát také ohled na rodinné příslušníky, přátele a sousedy,

Tabulka 4: Ubytovací místa v domovech pro seniory a v pečovatelských domovech podle kantonů, 2009

Kanton	Domovy pro seniory		Pečovatelské domy	
	Ubytování dlouhodobé	Ubytování krátkodobé	Ubytování dlouhodobé	Ubytování krátkodobé
ZH	62	2	16 360	365
BE	0	0	14 609	409
LU	63	0	4 611	96
UR	0	0	602	7
SZ	0	0	1 475	18
OW	0	0	393	6
NW	34	0	381	5
GL	347	0	379	4
ZG	0	0	1 027	14
FR	129	25	2 411	49
SO	0	0	2 683	36
BS	0	0	2 729	84
BL	42	1	2 547	25
SH	0	0	1 343	9
AR	286	3	844	6
AI	129	0	59	0
SG	84	1	5 925	97
GR	0	0	2 506	19
AG	96	1	5 827	132
TG	0	0	2 806	51
TI	20	0	3 995	98
VD	61	1	5 955	235
VS	0	0	2 688	25
NE	0	0	2 284	49
GE	20	0	3 462	17
JU	0	0	752	15
CH	1 373	34	88 653	1 871

⁶ Höpflinger Francois, Stuckelberger Astrid: Demographische Alterung und individuelles Altern - Ergebnisse aus dem nationalen Forschungsprogramm „Alter“ (NFP 32), Zürich 1999.

©2011 BFS/Somed 2-A

kteří musí nést břemeno stále náročnější péče. Kromě potřebnosti péče hrají důležitou roli pro vstup do domova také sociální, respektive sociodemografické faktory.

Kromě neexistence potomků je důležitým faktorem obzvláště civilní stav a ekonomická situace. V pečovatelských domovech a domovech pro seniory se tak nacházejí svobodní senioři častěji než vdaní/ženatí nebo ovdovělí. Podle ankety mezi obyvatelkami a obyvateli domovů v roce 2003 bylo jen 11 % vdaných/ženatých. Příslušníci vyšších sociálních vrstev s vyšším výdělkem a s dobrým vzděláním žijí výrazně méně často ve stacionárních pečovatelských zařízeních.

Ve všech věkových skupinách žije více žen než mužů v kolektivních domácnostech; rozdíl, který se ve vyšším věku ještě zvyšuje. V dnešních domovech pro seniory a v pečovatelských domovech připadají v celém Švýcarsku na jednoho muže 4 ženy. Tato „feminizace“ ovlivňuje pečovatelské domovy a zařízení ještě více než péči v soukromých domácnostech zejména proto, že i pečovatelský personál je převážně ženský.

Nápadné jsou výrazné rozdíly mezi jednotlivými kantony ohledně podílu seniorů, v domově pro seniory nebo v pečovatelském domově žijících osob, a jejich průměrného věku. V kantonech s nejvyšším podílem obyvatel domovů je věk při vstupu do domova nižší. Tyto kantony se nacházejí většinou v německé části Švýcarska, především v centrálním a východním Švýcarsku. Naproti tomu ve francouzské části země, v severovýchodních kantonech a v Graubündenu je podíl obyvatel domovů nižší.

Jednak je v těchto oblastech podporována pomoc a péče o seniory doma a jednak se více využívá služeb Spitexu.

Tabulka 5: Počet krátkodobých a dlouhodobých pobytů ve dnech, 2011

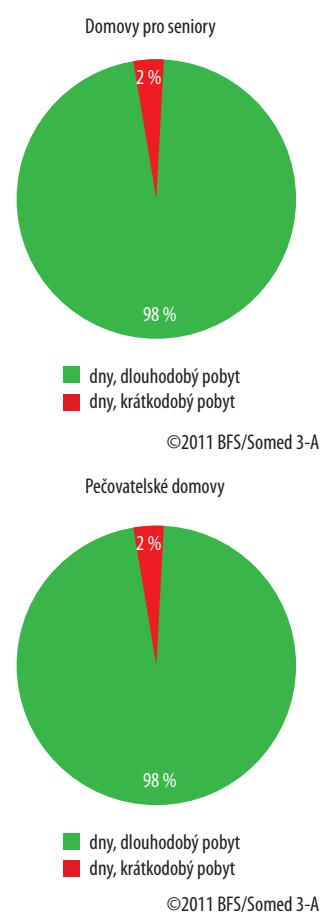
Kanton	Domovy pro seniory	
	dny, dlouhodobý pobyt	dny, krátkodobý pobyt
ZH	18 753	97
BE	0	0
LU	21 903	326
UR	0	0
SZ	0	0
OW	0	0
NW	9 724	0
GL	120 118	883
ZG	0	0
FR	43 320	6 486
SO	0	0
BS	0	0
BL	13 627	1 104
SH	0	0
AR	93 675	1 327
AI	43 636	0
SG	28 095	297
GR	0	0
AG	31 157	705
TG	0	0
TI	6 391	0
VD	21 417	0
VS	0	0
NE	0	0
GE	7 265	0
JU	0	0
CH	459 081	11 225

©2011 BFS/Somed 3-A

Kanton	Pečovatelské domovy		
	dny, dlouhodobý pobyt	dny, krátkodobý pobyt	dny, péče
ZH	5 658 036	109 952	17 560
BE	4 922 851	120 821	4 591
LU	1 641 492	20 683	886
UR	218 106	1 234	1
SZ	518 746	8 079	647
OW	139 551	2 288	670
NW	135 388	1 519	364
GL	124 404	1 340	0
ZG	366 400	5 590	2 587
FR	868 596	8 175	7 248
SO	939 550	5 971	41
BS	981 672	15 352	8 944
BL	905 237	5 520	3 528
SH	446 278	2 411	18
AR	276 107	4 229	819
AI	15 851	79	0
SG	2 050 043	20 305	1 130
GR	831 019	12 894	312
AG	2 038 688	26 434	430
TG	949 771	19 236	2 961
TI	1 414 285	31 419	2 183
VD	2 121 107	62 447	119 138
VS	963 882	4 398	2 242
NE	820 584	16 104	6 390
GE	1 245 407	4 503	0
JU	264 924	5 615	288
CH	30 857 975	516 598	182 627

©2011 BFS/Somed 3-A

Grafy 4: Počet krátkodobých a dlouhodobých pobytů v procentech, 2011



4. Diferencované nabídky pro osoby vyžadující podporu⁷

Jakmile se u obyvatel a obyvatelů domovů objeví potřeba zvýšené a intenzivní péče, poskytuje domov tyto služby dlouhodobé péče většinou sám. To platí především pro pečovatelské domovy, které přijímají větší část ještě mobilní osoby. Jakmile se projeví potřeba péče, pečují personál těchto institucí o pacienty sám, částečně na vlastních pečovatelských stanicích nebo v bytové jednotce obyvatelky/obyvatele domova.

Podle struktury obyvatel a potřeb péče se ovšem ve stacionárních pečovatelských zařízeních stále častěji nabízí specifické. Tak vzniká např. kvůli velkému nárůstu organických poruch mozku především u velmi starých lidí (jako Alzheimerova choroba, vaskulární demence, Parkinsonova choroba) stále více domovů zařízených speciálně pro obyvatele/obyvatelky s poruchami způsobenými demencí. K těmto specializacím je možno započítat také životní prostor pro osoby s duševními problémy, stejně jako zařízení se speciálními pečovatelskými odděleními pro seniory z jiných kultur, která už začala vznikat v jednotlivých městech.

Profesionalizace a modernizace v domovech pro seniory a v pečovatelských domovech posledních let se projevuje také v inovačních službách orientovaných na zákazníka, tedy ve službách zaměřených na potřeby seniorů v domovech (detailně viz Höpflinger/Stuckelberger, 1999; Höpflinger/Hugentobler, 2005). Určité otevření se institucí směrem ven je spojeno s aktivním stykem s veřejností. Zde je možné zmínit např. v mnoha domovech nabízené veřejné kavárny, návštěvní služby, doprovody na procházky, dále nabídky delších nebo krátkých dovolených včetně možnosti zkušebního bydlení (zkušební pobyty), kromě toho také nabídky školení pro rodinné příslušníky a pro manžele s nemocným partnerem spolu s nabídkou péče dalších organizací vedle Spitexu⁸ (tzv. služby „Heimex“ podle hesla „Domov přichází k lidem“).

Dalším příkladem nového přístupu ke službám zaměřeným na zákazníka jednotlivých domovů je zaměstnávání zvláštního pečovatelského personálu pro nově nastupující obyvatele a obyvatele, stejně jako vytvoření možnosti spolurozhodování a spolupůsobení. Shromáždění obyvatel, respektive rady domova dávají obyvatelkám a obyvatelům možnost aktivní spolupráce.

Cíl a základy všech těchto nových konceptů zaměřených na potřeby klientů nakonec vycházejí z celkového systému finanční zodpovědnosti, vedení a spolupracovníků. Domovy pro seniory a pečovatelské domovy by se měly stát místem pro bydlení a život. Jejich obyvatele a obyvatele nemají být definováni svými nedostatky, křehkostí a potřebností péče, ale svým lidstvím, se kterým se až do okamžiku smrti pojí lidská důstojnost a nezadatelná práva.

Na základě tohoto vyjádření jsou v profesionální péči osoby vyžadující péči vnímány jako rovnoprávné subjekty, jejichž potřeby, životní příběh a způsob života, stejně jako sebeurčení a schopnosti je třeba respektovat a které chtějí spolupracovat, jakou péči a pomoc potřebují a chtějí využívat.

5. Personál v stacionárních zařízeních péče o seniory a dlouhodobé péče

5.1. Obecné ukazatele⁹

Stacionární péče o seniory a dlouhodobá péče se staly pracovním, hospodářským i nákladovým faktorem. Tento vývoj bude pravděpodobně v důsledku demografických a gerontologických trendů pokračovat. Stacionární zařízení pro seniory a chronicky nemocné ve Švýcarsku nabývala v roce 2008 celkem 74 177 míst na plný úvazek (2006: 70 489, 2004: 62 250). Protože mnoho zaměstnaných osob pracuje pouze na poloviční úvazek,

⁷ H.U. Mösle, Pflegeheime und Pflegeabteilungen, in: Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012.

⁸ Vgl. Kapitel 12: Spitex Schweiz

⁹ H.U. Mösle, Pflegeheime und Pflegeabteilungen, in: Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012.

odpovídal tento počet téměř 108 700 zaměstnancům (2006: 102 000, 2004: 90 000). Z nich je více než 51 % (2006: 49 %, 2004: 48 %) lékařský nebo ošetrovatelský personál (statistika sociálně-lékařských institucí [SOMED] 2008, 2006 a 2004, vydáno Spolkovým úřadem pro statistiku [BFS]). V stacionárních provozech péče o seniory a dlouhodobé péče je téměř 40 % ošetrovatelského personálu pouze zaškolen a jen 18 % z nich absolvovalo víceleté ošetrovatelské vzdělání. Především v malých institucích přitom chybí vzdělaný ošetrovatelský personál.

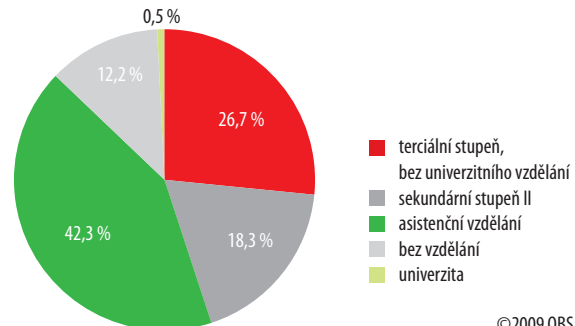
Charakteristickým znakem je vyhraněná dominance zaměstnaných žen: v roce 2008 činil podíl žen mezi dlouhodobě zaměstnanými ošetrovateli téměř 85 % (2006: 85,4 %, 2004: 90 %). Jak vysvětlují Prey et al.¹⁰ ve své studii, má tento „ženský charakter“ profesionální péče různé příčiny a následky: zaprvé je tento velmi vysoký podíl žen jednou z příčin relativně nižší úrovně platů (srážka ze mzdy činí 16 až 17 % pro kvalifikovaný ošetrovatelský personál oproti zaměstnancům v jiných hospodářských odvětvích).

Kromě toho jsou v dlouhodobé péči velmi častá místa na poloviční úvazek, protože se díky nim dají kombinovat profesní a rodinné role. Pouze 26 % zaměstnanců v oblasti dlouhodobé stacionární péče pracuje na plný úvazek. Kromě toho byla u ošetrovatelského personálu prokázána velmi vysoká tendence k altruistickému postoji k povolání. To se odráží v očekávání, které zaměstnanci s povoláním spojují, zde se objevuje velmi silně snaha pomáhat. Peníze a kariéra přitom hrají vedlejší roli (Prey et al., str. 89).

Odhlédneme-li od požadavků na kvalitu služeb, které jsou zakotveny i v zákoně o nemocenském pojištění (čl. 58 KVG), a na odbornou kvalifikaci personálu (čl. 39 KVG), mají centrální význam školení a další vzdělávání. Skutečnost, že dnes musí služby vyhovět také ekonomickým požadavkům, činí úlohu personálu v ošetrovatelských zařízeních dlouhodobé péče obzvláště náročnou. Podle čl. 32 odst. 1 KVG musí být služby hrazené z povinného nemocenského pojištění „účinné, účelné a hospodárne“.

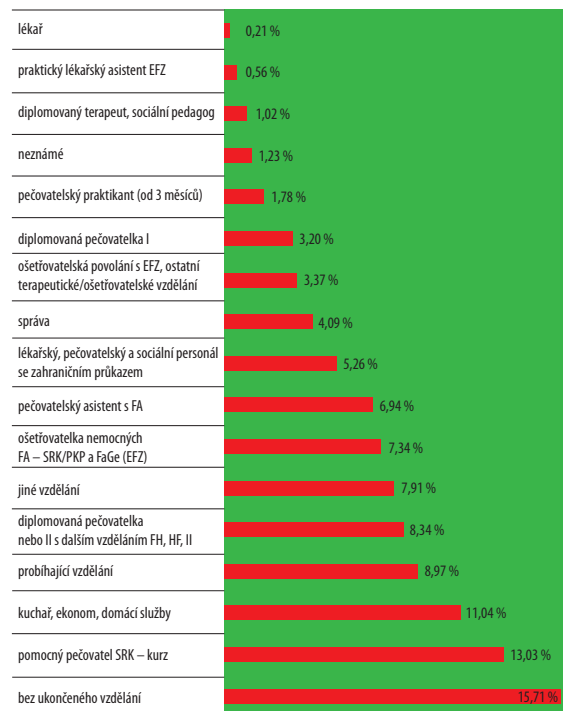
10 Prey Hedwig, Schmid Hans, Storni Marco, Schmid Martin, Mühleisen Sibylle, Bade Alexander: Zur Situation des Personals in der schweizerischen Langzeitpflege -Ergebnisse aus dem nationalen Forschungsprogramm „Probleme des Sozialstaates“ (NFP 45), St.Gallen 2004.

Graf 5: Zdravotnický personál v domovech pro seniory a pečovatelských domovech podle úrovně vzdělání, celé Švýcarsko, 2006 (v procentech)



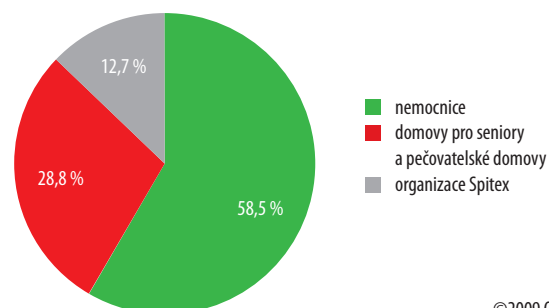
©2009 OBSAN

Graf 6: Podíl zaměstnanců v domovech pro seniory a v pečovatelských domovech podle typu vzdělání, 2009



©2011 BFS/Somed 7-A

Graf 7: Zdravotnický personál v domovech pro seniory a v pečovatelských domovech podle úrovně vzdělání, celé Švýcarsko, 2006 (v procentech)



©2009 OBSAN

5.2. Prognózy¹¹

Podíl seniorů v populaci bude v příštích letech výrazně stoupat. Podle „středního“ scénáře, vydaného Spolkovým úřadem pro statistiku BFS (referenční scénář), se bude rozšiřovat populace lidí starších 65 let v letech 2010 až 2060 o 89% – z počtu 1 343 000 na 2 543 000. Přesněji řečeno bude nárůst u osob mezi 65 až 79 lety v tomto období 53% a u osob starších 80 let téměř 18%. Počet pracujících osob (20–64 let) se v tomto období lehce sníží ze 4 878 000 na 4 792 000.

Výsledek: skupina lidí starších 65 let a mezi nimi především podíl velmi starých lidí se v následujících desetiletích výrazně zvýší. To znamená, že se v příštích desetiletích zvýší také počet chronicky nemocných pacientů, a tím i potřeba péče. S ohledem na stárnoucí společnost nás v dlouhodobé péči čekají dvě primární výzvy:

- narůstající potřeba ošetrovatelských a pečovatelských služeb,
- nedostatek personálu v nabídce pečovatelských služeb.

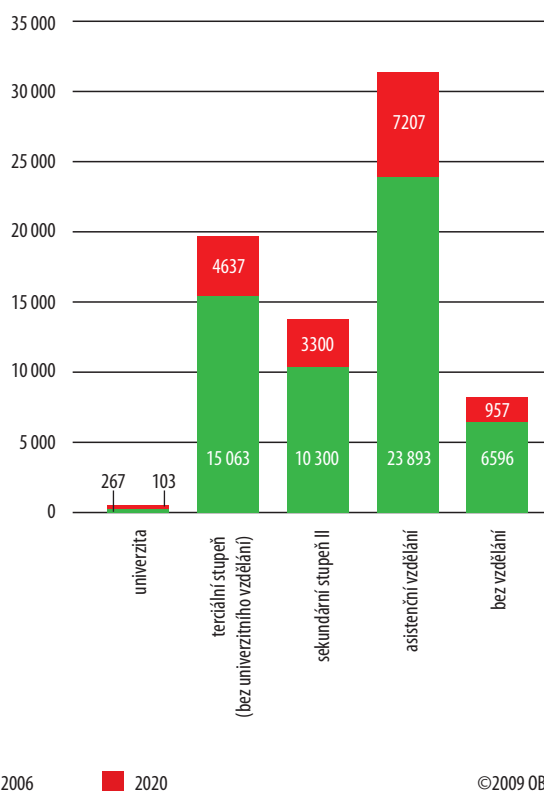
Vyšší potřeba pečovatelských míst v institucích pro velmi staré osoby může vyplývat z následujících faktorů:

- snižující se pečovatelská a ošetrovatelská podpora ze strany rodiny z důvodu změny životního stylu (mobilita, vzdálenost, nestabilní páry, domácnost jedné osoby, vysoký počet zaměstnaných žen atd.),
- zkracující se doba hospitalizace po lékařském ošetření s sebou přinese větší potřebu péče, kterou musí poskytnout Spitex a domovy.

Primární těžkosti se mohou vyskytnout v oblastech:

- Obecně nedostatečné uznání ošetrovatelského povolání obzvláště v oblasti dlouhodobé péče, a to jak ze strany veřejnosti, tak v rámci lékařských povolání.
- Odměňování ošetrovatelského personálu (jeden z centrálních faktorů). Také v mezinárodním srovnání se tento aspekt stále zdůrazňuje jako jeden z „top issue“. Zde je ovšem třeba brát v úvahu, že pravidla odměňování pro ošetrovatelská povolání ve Švýcarsku byla během posledních let na mnoha místech upravena, takže už nelze hovořit obecně o relativně nízkých platech. I přesto stále existuje prostor pro jednání.
- Ošetrovatelství je tradičně ženským povoláním a dlouhodobá péče je pracovní oblastí s nadprůměrně vysokým podílem nedostatečně odborně kvalifikovaného personálu. Díky tomu je tato oblast pro vysoce kvalifikované a především mužské zájemce neatraktivní.
- Práce v dlouhodobé péči je považována za tělesně a psychicky velmi zatěžující. Angažovat se v ní vyžaduje vysokou motivaci a nasazení. Další nevýhodou je nepravidelná pracovní doba a také např. noční a víkendové služby.
- Změny ve vzdělávání ošetrovatelského personálu znejistily instituce i zájemce.
- Ještě ne všechny domovy disponují personálem, který je schopen se vzdělávat do stupně HF (pro odpovídající vzdělání existují odpovídající vzdělávací svazy).

Graf 8: Odhadované dodatečně potřebné pracovní síly v roce 2020 podle úrovně vzdělání (ve srovnání s rokem 2006), celé Švýcarsko, 2009



©2009 OBSAN

¹¹ Auszüge aus der Publikation «Personalnotstand in der Langzeitpflege. Eine Sekundäranalyse vorliegender Textes» von Dr. Heinz Rüegger vom Institut Neumünster. Erstellt im Auftrag von CURAVIVA Schweiz. Juli 2010.

5.3. Zvětšuje se rozsah budoucích potřeb pečovatelských a ošetřovatelských služeb

S ohledem na vývoj počtu seniorů vyžadujících péči je možné – vždy podle scénáře obyvatelstva – při stejném podílu potřebnosti péče jako dnes počítat s nárůstem na 201 000 až 272 000 osob v roce 2050.

Takové lineární projekce dnešních podílů potřebnosti péče jsou ovšem poněkud problematické, neboť dostatečně nezohledňují zvýšení očekávání vyššího věku bez zdravotních omezení. Höpflinger & Hugentobler proto vycházejí ze scénáře „mírné redukce kvót potřebnosti péče“, omezují svou projekci na rok 2020 a vycházejí z nárůstu počtu starších osob vyžadujících péči mezi lety 2000 až 2020 v hodnotě 20 %. Švýcarská spolková rada vychází z toho, že v budoucnosti bude žít cca 20 % lidí starších 80 let v domovech a že na základě očekávaného zvýšení počtu velmi starých lidí se bude muset zvýšit počet potřebných míst v domovech z 55 000 v roce 2000 na 108 000 až 122 000 v roce 2040.

Pokud souhlasí předpoklad, že se v budoucnosti obecně prodlouží doba vyšší kvality života, pokud má být v budoucnosti kladen větší důraz na nemocenskou prevenci a podporu zdraví ve stáří a pokud dojde k rozšíření ambulantních pečovatelských služeb (Spitex), pak by mohl být procentuální podíl lidí starších 80 let, kteří jsou odkázáni na místo v domově pro seniory nebo v pečovatelském domově, také nižší.

Výsledek: všechny analytické studie a zprávy vycházejí z toho, že se bude v budoucnu výrazně zvyšovat potřeba pečovatelských a ošetřovatelských služeb pro seniory spolu s potřebou míst v sociálně-lékařských zařízeních. Nejistý zůstává předpovídaný rozsah této potřeby péče. Výsledkem toho je skutečnost, že různé studie s ohledem na různá období předpokládají různá čísla. Vzhledem k této poněkud zmatené rozmanitosti čísel může být srozumitelnější pohled na vývoj od roku 2000.

Mezi lety 2000 až 2008 se zvýšil počet obyvatel starších 80 let o 24,5 %. Ve stejné době se zvýšil počet dnů strávených v domovech pro seniory a v pečovatelských domovech pouze o 8,9 %. To znamená, že nárůst počtu dnů strávených v domovech odpovídá pouze 36,44 % nárůstu počtu obyvatel starších 80 let.

Vycházíme-li ze statistické hodnoty roku 2008, zvyšuje se podíl dnů strávených v pečovatelských zařízeních v následujícím rozsahu:

Tabulka 6: Dny strávené v domovech pro seniory a pečovatelských domovech (v mil.)					
2008	2010	2020	2030	2040	2050
31,743	32,348	35,719	42,032	47,73	53,996

Rozsah budoucích nabízených pečovatelských a ošetřovatelských služeb závisí na tom, kolik personálu bude k dispozici, aby bylo možné tyto služby zajistit. Počty uvedené v existujících studiích jsou alarmující.

Podle observatoria zdraví by bylo třeba ve zdravotnictví celkem (nemocnice, Spitex a domovy) mezi lety 2006 a 2020 z důvodu „zvýšené potřeby pečovatelských služeb“ vytvořit 17 000 míst (na plný úvazek) a zaměstnat navíc 25 000 osob. K tomu se přidá potřeba asi 60 000 zdravotnických odborníků (30 %), kteří budou muset být nahrazeni kvůli odchodu do důchodu – přičemž toto opatření se týká především dlouhodobé péče s vysokým věkovým průměrem ošetřovatelů.

Národní zpráva o prevenci pro zdravotnická povolání (Der Nationale Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe) zjistila, že u ošetřovatelských povolání na terciálním stupni je ročně pokryto pouze 52 % potřeb nových pracovních sil (2 279 místo 4 694 absolventů škol) a že na sekundárním stupni ukončilo v roce 2008 vzdělání pouze necelých 60 procent potřebného dorostu (2 320 místo 4 423 absolventů).

Pro oblast domovů pro seniory a pečovatelských domovů se pro rok 2020 předpokládá potřeba více než 15 000 dalších zaměstnanců v péči a ošetřovatelství. Studie OBSAN „Aging Workforce“ předpokládá pro období 2006–2030 dokonce nárůst o 80 000 ošetřovatelů, respektive 60 000 míst na plný úvazek pro celou oblast zdravotnictví – z toho téměř 90 % pro domovy a Spitex (54 000 míst na plný úvazek).

5.4. Důvody budoucího zvyšování potřeby ošetrovatelského personálu

Až do dnešního dne byly definovány různé důvody pro budoucí zvýšení počtu ošetrovatelského personálu.

K nim patří:

- Odchod do důchodu: vysoký průměrný věk zaměstnanců v dlouhodobé péči (vyšší než v nemocnicích a ve zdravotnictví obecně) vede k tomu, že do roku 2010 odejde do důchodu 30 % aktivních zaměstnanců – do roku 2030 dokonce 60 %. Odchod těchto takzvaných „aging work- force“ je považován za důležitou příčinu budoucího nedostatku personálu.
- Zvýšená poptávka po pečovatelských službách ze strany stárnoucí populace.
- Drop out: oblast péče vykazuje velké množství lidí opouštějících toto povolání, kteří odcházejí částečně do jiných oborů – fenomén, který se objevuje velmi často při dobré konjunkturální situaci.
- Příliš málo dorostu/absolventů: počty absolventů se pohybují hluboko pod hranicí potřeby; v oblasti péče/ošetrovatelství je tento nedostatek obzvláště výrazný. Podle spolkové zprávy „ošetrovatelská povolání“ se pohybuje roční deficit ve vzdělávání v oblasti péče a ošetrovatelství kolem 5 400 osob.
- Pokles počtu absolventů škol (základ pro získávání nových zaměstnanců) v příštích deseti letech o téměř osm procent.
- Nový systém vzdělávání: ten vedl k určitému znejistění, které je také jedním z důvodů, že se počet absolventů v oblasti péče na terciárním stupni snížil. Nová povolání FaGE/FaBe jsou ještě v přípravě a nedosáhla zákoných cílů s ohledem na počet učňů.

Podle organizace Santésuisse bude potřebovat Švýcarsko do roku 2030 kolem 190 000 nových pracovních sil ve zdravotnictví – tolik, kolik jich dnes pracuje dohromady v nemocnicích, domovech a pro organizaci Spitex.

5.5. Opatření vedoucí ke snížení nebo k zamezení vzniku nedostatku personálu

5.5.1. Opatření vedoucí ke snížení potřeby personálu

- Posílení prevence a podpory zdraví s ohledem na věk. Když zůstanou staří lidé déle zdraví a dokážou zvládat sami běžný život, snižuje se tím potřeba ambulantních a stacionárních pečovatelských služeb.
- Podpora ze strany rodinných příslušníků, kteří se starají o nemocného staršího člena rodiny doma: kompetentní poradenství a doprovod, převzetí nákladů na poradenství veřejnými místy, nabídky pro ulehčení péče atd. mohou vést k tomu, že starší osoby vyžadující péči zůstanou déle v domácím prostředí a tam mohou být podporovány.
- Výraznější přesun od stacionární k ambulantní péči. Služby, které mohou být poskytovány ambulantně, např. organizací Spitexu, vyžadují méně personálu než provoz pečovatelského domova.

5.5.2. Opatření na udržení personálu

- Přiměřené odměňování. Pro oblast dlouhodobé péče to znamená srovnatelné platy jako v nemocnicích.
- Pružná pracovní doba, která vychází vstříc povolání a rodině (klíčový faktor). Také nabídky péče o děti v okrajových časech pracovního dne usnadňují možnost sloučení profesního a rodinného života.
- Vytvoření možností, kdy si personál bude moci svobodně určovat volný čas a zároveň spoluurčovat průběh pracovního dne u své organizace.
- Dobrý, úctu zprostředkující management orientovaný na potřeby personálu. Uznání a úcta se jednoznačně považují za jeden z klíčových faktorů, který má za cíl podpořit spokojenost spolupracovníků a posílit jejich motivaci k vykonávání ošetrovatelského povolání co možná nejdéle a s co možná nejvyšším nasazením.
- Opatření na udržení starších a zkušenějších spolupracovnic a spolupracovníků např. prostřednictvím snížení zátěže, vědomé tvorby časového průběhu, úpravy pracovních úkolů spolu s rozvojem pro mladší i starší spolupracovnice a spolupracovníky pomocí kontinuálního dalšího vzdělávání.
- Podpora dalšího vzdělávání a možnosti kariérního postupu.
- Institucionalizovaná podpora zdraví za účelem prevence přepracování a syndromu vyhoření.

5.5.3. Opatření pro nábor nových pracovních sil

- Nábor ošetrovatelského personálu z okruhu mladých lidí, kteří vstupují do tohoto povolání a absolvují odpovídající základní vzdělání. Početně nejvýznamnějším základním vzděláním je obor „odborný zdravotnický zaměstnanec“. O tento obor je mnohem více zájemců než učebních míst. Proto je třeba vytvořit mnohem více učebních míst v pečovatelských domovech, nemocnicích a organizacích Spitexu.
- Nábor ošetrovatelského personálu pomocí zvýšení aktivit nabídky vzdělávání a především ošetrovatelských povolání.
- Nábor ošetrovatelského personálu prostřednictvím pozitivní prezentace ošetrovatelských povolání na veřejnosti: pouze, když se podaří zprostředkovat také pozitivní provokativní image, budou mladí více motivováni vyučit se v ošetrovatelských oborech.
- Nábor ošetrovatelského personálu prostřednictvím atraktivních nabídek pro osoby vracející se do povolání (např. spojení povolání a rodiny, kurzy pro vracející se zaměstnance). Velký potenciál pro nábor tvoří ošetrovatelé, kteří dříve své povolání opustili.
- Nábor ošetrovatelského personálu prostřednictvím nabídek rekvalifikace (přizpůsobené vzdělávací kurzy, finanční podpora).
- Nábor ošetrovatelského personálu prostřednictvím silnějšího rovnoprávného rozdělení na obě pohlaví a odpovídající korektury jednostranně ženského image ošetrovatelského povolání (tomu odpovídá větší pravděpodobnost, že se získá více mužů pro ošetrovatelské povolání).
- Rychlé a pečlivé zavedení atestu Zdraví a sociální služby.
- Evaluace nákladů a užitku pro provozy nabízející praktika stupňů HF a FH. Obzvláště důležité pro domovy pro seniory a pečovatelské domovy je vyjasnění, jakým způsobem jsou financovány vzdělávací služby. V novém zákoně o nemocenském pojištění je upraveno financování ošetrovatelských služeb. Náklady na vzdělání ovšem nehradí nemocenské pokladny nebo kantony.
- Zjednodušené postupy hodnocení a flexibilnější modely vzdělávání spolu s podporou absolventů a absolventek kvalifikačních postupů LAP pro dospělé bez výučního listu.
- Profesní a vyšší odborné zkoušky musí mít stejnou hodnotu jako v jiných oborech. K tomu je potřeba kromě akceptace ze strany Organisationen der Arbeitswelt (OaA) především akceptace objednateli a plátců služeb.

6. Náklady a financování oblasti stacionární péče a stacionárního ošetrovatelství

6.1. Pozadí¹²

Zákon o nemocenském pojištění platný od roku 1996 zavedl za účelem posílení solidarity mezi generacemi systém jednotných premii v rámci povinného nemocenského pojištění. Dále by měl zabránit především nerovnému posuzování rizik na základě pokročilého věku. Seznam výkonů podle tohoto spolkového zákona proto obsahuje stejnou lékařskou péči nezávisle na tom, jestli je poskytována pouze stacionárně v pečovatelském domově, částečně stacionárně nebo u ošetrovaných osob doma. Při pobytu v pečovatelském domově musí povinné nemocenské pojištění hradit stejné úkony jako při ambulantní péči nebo péči doma (čl. 25 a čl. 50 KVG).

Tyto služby lékařského typu, které musí nemocenské pokladny financovat (pro nemocenskou péči doma, ambulantně nebo v pečovatelském domově), mohou být poskytovány pouze na základě vyjádření potřeb, na lékařský předpis nebo z nařízení lékaře.

¹² H.U. Mösle, Pflegeheime und Pflegeabteilungen, in: Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012.

Další důležité služby nelékařského typu, jako sociální péče, aktivační terapie nebo vlastní pobyt v pečovatelském domově (tzv. náklady na ubytování, stravu, hygienu atd.), naproti tomu nespádají pod povinné nemocenské pojištění, respektive nejsou povinně hrazeny nemocenskými pokladnami. Platí si je proto sami obyvatelé a obyvatelky domovů.

Zákon o nemocenském pojištění předepisuje kromě toho pojistitelům plné převzetí nákladů za poskytnuté lékařské a ošetrovatelské služby jak v pečovatelském domově, tak doma. Převzetí nákladů za péči zejména pro dlouhodobé pacienty a pacientky bylo v lidovém hlasování v roce 1994 důležitým argumentem ve prospěch přijetí tohoto, tehdy velmi diskutovaného, zákona o nemocenském pojištění. Nicméně tato platební povinnost byla již od roku 1998 omezena prostřednictvím nového článku 9a KLV. V roce 1998 byly zavedeny rámcové tarify ošetrovatelských úkonů podle zákona KVG. Důvodem byla snaha dostat lépe pod kontrolu vývoj nákladů v oblasti služeb Spitex a v pečovatelských domovech a také nedostatečná transparentnost nákladů

Tyto tarifní limity se řídí stupni potřebnosti péče a mají za následek, že v současnosti hradí nemocenské pokladny podle odhadu společnosti CURAVIVA Schweiz pouze 52 % nákladů na péči.

Na základě Nařízení o stanovení nákladů a evidenci úkonů nemocenského pojištění nemocnicemi a pečovatelskými domovy (VKL), které vstoupilo v platnost v roce 2003, zavedla a aplikovala mezitím většina pečovatelských domovů vyúčtování nákladů, statistiku o provedených úkonech a účetnictví investic. Tyto instrumenty pro transparentní evidenci nákladů tvoří společně s nástroji na zjištění potřeb základ pro výpočet tarifu.

Aktuálně využívají pečovatelské domovy německého Švýcarska především dva nástroje pro transparentní evidenci potřeb – „BESA“ a „RAI-RUG“. Ve francouzsky hovořících částech Švýcarska se používá nástroj „PLAISIR“. Tyto nástroje slouží k prokázání potřebnosti péče a navíc umožňují uplatnit dobu poskytované péče v domovech. Poskytovatelé služeb a kantony si mohou svobodně vybrat nástroje na zjištění potřeb. Tyto nástroje na zjištění potřeb jsou nutné také pro zajištění oprávněného financování z povinného nemocenského pojištění. K tomu jsou rozhodující zejména poskytnuté pečovatelské služby zakládající se na fundovaném vysvětlení potřeb.

6.2. Nové financování péče

Od 1. ledna 2011 je péče v pečovatelských domovech postavena na novém základu: zatímco obyvatelé domovů si musí i nadále sami hradit náklady na asistenci a ubytovací služby, mělo by být financování péče rozděleno mezi tři plátce – nemocenské pokladny (vždy podle potřeby péče do výše maximálně 108 franků na den), obyvatel domovů (max. 20 % nejvyššího příspěvku nemocenské pokladny – nejvýše 21,60 CHF na den, respektive 7 884 CHF ročně) a veřejné zdroje (zbytkové financování).

Kantony radí pečovatelským domovům strukturovat své doklady nákladů a služeb spolu s fakturami obyvatelům domovů alespoň tak, jak je uvedeno níže:

- náklady za ubytování,
- náklady za péči,
- asistence,
- ostatní náklady (terapie, lékař, léky, MiGel).

Nové financování péče jasně vymezuje příspěvky nemocenských pokladen na náklady povinné podle zákona o nemocenském pojištění. Definuje maximální částku, kterou se obyvatelky a obyvatelé mají podílet na nákladech za péči. Řešení těchto dvou bodů je ve všech kantonech celého Švýcarska identické.

Tabulka 7: Přehled nákladů podle stupně potřebné péče			
skutečné náklady na péči podle zákona KVG			
pouze pečovatelské domovy: celé Švýcarsko			
stupeň	minuty	CH	náklady na péči podle zákona KVG/den
1	1 až 20	CHF	9,83
2	21 až 40	CHF	29,50
3	41 až 60	CHF	49,17
4	61 až 80	CHF	68,84
5	81 až 100	CHF	88,50
6	101 až 120	CHF	108,17
7	121 až 140	CHF	127,84
8	141 až 160	CHF	147,51
9	161 až 180	CHF	167,18
10	181 až 220	CHF	196,68
11	221 až 260	CHF	236,01
12	261 až 300	CHF	275,35
13	více než 300	CHF	295,02

Zdroj: SOMED 2008

Regulace zbytkového financování je v kompetenci kantonů. Ty stanoví celkové náklady za péči v pečovatelských domovech podle čl. 25a, odst. 1 KVK. Základem pro určení je většinou vykázání nákladů podle VKL a jejich kontrola kantonem – tato praxe se ovšem liší podle jednotlivých kantonů a důsledkem jsou rozdílná řešení. Definice pojmů jsou v současnosti ještě tak nejasné, že způsobují v jednotlivých kantonech rozdílné regulace na úrovni zákona a nařízení. Zavedení kontrolních mechanismů, které by neznamenal pro nemocenské pojišťovny žádné náklady, je nemožné, protože max. tříletá přechodná lhůta starých tarifů na novou tarifní strukturu není koordinována interkantonně.

Důvody, proč je financování péče v jednotlivých kantonech regulováno různým způsobem:

- předpoklad, že kantony jsou zodpovědné za zdravotnictví, a tím přechází regulace zbytkového financování na kantony;
- nedostatek nejdůležitějších, elementárních, jasných a jednoznačných pravidel pro celošvýcarsky koordinovanou aplikaci;
- zákony a nařízení rozdílné v jednotlivých kantonech;
- rozdílné smlouvy a regulace tarifů mezi organizací Santésuisse a svazy;
- absence snahy o vznik interkantonní spolupráce a harmonizace.

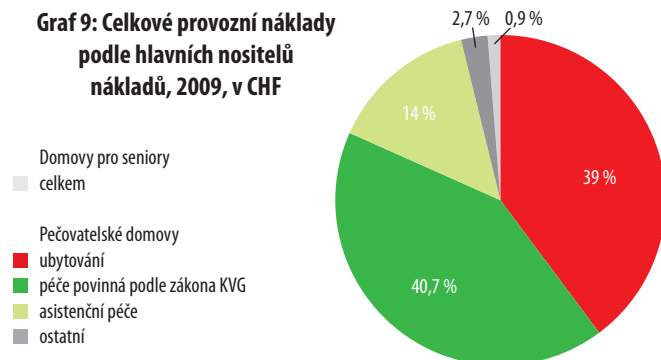
Obyvatelé a obyvatelky pečovatelských domovů hradí fakturované náklady na bydlení a asistenční služby (to nejsou povinné služby podle KVG) ze svých osobních příjmů: z důchodů AHV/IV a mimo to z odškodnění pro bezmocnost, z dávek pracovních opatření a výnosů z majetku, respektive ze spotřeby majetku. Pokud tyto finanční prostředky nestačí, obdrží navíc k důchodu AHV/IV doplňkové dávky až do maximální výše stanovené kantonem. Případné zbývající nezaplacené náklady jsou hrazeny z kantonálních nebo komunálních příspěvků nebo ze sociální pomoci.

6.3. Celkové náklady na dlouhodobou stacionární péči ve Švýcarsku¹³

Pro oblast stacionární péče odhaduje CURAVIVA Schweiz náklady na ubytování a asistenci (bez pečovatelských služeb) pro rok 2007 na cca 4,25 miliard CHF (2003: 3,73 miliard CHF). Náklady na služby povinné podle zákona KVG činily v roce 2007 podle propočtu CURAVIVA Schweiz cca 3,03 miliard CHF (2003: 2,69 miliard CHF). Podle výpočtu Santésuisse nemocenské pokladny z toho hradily 1,58 miliard CHF (2003: 1,48 miliard CHF) (srovnej statistiku pojištěnců Santésuisse 2008 a 2004, monitoring nákladů BAG). To odpovídá průměrnému celošvýcarskému příspěvku na krytí ve výši 52% (2003: 55%). Zbýlých 1,45 miliard CHF (2003: 1,2 miliard CHF) bylo hrazeno z prostředků obyvatel a obyvatelek domovů a z veřejných prostředků.

Celkové náklady v oblasti stacionární péče činily tedy v roce 2007 asi 7,3 miliard CHF (2003: 6,4 miliard CHF). To odpovídá cca 13,6% (2003: 12%) nákladů zdravotnictví v hodnotě 53,5 miliard CHF (2003: 49,9 miliard CHF) (srovnej také náklady a financování zdravotnictví 2007 a 2003, vydáno Spolkovým úřadem pro statistiku [BFS]).

Graf 9: Celkové provozní náklady podle hlavních nositelů nákladů, 2009, v CHF



Tabulka 8: Celkové náklady v oblasti dlouhodobé péče 2008

		Denní průměr
Náklady na ubytování	CHF 3 102 482 000	CHF 101,82
Náklady na péči KVG	CHF 3 167 772 000	CHF 103,96
Ošetřování	CHF 1 075 150 000	CHF 35,28
Další náklady (terapie, lékař, MiGeL)	CHF 206 980 000	CHF 6,79
Celkové náklady pečovatelských zařízení	CHF 7 552 384 000	CHF 247,85

Zdroj: SOMED, 2008

13 H.U. Mösle, Pflegeheime und Pflegeabteilungen, in: Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012.

Tabulka 9: Vývoj nákladů v pečovatelských domovech 2006 až 2008, oblast dlouhodobé péče

	2006	2007	2008
Celkové náklady	CHF 6 808 659 000,00	CHF 7 180 275 000,00	CHF 7 552 383 000,00
Počet dní/ dlouhodobá péče	28 724 390	29 919 785	30 471 624
Náklady na den	CHF 237,03	CHF 239,98	CHF 247,85
Počet klientů	110 104	113 192	114 907

Zdroj: SOMED BFS, 2008

Doplňkové dávky (EL) k pojištění AHV/IV plní pro pacienty a osoby vyžadující péči při financování pobytu v domově mimořádně důležitou funkci. Enormní náklady, které dnes vznikají především při péči o velmi staré osoby, mohou postižení – i ti ze středních vrstev – často velmi těžko hradit z vlastních prostředků. Dnes je proto téměř 60 % osob pobírajících důchod a žijících v domovech pro seniory a pečovatelských domovech odkázáno na dávky doplňkového pojištění.

Od roku 1997 je podíl nárůstu osob pobírajících doplňkové dávky v domovech výrazně nižší než u osob žijících doma. Důvodem tohoto stavu jsou vylepšené příspěvky nemocenských pokladen na pečovatelské náklady v domovech. Výdaje na doplňkové dávky činily v roce 2006 téměř 3 miliardy CHF. Výdaje na doplňkové dávky k invalidnímu pojištění odpovídají podílu 27 % vyplacených invalidních důchodů; před deseti lety to bylo pouze 15 %. Výrazně nižší je tento vztah u doplňkových dávek k pojištění AHV, kde činí výdaje na doplňkové dávky pouze 6 % celkové sumy důchodů AHV. Tento podíl byl počátkem 90. let s hodnotou 8 % o něco vyšší (srovnej statistiku doplňkových dávek k pojištění AHV a IV 2006 a 2005, vydáno Spolkovým úřadem pro sociální pojištění [BSV]).

7. Společná řešení¹⁴

7.1. Integrované zaopatření

Zdravotnická péče ve Švýcarsku prožívá velké změny. Hluboko zasahující změny vyžadují nové způsoby řešení – také v oblasti péče a ošetřování seniorů.

V roce 2011 vstoupilo v platnost nové financování péče a od roku 2012 jsou zavedeny v rámci nového financování nemocnic účinné tarifní paušály podle diagnózy (DRG¹⁵). Parlamentární komory diskutují o plošném zavedení modelů managed-care a ve všech oblastech zdravotnictví narůstá tlak na úsporu nákladů. Postupné stárnutí obyvatelstva přináší poskytovatelům pečovatelských a ošetřovatelských služeb velké výzvy.

Pro jejich zvládnutí se spoléhá ve veřejné diskuzi stejně jako v odborných kruzích na zesílenou spolupráci mezi poskytovateli služeb. Od společných projektů, spolupráce, fúzí a dalších forem, které jsou zde shrnuty pod pojmem „společná řešení“, si odborníci slibují výhody na strukturní, procesní a výsledkové úrovni – také pro ošetřování a péči v oblasti péče o seniory. Na strukturní úrovni je možné docílit synergických efektů, a to hlavně tím, že bude společně využívána infrastruktura a vybudují se odborná pracoviště. Posledně jmenovaný bod umožní lepší pokrytí zvyšující se potřeby specializovaných služeb, např. v oblastech paliativní péče, péče o pacienty s demencí, onkologie, psychiatrie nebo preventivního poradenství. Jsou-li služby nabízeny společně, přináší to na procesní úrovni nejen provozní výhody, ale i výhody pro koncového zákazníka, starého člověka, který se už nemusí sám orientovat v „džungli“ nabídek.

¹⁴ Auszüge aus der kommentierten Zusammenfassung der Studie «Verbundlösungen für die Pflege und Betreuung im Altersbereich» der Age Stiftung und von CURAVIVA Schweiz, in Kooperation mit dem Spitex Verband Schweiz.

¹⁵ Vgl. Kapitel 11.2.: Diagnostic Related Groups DRG

Centra a organizace Spitexu¹⁶ se častěji spojují za účelem společných řešení než domovy. Organizace Spitexu, stejně jako centra, se podílejí v 60 %, respektive v 68 % na spojených řešeních, domovy v jedné třetině případů. Ke společným řešením se spojují především větší organizace. Oproti očekávání se spojují ke společným řešením méně často soukromě-právní organizace orientované na zisk než veřejně prospěšné organizace. O geografickém rozložení společných řešení se není možné jednoznačně vyjádřit kvůli podílu organizací.

7.2. Spolupracující partneři

Evidovaná společná řešení mají většinou formu bilaterální spolupráce. Společná řešení, v jejichž rámci spolupracují více než dva partneři, jsou méně častá. U organizací Spitexu se ukazuje tendence k horizontální integraci: jako spolupracující partneři vystupují u organizací Spitexu často opět organizace Spitexu. To je případ téměř u každého třetího společného řešení s podílem organizace Spitexu (31 %). Podobné tendence, i když poněkud méně vyhraněné, se dají zjistit i v domovech. Také ty spolupracují často se stejnými typy zařízení, a to u každého pátého společného řešení s podílem domova (20 %). Kromě horizontálně integrované formy jsou časté také vertikálně integrované formy spolupráce. Velmi často patří organizace Spitexu k spolupracujícím partnerům domovů a opačně. Jako další důležití spolupracující partneři často vystupují dobrovolníci/rodinní příslušníci a také poskytovatelé obědů/stravovacích služeb.

7.3. Služby

Mnoho společných řešení má omezenou nabídku služeb. Často se v rámci spolupráce poskytuje pouze jedna určitá služba. Nejčastější služby organizací Spitexu, domovů a center poskytované v rámci společných řešení jsou: základní a ošetrovatelská péče, domácí péče / domácí pomoc spolu s přechodnou/krátkodobou/dovolenkovou odlehčovací péčí. Společná řešení se často využívají také za účelem nabídky specializovaných služeb, nejčastější je péče o osoby trpící demencí a paliativní péče.

7.4. Stupeň formalizace

Dohromady vycházejí společná řešení převážně ze smluvních forem spolupráce nebo z právní formy jednoduché společnosti, spolku nebo nadace. Přitom nejsou většinou definovány žádné všeobecné procesy. Přechody se řídí převážně individuální situací. Společná interní a externí komunikace spolu se společně poskytovanými podpůrnými službami (např. administrativa, vzdělávání a další vzdělávání, marketing) jsou u center vyhraněny silněji než u domovů a organizací Spitexu. Spojená řešení domovů a organizací Spitexu mají spíše neformální charakter.

7.4.1. Minimální řešení stacionární

Společná řešení spadají do této největší skupiny. Jsou charakterizována tím, že je poskytují převážně domovy (91,4 %), které často navazují spolupráci s podobnými zařízeními a spíše zřídka s organizacemi Spitexu a často se také podílejí pouze na jednom nebo několika málo řešeních. Navíc je v rámci těchto společných řešení nabízeno pouze malé množství služeb a specializací.

7.4.2. Minimální řešení ambulantní

Tato druhá největší skupina zahrnuje 60 společných řešení. Zapojené organizace jsou hlavně organizace Spitexu (95 %), které pouze v několika málo případech navazují spolupráci s domovy. Je zde tendence nabízet v rámci společných řešení méně služeb, téměř polovina z nich ovšem poskytuje specializace. Organizace, které se přihlásily k těmto společným řešením, se většinou podílejí pouze na tomto nebo několika málo dalších řešeních.

¹⁶ Vgl. Kapitel 12: Spitex Schweiz.

7.4.3. Rozsáhlá řešení

S počtem 38 společných řešení je toto třetí největší skupina. Je reprezentována z 50 procent domovy a vždy z jedné čtvrtiny organizacemi Spitexu a centry. Tato skupina se vyznačuje tím, že v téměř dvou třetinách spojených řešení je poskytováno společně více služeb. Navíc je poskytována v rámci těchto řešení jedna nebo více specializací. Organizace, které se přihlásily k těmto spojeným řešením, se podílejí většinou pouze na jednom nebo několika málo řešeních.

7.5. Výsledek a výhled v oblasti společných řešení

Domovy a organizace Spitexu v německy hovořící části Švýcarska usilují o společná řešení, ovšem pouze váhavě, spíše nestrukturovaně a v malém rozsahu. Ve většině případů se navazuje spolupráce mezi dvěma „stejnými“ partnery za účelem poskytování společné služby na smluvním základě. Komplexní společná řešení mezi více poskytovateli služeb podle směrnic na léčení pacientů jsou výjimkou. Existuje vysoký potenciál pro tvorbu a podporu společných řešení. Především malé venkovské domovy mají v této oblasti ještě co dohánět. Podpůrné služby, např. administrativní činnost nebo využívání infrastruktury, by měly být z provozně-ekonomického hlediska více poskytovány, respektive využívány společně a napříč institucemi. Přechody mezi organizacemi by měly být lépe sladěné a koordinované. Mnoho společných řešení je regulováno neformálně. Za účelem zaručení stálosti nabídek by měla být spolupráce v oblasti ošetřování a péče co nejrychleji převedena na pevnější právní a organizační struktury.

Pojem „společné řešení“ by si měl v oblasti ošetřování a péče získat pevné místo a být využíván v každodenním používání i v dalších studiích. Navíc by mělo být definováno, co jsou dobrá společná řešení a jak mohou být popsána. Ovšem je třeba větší snahy ze strany poskytovatelů služeb při realizaci společných řešení – to bude v budoucnosti více podporováno ze strany pacientů, klientů a nositelů nákladů.

8. Kvalita

8.1. Kvalita života v domovech¹⁷

Národní zastřešující svaz CURAVIVA Schweiz vypracoval se zaměřením na podporu kvality života v domovech následující zásady, které doporučuje aplikovat všem svým členským institucím.

Lidé, kteří vstoupí do domova, se nacházejí ve zvláštní životní situaci. Z různých důvodů opouštějí přechodně nebo trvale své známé prostředí a nacházejí nové prostředí v domově.

Domovy nahrazují nebo doplňují primární systém svých obyvatel. Jako kompetentní centra pro zvláštní životní situace podporují obyvatele při uspořádání každodenního života a vytvářejí nabídky v oblasti bydlení, péče, volného času, vzdělávání, práce a/nebo zaměstnání.

V domově s vysokou kvalitou života platí následující zásady:

A. Domov vytváří plynulý přechod mezi nahrazujícími a doplňujícími nabídkami.

- Domov netvoří žádný zvláštní samostatný svět. Podporuje integraci svých obyvatel v širokém smyslu slova a poskytuje v případě potřeby i služby, které jsou otevřené také externím skupinám obyvatel. Ve spolupráci s jinými organizacemi se stará o vyrovnanou nabídku ambulantních, částečně stacionárních a stacionárních služeb.
- Velká pozornost se věnuje procesům příchodu a odchodu. Společně se všemi interními i externími zúčastněnými se procesy utvářejí pečlivě s ohledem na potřeby adresátů.

¹⁷ Auszüge aus der Publikation «Lebensqualität im Heim» (2005) von CURAVIVA Schweiz.

- Obyvatelé mají možnost absolvovat plynule proces příchodu nebo odchodu (např. domov, externí bytová skupina, pomoc při hledání následného řešení).
- Budoucí obyvatelé, respektive jejich rodinní příslušníci mohou zkušebně poznat běžný život v domově ještě předtím, než se rozhodnou pro, nebo proti vstupu.
- Přechod na jinou formu bydlení v rámci domova nebo mimo něj je pravidelným tématem diskuzí: Jaký vývoj je možný a o co je nutné usilovat? Jaké podpůrné podmínky je třeba vytvořit?

B. Domov vyhledává kontakty a stará se o setkávání v jeho okolí.

- Domov považuje sám sebe za tvůrčího aktéra ve svém okolí a podílí se na rozvoji čtvrti nebo obce.
- Předává své etické zásady všem skupinám zájemců a informuje je o svém rozvoji.
- S obyvateli čtvrti nebo obce vyhledává domov přímá setkání, především tím, že iniciuje odpovídající nabídky.
- Domov přivítá, když se jeho obyvatelé účastní společenského života v okolí a využívají externích nabídek, nebrání-li tomu vykonávání opatření.

C. Domov podporuje kontakt mezi rodinnými příslušníky a obyvateli domova.

- Domov je v kontaktu s rodinnými příslušníky a zákonnými zástupci svých obyvatel a pravidelně je informuje o osobních, strukturních a koncepčních změnách v domově.
- Rodinní příslušníci a zákonní zástupci obyvatel vědí, kdo je jejich kontaktní osoba. Jsou informováni o svých právech a povinnostech.
- Domov vytváří podmínky podporující kontakt mezi rodinnými příslušníky a obyvateli domova, zároveň však respektuje samostatnost obyvatel.
- Rodinní příslušníci mají možnost účastnit se každodenního života a podílet se obzvláště na péči, pokud tomu nebrání závažné důvody.
- V případě problémů mezi rodinnými příslušníky a obyvateli zasáhne domov tehdy, pokud se ho konflikt osobně dotýká.

D. Domov respektuje samostatnost obyvatel.

- Obyvatelé mají právo svobodně rozhodovat o uspořádání každodenního života a samostatně řešit své záležitosti. Je chráněna jejich soukromá a intimní sféra. Jejich práva jsou omezena potřebami spolubydlících nebo prováděním nařízení.
- Lidé, kteří s ohledem na své schopnosti nedokážou autonomně vytvářet svůj běžný den, získají potřebnou podporu.
- Obyvatelé mají „klíčovou sílu“, pokud ovšem neohrožují sebe nebo jiné nebo pokud tomu nebrání provádění opatření.
- Kulturní a/nebo náboženská identita obyvatel je respektována. Hranice tolerance jsou předepsány švýcarskými zákony a nařízeními.
- Domov má jasný a zřejmý postoj k otázkám sexuality.
- Při nemoci a umírání plní zaměstnanci co možná nejvíce přání postižených osob.
- Domov se snaží zaručit obyvatelům svobodnou volbu profesionálních kontaktních osob.
- Práva a povinnosti jsou obyvatelům, respektive jejich zákonným zástupcům známá. V případě konfliktu vědí, jakým způsobem mohou uplatnit své stížnosti.

E. Domov podporuje soudržnost obyvatel mezi sebou.

- Domov uzpůsobuje běžný den tak, aby docházelo co nejčastěji k setkávání obyvatel, a vytváří speciální příležitosti posilující soudržnost obyvatel. Zároveň je ovšem respektována jejich autonomie.
- Společně využívané prostory a prostředí domova jsou zařízeny tak, že podporují vztahy mezi obyvateli.
- Jestliže obyvatelé nedokážou samostatně řešit konflikty, zasáhnou zaměstnanci. Je třeba chránit integritu všech zúčastněných.

- Sexuální přestupky a jiné formy násilí nejsou tolerovány. Domov zavede nutná preventivní opatření a stanoví postup při překročení hranice.

F. Domov podporuje obyvatele při jejich rozvoji.

- Osobnost každé obyvateľky a každého obyvatele je jedinečná. Domov podporuje atmosféru vzájemného respektu a zasazuje se o to, aby bylo s příslušníky obou pohlaví a všech kultur zacházeno se stejnou úctou.
- Domov vytváří podmínky, které podporují rozvoj obyvatel a jsou zaměřené na individuální potřeby a zdroje.
- Zaměstnanci znají životní poměry jednotlivých obyvatel, vystupují vůči nim otevřeně a se zájmem a snaží se porozumět jejich chování.

G. Domov sám se neustále rozvíjí.

- Domov se považuje za stále se učící organizaci. Vytváří předpoklady pro to, aby se jeho zaměstnanci kontinuálně zabývali vlastními hodnotami, normami a kompetencemi spolu s postoji společnosti k obyvatelům.
- Obyvatelé se mohou podle svých možností zúčastnit procesu reflexe. Domov jim při tom poskytne nutnou podporu.
- Je podporována zejména diskuze na téma samostatnosti a závislosti, rovnoprávnosti mužů a žen a soužití lidí různých kultur.
- Domov zajistí, aby byli zaměstnanci ve své profesi vždy na nejvyšší úrovni znalostí a aby dokázali uplatnit své znalosti v praxi.
- Zaměstnanci se angažují při rozvoji domova. Uvědomují si komplexní souvislosti a usilují o spolupráci napříč obory.

H. Domov zaručuje odpovídající životní standard.

- Zaměstnanci mají dostatečnou profesní kvalifikaci, kterou potřebují ke splnění standardů kvality. Plány míst jsou dostatečně dotovány.
- Úprava budov a změny v domově vycházejí vstříc potřebám obyvatel. Vnitřní zařízení podporuje pocit bezpečí a pohodlí. Obyvatelé se mohou podílet na vybavení prostor a okolí.
- Obyvatelé mají k dispozici soukromé prostory k bydlení a mohou si je sami zařídit. Osoby, které toho nejsou kvůli svým schopnostem schopné, získají potřebnou podporu.
- Strava je vyvážená a kvalitní. Odpovídá co možná nejvíce přání obyvatel.
- Je zajištěna hygiena a čistota. Obyvatelé jsou podle svých schopností podporováni při péči o své tělo a o svůj vzhled.
- Obyvatelům jsou k dispozici potřebné pomůcky pro zvládnání překážek všedního dne.

I. Domov má profesionální vedení.

- Domov neustále komunikuje se všemi zainteresovanými skupinami a informuje je o měnících se společenských, kulturních a hospodářských podmínkách. Snaží se vyjít vstříc různým zájmům jednotlivých skupin.
- Vedení domova vytváří společně se zaměstnanci a pokud možno také s obyvateli vizi budoucího uspořádání domova. Se zaměřením na tuto vizi rozvíjí domov svou organizační kulturu, vypracovává vhodné struktury a rozhoduje v pravidelných odstupech o nutných strategických opatřeních, aby mohl i v budoucnosti úspěšně pracovat.
- Jsou definovány důležité řídicí a podpůrné procesy. Ty se zaměřují na potřeby obyvatel a také na nařízení kontrolních orgánů a nositelů nákladů.
- Domov vypracuje systém kvality a dále rozvíjí kvalitu struktury, procesů i výsledků.

8.2. Zásady zodpovědného jednání v domovech a v sociálních institucích¹⁸

Národní zastřešující svaz CURAVIVA Schweiz definoval pro zajištění zodpovědného jednání v domovech a v sociálních institucích jasné hodnotící postoje, které mají pomáhat orientaci a být vodítkem při denní péči a ošetrovatelské práci.

¹⁸ Auszüge aus der Publikation «Grundlagen für verantwortliches Handeln in Heimen und Institutionen» (2010) von CURAVIVA Schweiz.

A) Právo na důstojnost a respekt

„Zasazujeme se o to, aby byly v našem domově vytvořeny předpoklady pro to, že bude zachována důstojnost a respekt všech osob v domově.“

Body týkající se všech stran v domově:

- Obyvatelé a jejich rodinní příslušníci stejně jako zaměstnanci mají právo na důstojnost a respekt.
- Vztahy mezi obyvateli, zaměstnanci a kontaktními osobami jsou charakterizovány akceptací a upřímností.

Body týkající se obyvatel:

- Obyvatelé s rozdílnými charakterovými vlastnostmi, schopnostmi, zdroji a životními cíli, ale také problémy a nemocemi mají stejná práva na úctu a na optimální kvalitu života.
- K důstojnosti obyvatel patří jak respektování jejich soukromé a intimní sféry, tak možnost uspokojování jejich základních potřeb.
- Obyvatelé, pokud nejsou omezeni zákonnými předpisy, mohou samozřejmě vykonávat svá občanská práva.

B) Právo na sebeurčení

„Uznáváme právo každého člověka v domově na co nejvyšší sebeurčení.“

Body týkající se všech stran v domově:

- Každý člověk v domově by měl mít možnost vyjádřit svá přání a cíle a dosáhnout těchto cílů prostřednictvím vlastního jednání, případně s pomocí ostatních lidí. Konflikty mezi různými cíli se řeší především formou rozhovorů tak, aby bylo dosaženo řešení, které je přijatelné a transparentní pro všechny strany.
- Obyvatelé, případně vychovatelé, rodinní příslušníci nebo blízké osoby a zaměstnanci se podílejí na rozhodnutích, která se jich týkají. Rady domova a týmové nebo skupinové schůze jsou možné formy, jak připravit a uskutečnit společná rozhodnutí.
- Právo na sebeurčení končí tam, kde by byla omezena práva na svobodu jiných osob v domově nebo mimo domov. Aby bylo možné spojit různé zájmy, je podporována schopnost udržovat dobré vztahy a partnersky řešit společné problémy.

Body týkající se obyvatel:

- Obyvatelé jsou podporováni v tom, aby využívali i nadále zdroje svého dosavadního života a pokračovali ve svých životních zvyklostech – pokud je to možné a pokud si tím sobě nebo třetím osobám neškodí.
- Právo na výpověď musí být stanoveno smluvně. Pro děti a mládež mladší 18 let a pro nespěprávné dospělé je nutné uzavřít písemnou smlouvu o péči.
- Zletilí obyvatelé mají právo odmítnout služby, ošetření a medikaci poté, co byli informováni o následcích. Při problémech s porozuměním si mohou kdykoli vyžádat pomoc při rozhodování.
- Právo na sebeurčení může také znamenat neprovádění opatření na prodlužování života za každou cenu, nýbrž odchod ze života pokud možno bez bolesti a strachu.

C) Právo na informace

„Každý člověk v domově má právo být detailně, srozumitelně a včas informován o všem, co se ho týká.“

Body týkající se všech stran v domově:

- Zaměstnanci, obyvatelé a blízké osoby nebo zákonní zástupci jsou včas informováni o událostech, které se jich týkají. To znamená pro obyvatele také včasné a srozumitelné informace o finančních otázkách, o službách navíc a o omezujících opatřeních.

Body týkající se obyvatel:

- Obyvatelé jsou upozorněni na následky svého jednání, které odporuje pravidlům nebo doporučením v domově.

- Každý obyvatel zná kompetence všech osob v domově, které jsou pro něj důležité. Každý nesvéprávný obyvatel má v domově k dispozici kontaktní osobu.
- Každý svéprávný obyvatel zná způsob podávání stížností v domově. Každý nesvéprávný obyvatel má k dispozici právního zástupce, který je informován o způsobu podávání stížností.

D) Právo na rovnoprávné zacházení

„Zasazujeme se o to, aby během života v domově nedocházelo k jakékoli diskriminaci.“

Body týkající se všech stran v domově:

- Obyvatelé a zaměstnanci z cizích kultur mohou ctít své tradice, hodnoty a světové názory stejně jako Švýcaři, pokud nejsou v rozporu se zákonem. Jsou respektovány a brány vážně i cíle, které se na první pohled mohou zdát nesrozumitelné.
- Nerovnost šancí dosavadního života je v domově, pokud je to v našich silách, vyrovnána.

Body týkající se obyvatel:

- Obyvatelé s menšími finančními možnostmi získají stejnou péči jako osoby s dobrým materiálním zajištěním.
- Právo na rovnoprávné zacházení nevylučuje individuální jednání s každým obyvatelem.

Body týkající se zaměstnanců:

- Zaměstnanci se srovnatelnými předpoklady dostávají stejný plat.
- Je chráněno právo na důstojnost a vážnost zaměstnanců, nikdo není diskriminován kvůli národnosti, sociálnímu původu nebo kvalifikaci.
- Domovy poskytnou podle možností pracovní místa také osobám, které jsou na trhu práce znevýhodněny.

E) Právo na bezpečí

„Zasazujeme se o bezpečí všech osob v domově.“

Body týkající se všech stran v domově:

- Všichni obyvatelé a zaměstnanci jsou chráněni odpovídajícími opatřeními před zraněními.
- Dbá se na ochranu dat a na potřebu obyvatel a zaměstnanců na důvěrné projednání jejich záležitostí.
- Nejsou využívány vztahy závislosti.
- Instrukce chrání prostřednictvím odpovídajících opatření všechny obyvatele / ošetřované osoby a zaměstnance před duševním a tělesným zneužíváním.

Body týkající se obyvatel:

- Instrukce nabízí všem obyvatelům rámec a strukturu a poskytuje jim domov a pocit bezpečí.
- Každý obyvatel se může ubytovat v domově zásadně podle své volby, pokud tato svoboda volby není omezena opatřeními ze strany opatrovatele.
- Pokud jsou potřeby bezpečí některého z obyvatel v rozporu s jinými cíli, je třeba navázat se všemi zúčastněnými rozhovory a snažit se dosáhnout řešení, přičemž rozhodující je vůle této osoby (respektive její domnělá vůle).
- Pokud si odporují právo na bezpečnost a právo na seburčení, mohou být po dohodě všech zúčastněných, případně jejich zákonných zástupců, přiznána obyvatelům určitá, oprávněná rizika.

Body týkající se zaměstnanců:

- Vedení domova usiluje o bezpečná pracovní místa.
- Instrukce přijmou dostatečné množství personálu, aby byla zaručena bezpečnost a kvalita služeb.

F) Právo na kvalifikované služby

„Usilujeme o to, abychom v domově nabízeli služby všech typů odpovídající nejnovějšímu stavu praxe a vědy.“

Body týkající se všech stran v domově:

- V situacích, kdy možnosti domova nestačí, jsou přizváni externí odborníci.

Body týkající se obyvatel:

- Uspořádání a zařízení domova by mělo odpovídat požadavkům odpovídajícím tělesnému a duševnímu stavu obyvatel.
- Je garantována lékařská i ošetrovatelská péče.
- Obyvatelé domova mohou profitovat z externích služeb, stejně jako osoby zvenčí mohou využívat služeb domova.

Body týkající se zaměstnanců:

- Vedení domova a zaměstnanci se pravidelně vzdělávají a využívají nových poznatků při své práci.

G) Právo na růst osobnosti

„Zasazujeme se o to, aby se všichni lidé v domově mohli dále rozvíjet a podílet se aktivně na naší společnosti a aby mohli žít co možná nejsamostatněji.“

Body týkající se všech stran v domově:

- Životní podmínky v domově jsou utvářeny tak, aby se obyvatelé i zaměstnanci mohli dále rozvíjet s ohledem na své tělesné, duševní a sociální zájmy. Usiluje se o celkovou podporu.
- Obyvatelé a zaměstnanci jsou podporováni, pokud odmítnou nepřijatelné požadavky.

Body týkající se obyvatel:

- Protože přehnaná péče zabraňuje rozvoji nebo udržení vlastních schopností, není nabízeno více služeb, než je nutné. Blízké osoby jsou informovány o politice domova.
- U dětí a mládeže v domovech a institucích je přítom v centru pozornosti rozvoj osobnosti, socializace a vzdělání, dospělí postižení vyžadují zpravidla během celého života zvláštní formu podpory. U seniorů se podporuje vyrovnání se se snížením schopností a s vlastní smrtí.

Body týkající se zaměstnanců:

- Zaměstnanci jsou podporováni v tom, aby navštěvovali také vzdělávací akce, které mohou podporovat jejich osobní rozvoj.

H) Právo lidí v domovech a institucích na respekt

„Zasazujeme se o to, aby všichni lidé v domovech byli ve společnosti respektováni a bráni vážně.“

Body týkající se všech stran v domově:

- Všechny osoby v domovech přispívají svým dílem k tomu, aby zájmy a potřeby lidí v domovech byly respektovány a uznávány celou společností. Zacházejí zodpovědně s finančními prostředky a chovají se šetrně k životnímu prostředí. Dbají, aby média i veřejnost byly objektivně informovány o událostech v domově.

8.3. Základní kvalita v domovech pro seniory a v pečovatelských domovech¹⁹

Nároky na služby a jejich kvalitu v domovech pro seniory a v pečovatelských domovech postupně stoupají. Průměrná potřeba péče obyvatel domovů se stále zvyšuje a stejně tak stoupá i očekávání obyvatel a jejich příslušníků. Pro oblast péče vyžaduje zákon o nemocenském pojištění zajištění kvality.

¹⁹ Auszüge aus der Publikation «Grundangebot und Basisqualität in Alters- und Pflegeheimen». Steuerungsgruppe BL, BS und SO. 3. Auflage. Januar 2006.

Největší část domovů je vedena soukromě-právními nositeli (svazy, nadace, jednotlivé osoby). Přímé vedení domovů státními nebo komunálními institucemi je spíše výjimkou. Obce udělují zpravidla příkazy k poskytování péče nositelům nákladů. Proto se musí management kvality (zajištění kvality a rozvoj) přizpůsobit těmto strukturám. Kantony a obce mají povinnost dozoru. Navíc vystupují kantony a obce jako objednatelé služeb, jejichž rozsah a kvalitu jsou povinni kontrolovat a vykonávat odpovídající dozor.

Současně mají provozovatelé domovů vlastní zodpovědnost a vlastní zájem při zajišťování kvality, neboť od toho závisí existence provozu. Management kvality v dlouhodobé péči by měl odrážet tuto společnou zodpovědnost.

Zpravidla je úroveň jednotlivých standardů stanovována tak, že 80% domovů bez větší námahy dosáhne daného standardu nebo jej již dnes splňuje (pravidlo 80/20). Dále jde o to, aby se podařilo definovat takovou úroveň, která není pouze prosazována kontrolními orgány, ale i uznána (=hrazena) nositeli nákladů. Standardy ve vztahu k nabídce a kvalitě musí splňovat jak požadavky kontrolních úřadů, tak ochranu konzumentů a zodpovědnost nositelů nákladů.

Pokud poskytovatel služeb i navzdory upomínkám nedosáhne standardů, je mu odebráno povolení k provozování domova (povolení provozu).

Ve Švýcarsku je základní kvalita zásadně definována a kontrolována v následujících kategoriích (a odpovídajících subkategoriích):

Na základě federalistického systému jsou ve Švýcarsku jednotlivé kantony zodpovědné za tvorbu a kontrolu kritérií kvality pro domovy.

Tabulka 10: Kategorizace základní kvality v domovech pro seniory a v pečovatelských domovech

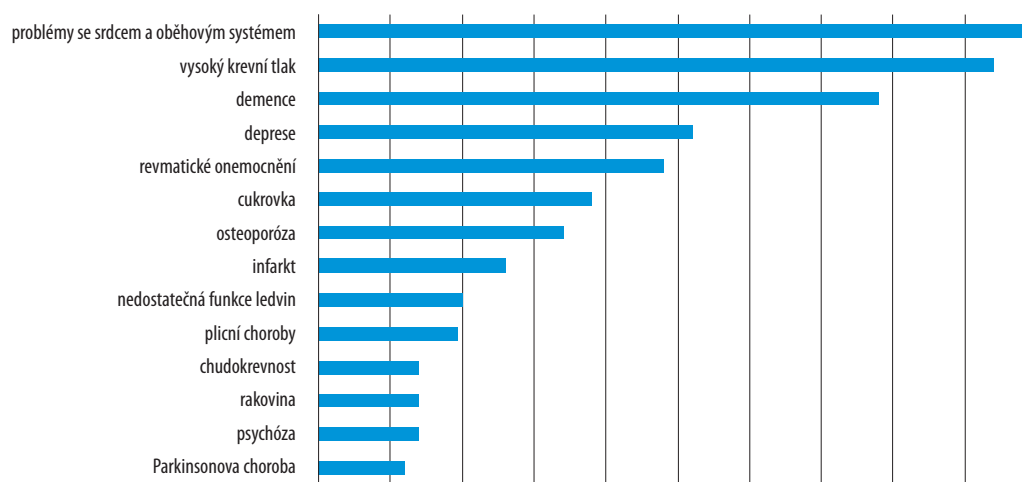
Kategorie základní kvality	Subkategorie
Zásady, vedení a organizace:	<ul style="list-style-type: none"> • Finanční zodpovědnost • Vzor domova • Vedení • Vedení domova Pracovní plán / plán nasazení personálu • Další vzdělávání • Účetnictví • Zajištění kvality • Dodržování nadřazených zákonů a nařízení
Ošetřování a péče:	<ul style="list-style-type: none"> • Koncept ošetřování a péče • Instrumenty na zjištění potřeb (dva největší poskytovatelé takových systémů ve Švýcarsku jsou BESA a RAI) • Dokumentace ošetřování a péče • Zodpovědní odborníci • Zaměstnanci • Správa léků • Profesionální stupně kompetence
Tvorba všedního dne a aktivizace:	<ul style="list-style-type: none"> • Koncept tvorby všedního dne a aktivizace • Zodpovědní odborníci
Lékařské služby:	<ul style="list-style-type: none"> • Regulace svobodné volby lékaře • Regulace spolupráce s lékaři činnými v pečovatelských domovech • Psychiatrická konsiliární služba
Svoboda a opatření omezující svobodu:	<ul style="list-style-type: none"> • Koncepty týkající se použití opatření omezujících svobodu
Pomoc při umírání a úmrtí:	<ul style="list-style-type: none"> • Koncept umírání a smrt
Jídlo a pití:	<ul style="list-style-type: none"> • Koncept jídlo a pití • Odborný kuchyňský personál
Domácnost:	<ul style="list-style-type: none"> • Koncept domácnost
Bezpečí:	<ul style="list-style-type: none"> • Koncept bezpečí • Hygiena
Stavební předpoklady:	<ul style="list-style-type: none"> • Požadavky na uspořádání pokojů, všeobecných prostor a budov v pečovatelských domovech a stanicích • Stavební předpoklady pro bytové skupiny s obyvateli trpícími převážně demencí • Výjimečná a přechodná nařízení

9. Demence

9.1. Úvod

Stále více lidí trpí demencí. To je důsledek vysokého věku, neboť riziko onemocnění mozku se zvyšuje exponenciálně se stoupajícím věkem od 60 let a dosahuje maxima 40 % u skupiny 90letých. Na základě demografického vývoje se zvýší počet z dnešních 107 000 osob trpících demencí (ve Švýcarsku) za deset let až na 140 000. Do roku 2050 musíme počítat s počtem 300 000 nemocných demencí.

Graf 10: Nejčastější diagnózy u seniorů v institucích



Zdroj: BFS, Průzkum zdravotního stavu seniorů v institucích, 2008/2009

Tabulka 11: Počet osob trpících demencí podle věkových skupin ve Švýcarsku, 2010

Obyvatelstvo podle věkových skupin		Počet pacientů s demencí na věkovou skupinu*		
Věk	Muži	Ženy	Muži	Ženy
30–64	1 938 148	1 924 794	1 299	1 290
65–69	1 842 54	1 987 99	4 054	2 187
70–74	1 376 29	1 626 71	6 331	6 344
75–79	1 086 34	1 451 00	5 432	9 722
80–84	72 813	1 187 72	8 810	16 034
85–89	39 441	801 69	7 297	18 279
90–	16 054	443 55	5 121	15 125
Total			38 344	68 981

* Počet pacientů s demencí ve Švýcarsku v roce 2010 vychází z odhadů.

Výpočet: podíl prevalence na věkovou skupinu aktuálního počtu obyvatel koncem roku 2009

Zdroj: Švýcarské sdružení pro Alzheimerovu chorobu, 2010

9.2. Pečovatelské a ošetřovatelské postupy při onemocnění demencí

Onemocnění demencí se nedá vyléčit a průběh nemoci není možné zastavit léky, může být maximálně zpomaleno. Proto je hlavním zájmem při zaopatření pacientů s demencí optimální péče a ošetřování, které bere vážně nárok na trvalou důstojnost a její specifické nedostatky. Koncept vyvinutý v rámci domova, který se zřetelí na prostorové předpoklady a provozní průběh zohledňuje potřeby osob trpících demencí, slouží jako základ pro různé možnosti intervence.

Následující postupy a metody dnes patří k neodmyslitelné výbavě přiměřené péče, tzv. „dementia care“:

A) Validace:

Tento komunikační postup vyvinula Naomi Feil. Spočívá v necenzurovaném, nehodnotícím způsobu chápání světa osob trpících demencí. Validační terapie by měla umožnit, aby lidé trpící demencí vyřešili důležité, zatím nevyřešené úkoly z dřívějších období života.

Nicole Richard tento postup ještě rozvinula (integrativní validace). Tato metoda upouští od nejisté snahy o terapii a staví do popředí vytvoření vztahu, bere vážně především projevené city a podněty nemocných osob.

B) Terapie prostředím:

Pojem „prostředí“ zahrnuje jak prostorové okolí, tak formu zacházení a aktivity. Terapie prostředím je chápána jako terapeutické jednání za účelem přizpůsobení materiálního a sociálního okolí změnám vnímání, cítění, prožívání a kompetencí osob s demencí. Protože se pacienti s demencí stále více cítí přetěžováni každodenními požadavky a reagují stresem, může vědomé prostorové uspořádání prostředí a každodenního života přizpůsobeného jejich potřebám přispět k jejich dobrému pocitu. Do této oblasti patří prostorově-architektonické aspekty, jako je světlo, barvy, uspořádání prostoru, ale také přiměřené uspořádání sociálního prostředí.

C) Reminiscenční terapie/práce s biografií:

Znalosti individuální biografie podporuje nezaujaté pochopení chování a každodenní rutiny. Nápomocná je zvláště znalost druhů interakce postižených, jejich způsoby překonání problémů a vyrovnání se s nimi a znalost důležitých událostí života.

D) Kinestetika:

Za tímto konceptem se skrývá analýza lidských pohybových vzorců. Podaří-li se poznat tyto pohybové vzorce jak při jejich vývoji, tak při individuálních zvycích pacientů, napomáhá to účinné podpoře lidí s demencí při jejich tělesných pohybech. A protože jsou všechny tyto pohybové vzorce ukládány i v mozku, pomáhá znalost individuálních zvyklostí najít „správný vstup“ do individuálního pohybového vzorce.

E) Bazální stimulace / metoda snoezelen:

Pokud se verbální komunikace dostává stále více do pozadí, je možné oslovit pacienta s demencí prostřednictvím smyslů. Oční kontakt a sluchové vjemy, stimulace těla, podněty smyslu rovnováhy, haptická stimulace, vibrační podněty, orální a olfaktorická stimulace slouží pacientům k orientaci a pomáhají jim lépe vnímat vlastní tělo a okolí.

9.3. Kvalita života osob s demencí

Cílem všech těchto ošetrovatelských postupů je zajištění co možná nejvyšší kvality života osob s demencí po celou dobu průběhu nemoci. Dosud byla vyvinuta celá řada různých metod ke zvýšení a rozvoji těchto individuálních potřeb dobré kvality života.

A) Dementia care mapping (DCM):

Tato metoda vychází z postupu Toma Kitwooda. V centru pozornosti se nachází osoba pacienta. Je to pozorovací postup, jehož cílem je detailně zachytit relativní pocit pohody pacientů a na základě toho logicky vyvodit, jaká je kvalita péče a života.

B) Heidelberský test ke zjištění kvality života osob s demencí (H.I.L.DE.):

Pomocí tohoto nástroje vyvinutého v průběhu několikafázového postupu mohou ošetrovatelé sami pochopit individuální kvalitu života obyvatel domova ve všech jejich rozličných projevech a z toho odvodit opatření pro péči a ošetrování.

9.4. Význam stoupajícího počtu osob s demencí pro stát

9.4.1. Vysoké požadavky na péči

Průběh onemocnění demencí stále postupuje. Během průměrného průběhu Alzheimerovy nemoci trvající cca osm let (55 procent všech onemocnění demencí) se stupeň těžkosti sukcesivně zvyšuje. Ve střední a poslední fázi nemoci jsou požadavky na péči tak vysoké, že tito pacienti už stěží mohou žít v domácím prostředí. Potřebují profesionální péči a ošetřování po celý den a žijí většinou v domovech pro seniory a v pečovatelských domovech.

Tento vývoj vede k tomu, že dnes trpí minimálně dva z pěti obyvatel domovů demencí. V ošetřovatelských centrech města Curych je to téměř 70 procent. Péče o osoby s demencí se stala pro domovy velkou výzvou. Organizace CURAVIVA Schweiz by chtěla v budoucnosti poskytnout více podpory pomocí odborné výměny názorů, specifických nabídek dalšího vzdělávání a konkrétních zpráv o zkušenostech („best practice“).

9.4.2. Zvláštní výzvy

Během péče a ošetřování osob trpících demencí se objevují zvláštní výzvy. K nim patří:

A) Ohrožení pádem:

Protože pacienti s demencí ztrácejí postupně také kontrolu nad svými tělesnými funkcemi, jsou podle fáze své nemoci velmi ohroženi pádem. V domovech jsou chráněni před tímto nebezpečím pomocí různých opatření. Tato opatření jsou ovšem zároveň více nebo méně nepříjemná a omezují svobodu. Ve spolupráci s Evangelickou vysokou školou ve Freiburgu im Breisgau zahájil vzdělávací program „Lidé ve stáří“ organizace CURAVIVA Schweiz projekt nazvaný ReduFix. Díky cíleným školením poznávají ošetřovatelé vhodná ochranná opatření a postupy, které jim umožňují profesionálně jednat v nevyhnutelně problematických situacích.

B) Ohrožení útekem:

Obzvláště ve stádiu střední demence mají pacienti s demencí často silné nutkání k pohybu. Jsou ale zároveň omezeni v časové i prostorové orientaci, a tak opouštějí často sami své známé prostředí. K jejich ochraně se osvědčila dvě opatření:

Chráněná oddělení pro osoby s demencí: mnoho institucí vytvořilo společnými prostorovými a optickými opatřeními bytové prostředí, které u nemocných výrazně redukuje pocit „uzamčení“.

Elektroničtí „průvodci“: osoby s demencí ohrožené útekem jsou individuálně vybaveny vysílačem GPS; díky němu je možné identifikovat jejich momentální tělesný stav i místo pobytu.

9.4.3. Péče a ošetřování osob s demencí v domovech

A) Asistenční péče

Asistenční péče o pacienty s demencí znamená především nabídnout jim podle jejich možností pomoc ve všech životních situacích. Péče musí být vystavěna na vlídném, uctivém a partnerském přístupu. Jedná se o stálé balancování na hraně, aby nedošlo k přecenění nebo podcenění pacientů. Příklady hlavních bodů péče odpovídajících biografii jsou:

- uctivá, respektující komunikace,
- nabídky činností,
- společné umělecké aktivity,
- svoboda pohybu,
- možnosti odpočinku,
- společenská integrace (možnost zúčastnit se, slavit svátky atd.).

B) Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská péče o osoby s demencí musí být individuální a přiměřená jejich denní formě. Výše uvedené koncepce validace, kinestetiky a bazální stimulace slouží jako základ individuální péče. V pozdním stadiu demence je důležitá paliativní péče. K ní patří také práce s rodinnými příslušníky a zamezení přetěžování fixními strukturami (sprchování podle plánu, chození do postele podle plánu atd.).

Časté ošetrovatelské výzvy jsou:

- inkontinence,
- nápadné chování, jako jsou hlasité výkřiky, pobíhání dokola, obecný neklid,
- nebezpečí pádu,
- poruchy polykání,
- epileptické záchvaty,
- tělesné trápení jako: bolesti, infekce, nutkání k močení a na stolicí atd.,
- poruchy spánku,
- bludné představy,
- agitace,
- deprese,
- delirium.

9.4.4. Formy bydlení pro osoby s demencí ve Švýcarsku

- specializované bytové skupiny, které se starají výhradně o osoby trpící demencí;
- bytové skupiny, ve kterých jsou opatrovány společně osoby bez kognitivních poruch s pacienty s demencí;
- bytové skupiny s ošetrovatelským dohledem se strukturou společného bydlení;
- denní stacionáře;
- odlehčovací lůžka;
- noclehárny.

9.4.5. Poznatky vzhledem k architektuře a uspořádání oddělení pro pacienty s demencí v domovech

I když specializované formy bydlení vykazují oproti smíšeným skupinám určité výhody (viz níže), není možné říci, která z obou forem bydlení je lepší. Obě mají výhody i nevýhody, každá z nich může být vhodná pro určité osoby trpící demencí.

Výzkumy v Austrálii a USA ukázaly, že asi 10 procent osob s demencí má tak těžké neuropsychiatrické vedlejší příznaky, že je nutné se o ně starat ve specializované instituci. Ostatní pacienti s demencí mohou být opatrováni buď doma vyškolenými rodinnými příslušníky, nebo pomocí školeného ošetrovatelského personálu z nespécializované instituce.

Důležité pro osoby s těžkou demencí a s vysloveným nutkáním k pohybu je bezbariérové prostředí s přístupem do chráněných zahrad. Vnitřní zařízení by mělo navazovat na známé formy bydlení. Osvětlení by mělo být jasnější, než je zvykem u zdravých lidí, doporučuje se hodnota 500 Lux.

Ve veřejných, částečně veřejných i v soukromých prostorách: společný obývací prostor a jídelna, světlé a příjemné chodby lákající k chození a posezení, vlastní ložnice s osobními předměty.

- Světelné koncepty: dobré nepřímé osvětlení, které nevrhá stíny!
- Teplé barvy.
- Podlaha bez překážek a barevných změn.
- Zábradlí.
- Zahrady, kde je pokud možno co nejmenší nebezpečí pádu.

10. Paliativní péče²⁰

10.1. Úvod

Jak dokazují statistiky pro všechny věkové skupiny, přesunul se v posledních desetiletích ve Švýcarsku počet úmrtí postupně ze soukromí domova do nemocnic a zařízení sociální péče. V roce 1969 zemřelo 38 % lidí doma, v roce 2001 to bylo pouze 23 %. Ve stejném období se zvýšil počet mužů a žen, kteří strávili konec života v domově pro seniory nebo v pečovatelském domově ze 6 na 34 %. V roce 1969 registrovaly nemocnice 56 % úmrtí, o 12 let později 37 %. Tento vývoj by měl s plošným zavedením zúčtovacího systému jednotlivých paušálů v závislosti na diagnóze (DRG) od roku 2012 dále pokračovat.

Pokud se podíváme odděleně na úmrtí seniorů, je tento vývoj ještě výraznější. Podle aktuálních zpráv Spolkového úřadu pro statistiku v roce 2007 zemřelo doma pouze 15 % lidí starších 75 let a pouze 5 % starších 90 let. Přiměřeně tomu je to 51 % starších 75 a 75 % starších 90 let, kteří stráví poslední úsek života v domově a zde většinou také umírají. V nemocnici zemřelo 20 % osob starších 90 let.

Tato situace může mít různé příčiny. Civilizační vymoženosti a lékařské možnosti prodlužují průměrný věk. Stále více lidí neumírá nečekaně v různých obdobích života, nýbrž ve vysokém věku, jak zjistila i organizace Národní strategie paliativní péče. Často jsou velmi staří lidé na konci života omezeni ve své schopnosti jednání a trpí zdravotními problémy a poruchami (multimorbidita). Díky tomu jsou ještě zranitelnější a delší dobu odkázáni na péči.

Tato intenzivní péče přesahuje často hranice ambulantních služeb (Spitex). Navíc vede především společenský vývoj a demografické změny, jako pracovní činnost mužů a žen, malé a smíšené rodiny, domácnosti jedné osoby, ale také častější pracovní stěhování k tomu, že rodinná a sousedská podpora často není k dispozici. Situace se zostřuje, když žije starý člověk sám. Proto není o mnoho seniorů v jejich poslední fázi života možné pečovat doma. Vyžadují kontinuální, kvalitní péči a sociální prostředí, které poskytují domovy pro seniory a pečovatelské domovy.

Podobný vývoj se ukazuje u lidí s postižením. I oni dosahují díky dobrým životním poměrům a lékařskému pokroku zpravidla vysokého věku a ani oni nejsou chráněni před těžkými chronickými a nevléčitelnými nemocemi ke konci života. Stále více institucí pro postižené proto zaměstnává ve svém ošetrovatelském týmu odborné síly a/nebo zřizuje speciální ošetrovatelská oddělení. Ta se starají se o to, aby lidé s postižením mohli zůstat ve známém prostředí, i když potřebují zvýšenou péči.

Navzdory stálému rozšiřování a obecné preferenci ambulantní péče je mnoho starých a postižených osob odkázáno na dlouhodobou stacionární péči. Díky demografickému vývoji tato potřeba nadále stoupá. Spolkový úřad pro statistiku vychází z toho, že do roku 2050 stoupne počet úmrtí ze současného počtu 60 000 až na 90 000 ročně.

10.2. Rámec národní strategie paliativní péče

Vývoj paliativní péče dosud kontrolovala „Švýcarská odborná společnost pro paliativní medicínu, péči a doprovod“ (www.palliative.ch). Stanovila si následující cíle: podporu rozšíření paliativní péče ve Švýcarsku, zlepšení přístupu postižených osob a jejich rodinných příslušníků k paliativní péči a profesionální podporu a zajištění kvality paliativní medicíny, péče a doprovodu. Po celém světě navázala intenzivní vztahy s vybranými odbornými centry – především v Kanadě a v Austrálii a s „Evropským sdružením paliativní péče“: European Association for Palliative Care, EAPC (www.eapcnet.eu).

S národní strategií paliativní péče 2010–2012, která vstoupila v platnost 22. října 2009 díky „Dialogu národní zdravotní politiky“, stálé platformy svazu a kantonů, má paliativní péče ve Švýcarsku také politickou podporu.

V rámci národní strategie paliativní péče jsou ve formě obecného stanovení cílů a v rámci šesti dílčích projektů stanoveny konkrétní cíle pro vybudování plošné paliativní péče v oblastech „Zaopatření“, „Financování“, „Senzibilizace“, „Vzdělávání“, „Výzkum“ a „Přesahující“ pro celé Švýcarsko. Od roku 2010 probíhá proces aplikace této strategie.

²⁰ Auszüge aus der Publikation «Palliative Care in der stationären Langzeitpflege» (2011) von CURAVIVA Schweiz.

Zpráva vedoucí projektu vypracovaná v jeho polovině v červnu 2011 nabízí pohled na aktuální stav (www.bag.admin.ch/palliativecare): jako důležitý základ byly vytvořeny „Hlavní národní principy paliativní péče“. V nich je jednoznačně definováno, kdy začíná paliativní péče, co obsahuje a kdo ji poskytuje:

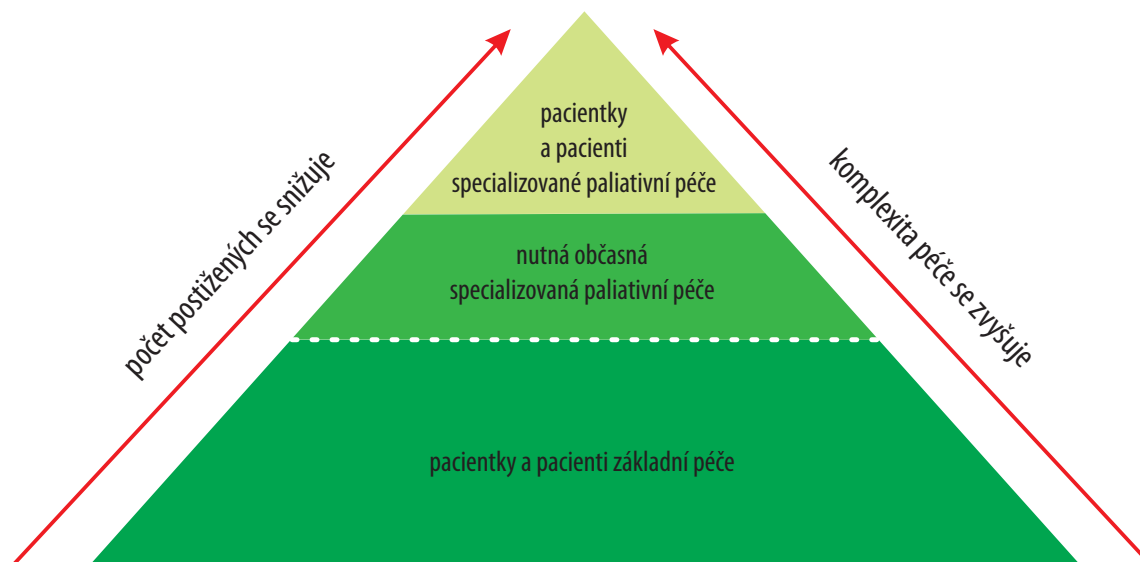
- V dílčím projektu „Zaopatření“ byla definována indikační kritéria jako pomoc pro rozhodování při otázce, kdy je třeba přizvat specializované odborníky, respektive kdy je nutné přijmout pacienta do specializované instituce nabízející paliativní péči. Navíc mohou zařízení se specializovanou nabídkou paliativní péče získat certifikát kvality. Od podzimu letošního roku mají tuto možnost i zařízení dlouhodobé péče.
- V dílčím projektu „Financování“ se připravuje přizpůsobení nařízení o poskytování nemocenských služeb. Zároveň se zpracovává ve vědecky podporovaném projektu potřebná výše poplatků za služby za účelem vzniku tarifu služeb ve specializované paliativní péči.
- V dílčím projektu „Senzibilizace“ byla zřízena národní informační platforma „paliativní péče“ (www.palliative.ch) a publikována informační brožura „Nevyléčitelně nemocný – co teď“.

• V projektu „Vzdělávání“ se zpracovává národní koncept vzdělávání. Navíc jsou k dispozici projekty na podporu dobrovolníků a domácího vzdělávání pro spolupracovníky bez odborného vzdělání.

• Konečně v dílčím projektu „Výzkum“ byla vybudována národní informační a koordinační platforma pro výzkum. V rámci národního výzkumného programu „Konec života“ byly navíc hodnoceny první vědecké studie.

Paliativní péče v oblasti dlouhodobé péče tak, jak ji chce vnímat národní zastřešující svaz CURAVIVA Schweiz, se orientuje podle národních směrnic paliativní péče. Lidé s nevléčitelnými, život ohrožujícími a/nebo chronicky postupujícími nemocemi, kteří jsou ošetřováni v rámci dlouhodobé péče, patří podle těchto zásad národní strategie paliativní péče do skupiny pacientů označené A. Poskytnuté služby jsou hrazeny ze základního pojištění. Kvantitativně je skupina A největší skupinou lidí odkázaných na paliativní péči. Komplexnost jejich ošetřování a péče zůstává zpravidla stabilní. To ale neznamená, že jejich péče je méně časově či ošetřovatelsky náročná.

Graf 11: Pyramida národní strategie paliativní péče



Převzato z: Národní principy paliativní péče (Nationale Leitlinien Palliative Care), str. 15, BAG, Bern 2010

Jednotlivé pacientky a pacienti skupiny A vyžadují přechodně další zvláštní služby specializované paliativní péče při pomalém průběhu nemoci, při rozšíření symptomů i při delších fázích nestability.

Přechod mezi skupinou pacientů A a B je tedy plynulý. To znamená, že pacientka nebo pacient ze skupiny A může být v rámci základní péče ošetřován paliativně. K tomu potřebují ošetřovatelé v domově základní paliativní znalosti. V nestabilních fázích nebo při zvýšené komplexnosti průběhu nemoci je nárazově nutná pomoc

specializované paliativní péče. V úvahu přichází buď převezení pacienta na specializovanou jednotku paliativní péče, nebo přivolání mobilního týmu paliativní péče na podporu pravidelného ošetrovatelského týmu. Pro využití specializovaných paliativních služeb jsou nutná indikační kritéria. Ta jsou vypracována v rámci dílčích projektů pro aplikaci národní strategie.

Protože u starých a postižených osob v domovech je nejlepší vyhnout se převozu, jsou domovy v této situaci odkázány především na nárazovou a/nebo konsiliární podporu při specializované paliativní péči v samotné instituci. Zároveň umožňuje tato podpora ošetrovatelům provádět samostatně komplexnější paliativní opatření po delší dobu.

10.3. Paliativní péče v kontextu dlouhodobé péče

Paliativní péče, celková péče a doprovod jednotlivých obyvatel a jejich příslušníků a známých osob na konci života získává tedy stále větší význam v domovech pro seniory, pečovatelských zařízeních a v domovech pro postižené. Zároveň je třeba zdůraznit, že v domovech kromě paliativní péče zaujímají i nadále velký prostor elementární úkoly v geriatrické a sociálně pedagogické péči. K nim patří např. rehabilitace, péče o osoby s demencí, uspořádání životního prostoru a podpora při zvládání všedního dne.

Paliativní péče přichází ve stacionární dlouhodobé péči na řadu vždy tam, kde je u chronicky postupující nemoci cílem podpůrných opatření výhradně zmírnění příznaků. Zcela speciálně se využívá paliativní péče tehdy, když se blíží konec života. Využití paliativních možností by přitom mělo v první řadě zajistit, aby lidé mohli být ošetřováni v domovech, takže není nutný převoz do nemocnice.

Při paliativní péči a ošetřování lidí v domovech se v současnosti objevují další, specifické výzvy.

10.3.1. Pluralita ošetrovatelských situací

V institucích dlouhodobé péče žijí lidé se zcela rozdílnými „klinickými obrazy nemocí“ a s tělesnými, psychickými a duševními omezeními. K nim patří také senioři s těžkými a/nebo chronicky postupujícími nemocemi bez výhledu na vyléčení, mladší těžce nemocní lidé s rakovinou nebo neurologickými problémy, osoby s demencí, s psychickými poruchami a /nebo s duševním postižením. Ti všichni mají specifickou potřebu péče a vyžadují paliativní péči přizpůsobenou své situaci.

10.3.2. Vysoká, individuální kvalita života v jeho poslední fázi

Všichni tito lidé by měli mít možnost díky kvalitní paliativní péči v poslední fázi života prožívat vysokou kvalitu života v tělesném, psychosociálním, kulturním i duševním ohledu. K tomu patří především respektování psychických, sociálních, kulturních a duševních potřeb a vytvoření prostředí, které individuálně odpovídá člověku na konci života. Lidé by měli také v kontextu dlouhodobé péče zažívat takové rámcové podmínky, které umožňují důstojné umírání.

Důležité je navíc zapojení rodinných příslušníků a blízkých osob, které jsou důležité pro osobu žijící v domově. Je třeba, aby mohly být tyto osoby přítomné neomezeně, především ve fázi umírání. Také ony samy zároveň potřebují včasnou pozornost, poradenství a doprovod, pokud si toto přejí.

10.3.3. Krátká doba pobytu

V současnosti nastupuje do domova stále více lidí teprve při vyšší potřebnosti péče nebo po pobytu v nemocnici. Jejich délka života v domově je potom velmi krátká; často trvá pouze několik týdnů až měsíců. Ošetrovatelé se pak musí rychle a se zvýšenou snahou seznámit s aktuální životní situací obyvatele a obyvatel, s jejich individuálními zvyky a potřebami. Díky krátké době pobytu se navíc zvyšuje počet úmrtí ročně. To znamená, že ošetrovatelé jsou během krátké doby konfrontováni s mnoha situacemi při umírání. I když při doprovodu umírajících osob může být předpokládáno profesionální zacházení, je i tak doprovod lidí v poslední fázi života spojen se zvýšenou zátěží. Instituce a jejich vedoucí pracovníci musí proto dávat pozor na to, aby personál nebyl přetížen a /nebo nedošlo k psychickému vyhoření.

10.4. Paliativní služby v dlouhodobé stacionární péči

Níže budou blíže popsány základní paliativní služby v dlouhodobé stacionární péči. Orientují se podle definice paliativní péče, která byla stanovena v prvním národním principu:

„Paliativní péče zahrnuje péči a ošetřování osob s nevléčitelnými, život ohrožujícími a/nebo chronicky postupujícími nemocemi. Je plánována s ohledem na budoucnost, jejíž těžiště se ale nachází v době, kdy již není léčba nemoci považována za možnou a nepředstavuje primární cíl. Pacientkám a 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, ošetrovatelské zákroky spolu s psychologickou, sociální a duševní podporou.“

Toto stanovení cílů paliativní péče se z velké části kryje s obecnými cíli dlouhodobé péče. Vymezení proto není jednoduché. Paliativní péče v rámci dlouhodobé péče přebírá níže uvedené potřeby vědomě a explicitně. Využívá cíleněji nových odborných poznatků, např. ke zmírnění příznaků nemoci. Zvýšenou naléhavost a samozřejmost získávají další požadavky jako multiprofesionalita, zapojení příbuzných a jednání v situacích, kdy je třeba nalézt rozhodnutí. Při podpoře během vyrovnávání se se smrtí a smrtelností a při tvorbě strukturované kultury rozloučení jsou stanoveny nové hlavní body.

Všechna tato zintenzivnění, překonání krizových situací a doprovod v poslední fázi vyžadují kromě částečně odborného know-how v první řadě více času.

Postup paliativní péče podle obecné definice dostává při využití v dlouhodobé stacionární péči následující konkrétní podobu.

10.4.1. Ošetřování symptomů

Zdravotní situace starších a postižených osob ke konci života je často nestabilní a nevypočitatelná (multimorbidita). Stále častěji se mohou objevit krizové situace vyžadující zvýšenou intenzitu pečovatelských a ošetrovatelských služeb. Objasnění a přehodnocení situace je často nutné v krátkých odstupech. Potřebnost péče v základní péči (problémy s vylučováním, slabost, infekce, spasma) a zmírnění chronických bolestí a dalších těžkých symptomů, jako je kachexie, dušnost, hyperestésie, únava atd., je zvýšená obzvláště v terminální fázi.

10.4.2. Vyrovnání se se smrtí a smrtelností

Ke konci života se lidé často zabývají intenzivně svou smrtelností. Bilancují vydařené i méně vydařené momenty v životě. Přitom mohou (ještě) nevyřešené problémy, vzpomínky na rány osudu a utrpená příkoří vyvolat zatěžující duchovní otázky po spravedlnosti a smyslu. Ošetrovatel může umírající přesvědčit, že jsou bráni vážně a přijímáni ostatními. Ošetrovatelé jsou často prvními a nejdůležitějšími partnery a partnerkami pro rozhovor. Objeví-li se intenzivní, psychický, sociální a/nebo duchovní problém, přivolají na pomoc odborníky (duchovní, psycholog).

Důstojné umírání v domově předpokládá navíc delší rozhovory ohledně přání a potřeb obyvatel a obyvatelek v poslední fázi života a při umírání. Individuální představy „dobrého umírání“ musí být zjištěny, aby mohly být uplatněny v odpovídajícím okamžiku.

10.4.3. Překonávání ztížené komunikace

Základem profesionální paliativní péče je otevřená, adekvátní a vnímavá komunikace. K ní patří srozumitelné informace zohledňující redukované síly pacienta. U starších lidí se k tomu navíc často přidává poškození sluchu a řeči, u psychicky a duševně postižených osob další těžká omezení. Na tato omezení je nutné brát ohled, pokud se hovoří o zdravotní situaci a odpovídajících opatřeních. Tato pozorná komunikace je elementární, má-li být pro osoby v poslední fázi života dosaženo co možná nejlepší kvality života.

Důležitá zásada paliativní péče spočívá v multiprofesionální spolupráci a dalším vzdělávání. V dlouhodobé stacionární péči je hlavním bodem kontinuální, úzká spolupráce mezi ošetrovateli 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 celého personálu. Zaměstnanci v kuchyni, v provozních službách a administrativě představují často významné kontaktní osoby pro osoby vyžadující péči.

Zpravidla velký počet lékařů v jedné a té samé instituci představuje významnou výzvu pro optimální spolupráci. Organizace zajištění dosažitelnosti, jednotlivých rozhovorů a společných, multiprofesionálních návštěv je často velmi náročná. Navíc mají různé lékařky a různí lékaři často zcela odlišné postoje, názory a principy, což dodatečně ztěžuje vytvoření kontinuální a zajištěné pečovatelské kultury.

10.4.4. Podpora při rozhodování v těžkých situacích

Rozhodnutí týkající se lékařských opatření na udržování života se řídí zásadou platnou v medicíně a péči, tzv. „informovaným souhlasem“. K tomu jsou zpravidla nutné dva kroky. Zaprvé se v rámci multiprofesionálního týmu hledají možná řešení aktuální situace pacienta. Tato medicínská a ošetrovatelská opatření se pak probouří s dotyčnou osobou. V případě, že tato osoba není svéprávná, je přizvána podle nového zákona na ochranu dospělých zastupující osoba. Takové multiprofesionální rozhovory u kulatého stolu s přizváním postiženého, zástupce a/nebo rodinných příslušníků jsou náročné jak personálně, tak časově. Navíc je třeba se stále znova ptát na jednotlivá přání, výpovědi, rozhodnutí obyvatele a obyvatel, protože se podle průběhu nemoci mohou rychle měnit.

Další výzva vzniká, když osoba již nemůže dát najevo svou vůli sama, takže je k zjištění domnělé vůle třeba využít případné prohlášení pacienta a/nebo musí být brán ohled na jeho dřívější vyjádření.

10.4.5. Kontakt s rodinnými příslušníky

Vztah mezi obyvatelkami a obyvateli a jejich rodinnými příslušníky získává na konci života zostřený a centrální význam. Příslušníci by často chtěli svého příbuzného doprovázet v domově. Pro ošetřující tým vzniká další úkol, 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, řešení „posledních záležitostí“. Úkolem ošetrovatelů je potom naslouchat psychosociálním problémům a v případě potřeby navázat rozhovor vedoucí k vyřešení problémů a/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 příslušníci podporu a účast. Tento úkol patří podle definice také k hlavním cílům paliativní péče.

10.4.6. Zahrnutí dobrovolníků

Na podporu jak ošetrovatelů, tak rodinných příslušníků často významnou měrou ke kontinuálnímu doprovodu přispívají dobrovolníci (především návštěvami a přítomností u lůžka). Ulevují ošetřujícím osobám především v noci, během níž je přítomnost ošetrovatelského 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 a vzděláváni a ve své činnosti také podporováni.

10.4.7. Kultura rozloučení

K důstojnému umírání patří kultura rozloučení v jednotlivých institucích, která bere ohled na individuální přání obyvatele a obyvatel. K těm patří důstojné zacházení se zemřelým (oblékání, uložení do rakve), především ale vytvoření vhodných forem rozloučení (informace, rituály, slavnost na rozloučenou) pro příbuzné, spolubydlící a spolupracovníky instituce. Takové ritualizované formy, ale také hodnotící rozhovory s ohledem na doprovod osoby na konci života přispívají k tomu, aby se zabránilo potenciálnímu „vyhoření“ ošetřujících osob.

10.4.8. Spolupráce v rámci sítě paliativních služeb

Optimální paliativní péče je možná pouze tehdy, pokud jsou různí aktéři ve stálém kontaktu a neustále si vyměňují zkušenosti. Instituce dlouhodobé stacionární péče jsou odkázány na spolupráci s ambulantním Spítexem, se specializovanými paliativními jednotkami a s odborníky z různých oborů. Péče v rámci této formální a neformální sítě zaopatření představuje důležitou bázi pro konkrétní rozhodnutí a opatření, která by měla být uskutečněna pro dobro obyvatele a obyvatel a blízkých kontaktních osob.

10.5. Finanční náhrady

Všechny tyto uvedené služby paliativní péče v institucích dlouhodobé péče musí být hrazeny podle faktické a časové náročnosti. Náhrada těchto služeb se musí řídit principy rozdělování a financování zdravotních nákladů platnými ve Švýcarsku.

Jako orientační bod při financování paliativní péče je důležité rozdělení pacientů do skupin A (základní péče) a B (specializovaná péče), zakotvené v „Hlavních národních principech“. Z tohoto rozdělení vyplývají následující principy financování:

10.5.1. Základní zaopatření

Základní zaopatření paliativní péče se vytváří v rámci nového financování péče. Uplatnění zde nachází základní rozdělení nákladů na tři oblasti: péče, asistence a ubytování/strava. Platby za péči se dělí na základě politicky nalezeného řešení mezi pojistitele, obyvatele a veřejné zdroje (zbytkové financování).

Pečovatelské výkony základního zaopatření jsou popsány v článku 7 „Nařízení o poskytování pečovatelských výkonů nemocným“ (KLV). Různé služby, jak je požadují „Hlavní národní principy paliativní péče“ a které byly konkretizovány pro stacionární zaopatření, jsou zde v současnosti nedostatečně popsány. Navíc je v nejvyšším ošetrovatelském stupni 12 financováno maximálně 220 minut denně. Dodatečné ošetrovatelské služby jdou na konto zbytkového financování a jsou v kantonech různým způsobem limitovány.

Při nabytí platnosti nového způsobu financování péče dne 1. ledna 2011 rozhodl parlament, že později bude nutné zkontrolovat, jestli jsou „potřeby osob vyžadujících péči, které potřebují paliativní péči nebo péči při onemocnění demencí, přiměřeně zohledňovány a případně jestli jsou nutné změny“. To stanovil komentář 1 k „Nařízení o službách v povinném nemocenském pojištění“ (KVG) z 10. června 2009. O této mezeře se nyní ve fázi aplikace národní strategie paliativní péče musí diskutovat, a je třeba rozhodnout, kdo bude v rámci nového financování péče financovat různé služby paliativní péče při základním zaopatření.

10.5.2. Částečně specializovaná paliativní péče

Obyvatelé z dlouhodobé stacionární péče (základní zaopatření) potřebují – jak upozorňují i „Hlavní národní principy“ – částečně specializovanou paliativní péči. Na základě pevně stanovených indikátorů, které jsou v současnosti ve zpracování v rámci dílčího projektu „Zaopatření“, mají lékaři a lékařky spolu s ošetrovatelskými odborníky rozhodnout, jestli a jakým způsobem je nutná jednorázová podpora odborníky ze specializované paliativní péče. Zpravidla je možné poskytnout tuto podporu formou vysvětlení, poradenství a krátkodobé intervence mobilního týmu paliativní péče. Cíl spočívá ve stabilizaci zatěžujících symptomů. Tyto jednorázové služby specializované paliativní péče nemohou být podle pravidel nového financování péče hrazeny. Jejich úhradu je nutno zajistit analogicky k financování specializované paliativní péče. Přitom je třeba postavit na stejnou úroveň obzvláště financování při využití mobilního týmu paliativní péče a dalších odborných služeb poskytovaných doma nebo v domově.

10.6. Zajištění kvality paliativní péče

Poté, co dosud mohli získat značku kvality pro oblast paliativní péče prostřednictvím externího auditu výhradně poskytovatelé specializovaných služeb, existuje nyní ve Švýcarsku tato možnost také pro domovy pro seniory a pečovatelské domovy.

Nová verze „C“ kritérií kvality pro paliativní medicínu, péči a doprovod na stacionární ošetření v institucích dlouhodobé péče je k dispozici od roku 2011. Byla vypracována odborníky z odborné společnosti „Palliative.ch“. Tím je věnována potřebná pozornost také paliativní péči při základním zaopatření.

Celkem 56 kritérií kvality, která jsou také základem pro provádění externích auditů, je možné zařadit do následujících tematických okruhů:

- koncept,
- celkové hodnocení pacienta,
- terapie a doprovod,
- práva pacienta,

- lékařské ošetření,
- péče,
- terapie, duchovní služby,
- interdisciplinární spolupráce, práce v týmu,
- informace a zapojení rodinných příslušníků,
- jednání v kritických situacích.

Za provádění těchto auditů je zodpovědný Švýcarský svaz pro kvalitu v paliativní péči. Na základě kritérií kvality pověřuje profesionální auditorské organizace provedením auditů a podáváním zpráv představenstvu svazu. Ten pak rozhoduje o udělení značky kvality.

11. Výhled

11.1. Nové právo na ochranu dospělých

11.1.1. Úvod

Nové právo na ochranu dospělých vstoupí ve Švýcarsku v platnost 1. ledna 2013 a vystřídá tak 100 let staré opatrovnícké právo. Základem práva na ochranu dospělých je obraz člověka, podle něž je každému člověku, nezávisle na jeho schopnosti úsudku a výkonnosti, přiznána nezbytná důstojnost. Tato důstojnost zakládá bezpodmínečný nárok na úctu a ochranu, který je zakotven v článku 7. Nové právo na ochranu dospělých tvoří právní základ hájení zájmů osob, které jsou v důsledku nesvéprávnosti z velké části odkázány na zacházení na základě jejich nepomíjivé důstojnosti. Nové právo na ochranu dospělých chrání konkrétně nárok na autonomii při omezených individuálních schopnostech prostřednictvím pověření a prohlášení pacienta, respektive pomocí práva na zastoupení rodinnými příslušníky při lékařských opatřeních.

11.1.2. Co se změní se zavedením nového práva na ochranu dospělých?

Podstatnou změnou je profesionalizace ochrany dospělých. Za tímto účelem vznikl nový odborný úřad a centrální zásady postupů budou v budoucnosti řízeny na úrovni spolkového práva. Díky této regulaci obecného zastoupení nesvéprávné osoby manželem nebo manželkou nebo speciálně při lékařských opatřeních příbuznými je díky novému právu na ochranu dospělých navíc podporována solidarita v rodině. Nové právo na ochranu dospělých vyžaduje, aby při lékařských opatřeních byli také oprávnění zástupci diferencovaně poučeni, aby lépe pochopili situaci, kdy mohou v zastupující funkci souhlasit s ošetřením, nebo jej odmítnout. Proto musí být i zastupujícím osobám vysvětleny důvody, způsob, účel, rizika, možnosti, náklady, vedlejší účinky, následky při zanedbání a alternativy navrhovaného ošetření.

Díky novému právu na ochranu dospělých je zákonem stanovena také svobodná volba lékaře. Navíc dochází na základě omezení kompetence lékařů k odesílání pacientů ke zlepšení právní ochrany při rozhodování o umístění do pečovatelských zařízení. Mimo to jsou v novém právu na ochranu dospělých zákonem stanoveny podmínky a postup při opatřeních omezujících svobodu. Pokud se nikdo nestará o nesvéprávnou osobu, je automaticky informován Úřad na ochranu dětí a dospělých (KESB).

Se zavedením nového práva na ochranu dospělých dochází v neposlední řadě také k odstranění stigmatizace, protože právo obsahuje novou terminologii.²¹

V novém právu na ochranu dospělých hrají centrální roli dispozice pacientů, neboť jsou zde zákonně zakotveny. Dosud vycházely tyto zásady z obecné ochrany osobnosti. Podle dnešního právního stavu je sice nutné se těmito dispozicemi řídit, ale zákon spolu s předpisy forem stanoví, do jaké míry jsou platné.

²¹ Staré – nové: poručnictví – podpora, pečovatelské zbavení svobody – pečovatelské umístění, duševně nemocní – psychicky nemocní, duševní slabost – duševně postižení, chorobně závislý – pacient s chorobnou závislostí, slovo „poručenec“ se také ruší.

11.1.3. Co nové právo na ochranu dospělých znamená pro stát?

S novým právem je zákonem stanovena jednak písemná smlouva o péči a také lékařský plán ošetření. Rodinní příslušníci, kteří mají oprávnění rozhodovat, se musí podílet na lékařských opatřeních – i když neexistuje žádné prohlášení pacienta nebo nařízení o preventivních opatřeních. Opatření k omezení svobody, např. z důvodu pokročilé demence a odpovídajícího chování, jsou v rámci nového práva na ochranu dospělých využívána pouze jako „ultima ratio“. Při použití opatření omezujícího svobodu musí instituce dotyčné nesvéprávné osobě vysvětlit, co se děje, proč bylo použito toto opatření, jak dlouho bude trvat a kdo se o ni bude během něj starat. Teprve na základě protokolu o tomto rozhovoru, který obsahuje jméno osoby, účel, druh a trvání opatření, nabývá opatření právní platnosti. Navíc je třeba informovat osobu oprávněnou k zastoupení při lékařských opatřeních. Ta může nahlížet do protokolu, který je veden ke každému opatření. Při použití opatření omezujících svobodu musí být také dodrženy a podle zákona dokumentovány jasně definované postupy. Kompetentní při rozhodování ve vztahu k opatřením omezujícím svobodu je instituce, toto rozhodnutí může být ovšem napadeno nesvéprávnou osobou nebo jejím zástupcem podáním stížnosti u Úřadu na ochranu dětí a dospělých (KESB). Úřad KESB může přezkoumat nařízení instituce.

Od 1. ledna 2013 musí instituce nechat vystavit nařízení péče úřadem KESB. Také při konfliktu zájmů, jako např. mezi jednotlivými zástupci nebo při existenci prohlášení pacienta nebo při zřízení poručnictví, nemá-li pacient žádné rodinné příslušníky, musí být informován úřad KESB. K tomu je stanovena, při možném vlastním ohrožení nebo delikvenci, povinnost spolupráce dotyčných míst s úřadem KESB a s policií; v rámci odpovídajícího hlášení a spolupráce dojde ke zproštění profesního tajemství.

Výsledek: nové právo na ochranu dospělých přinese obyvatelům institucí, jejich rodinným příslušníkům i samotným institucím různé výhody a větší jistotu.

11.2. Skupiny případů podle diagnózy (Diagnosis related groups – DRG) v domácím prostředí²²

11.2.1. Úvod

Od 1. ledna 2012 je ve Švýcarsku zavedeno nové financování nemocnic. Novým celošvýcarským tarifním systémem SwissDRG s paušály podle diagnózy byly nahrazeny dosud platné rozdílné systémy, které často stanovaly denní paušály. Stát si od toho slibuje větší transparentnost a srovnatelnost a větší prostor pro konkurenci. DRG by měly napomoci větší efektivitě.

Zavedení nového systému financování bude mít důsledky pro zdravotnickou péči. V kruzích pečovatelských domovů panují obavy, že pečovatelské domovy budou negativně postiženy možnými dopady. Obzvláště se argumentuje tím, že obyvatelé a obyvatelky by mohli být příliš brzy propouštěni z oddělení akutní péče v nemocnicích. To by mohlo na jednu stranu znamenat, že pečovatelské domovy z odborných a personálních důvodů nejsou dostatečně připraveny. Na druhou stranu prý není zaručeno financování těchto dodatečných nákladů.

Při systému SwissDRG s paušály podle diagnózy jsou stacionárně ošetřovaní pacienti z akutních oddělení nemocnic rozděleni do lékařsky a ekonomicky homogenních skupin podle typů případů. Rozdělení se provádí na základě určitých kritérií:

- hlavní diagnóza podle ICD-10 (mezinárodní klasifikace nemocí),
- vedlejší diagnózy podle ICD-10,
- procedury, takzvané CHOPs (klasifikace operací a zákroků),
- další faktory (věk, pohlaví, stupeň závažnosti atd.).

Takto vzniklé skupiny se nazývají „Diagnosis Related Groups“ (DRG – „skupiny případů podle diagnózy“).

Pro jednotlivé skupiny DRG se započítává také průměrná doba pobytu a horní a spodní hranice délky pobytu.

²² Auszüge aus dem von CURAVIVA Schweiz in Auftrag gegebenen Bericht: «Auswirkungen der Einführung von DRG auf die Pflegeheime». Auto: Richard Widmer. Juni 2011.

Případy, které se pohybují mezi spodní a horní hranicí, jsou považovány za normální případy a jejich úhrada je pevně stanovena. V případech, kdy je potřebná nižší doba, než je spodní hranice pobytu, je poskytována sleva (= nižší srovnatelné náklady); případy trvající delší dobu, než je horní hranice pobytu, získají o něco vyšší částku (= vyšší srovnatelné náklady). Implikované doby pobytu představují rámec; konkrétní rozhodnutí o propuštění pacienta je i nadále v kompetenci ošetřujícího lékaře.

Většina studií věnovaných změnám délky pobytu zaznamenává signifikantní pokles. Ovšem je třeba si povšimnout, že doba pobytu se prakticky ve všech zemích (s nebo bez DRG) v minulých letech kontinuálně snižovala v důsledku technického a farmakologického vývoje. Tak činila střední doba pobytu ve švýcarských nemocnicích s akutními odděleními v roce 2000 9,5 dne, v roce 2008 pouze 7,7 dní. Studie připouštějí, že zavedení DRG tento vývoj ještě zrychlí.

11.2.2. Možné důsledky pro pečovatelské domovy

Důsledky nového financování nemocnic pro pečovatelské domovy se dají očekávat pouze tam, kde obyvatelé těchto zařízení pocházejí přímo z „okolí DRG“, to znamená zpravidla ze stanic akutního příjmu v nemocnicích. Přijetí do pečovatelského domova doporučená domácími lékaři, rehabilitačními klinikami, psychiatrickými klinikami nebo přechodnými pečovatelskými zařízeními tím nejsou dotčena. V roce 2009 činil podíl přijetí do pečovatelských domovů z nemocnic 40,3 %. Pro další diferenciaci (podíl přijetí z akutních oddělení nemocnic) nejsou k dispozici žádná data. K tomu se přidává, že pacienti s doplňkovým pojištěním zpravidla nejsou účtováni za podmínek DRG. Podíl přijetí do pečovatelského domova z okolí DRG by se proto mohl pohybovat kolem 25 až 30 %. Pro určení kvantitativního efektu pro běžný život v domově není ovšem určující počet možných problematických přijetí, nýbrž počet možných problematických dnů poskytnuté péče. Při střední době pobytu v domovech v délce asi 2 let vychází průměrně na jedno místo v domově jedno přijetí za dva roky. Vezmeme-li v úvahu, že v důsledku příliš brzkého přijetí se považuje za problematických prvních 10 dní, je podíl možných problematických dnů ve srovnání s celkovým počtem dnů poskytnuté péče velmi malý (nižší než 0,5 %).

Z tohoto kvantitativního pohledu nebude mít zavedení DRG samo o sobě žádné velké důsledky pro pečovatelské domovy. Zde ovšem platí omezení, že existují pečovatelské domovy, respektive speciální oddělení větších ošetřovatelských center, která budou silněji postižena, protože tato zařízení přijímají pacienty převážně přímo z oddělení akutní péče v nemocnicích a vykazují mnohem větší frekvenci příjmů a propouštění.

Další možný problém, který může nepřímo působit na mnoho pečovatelských domovů, spočívá v komplexitě a různorodosti geriatrických pacientů. Na jednu stranu existuje nebezpečí, že geriatrické DRG nebudou využívány na všech odděleních akutní péče nemocnic, neboť v mnoha nemocnicích přijímajících geriatrické pacienty je dnes ještě nedostatek nutných geriatrických struktur a konceptů spolu s potřebným odborným personálem se speciálními znalostmi. Tak se nedá vyloučit, že posouzení stavu pacientů na akutních odděleních nemocnic je nedostatečné (respektive se omezuje na akutní lékařský problém), a díky tomu není pochopen celý rehabilitační potenciál pacientů – seniorů. Na druhou stranu je také ještě otevřena otázka, jestli bude pomocí stávajících geriatrických DRG skutečně dostatečně pokryta lékařská realita.

11.2.3. Obecné trendy

Analýza tématu ovšem ukázala, že dlouhodobou péči ovlivňují obecné trendy, které se dají pozorovat nezávisle na zavedení DRG již několik let. Tyto trendy po zavedení DRG zřejmě ještě zesílí. Souvisejí s obecnou diskuzí o nákladech a s problematikou financování ve zdravotnictví. Tento zajímavý trend se dá redukovat na zjištění, že části poskytování služeb se obecně přesunují pryč z oblasti akutní péče. Statisticky se tento trend odráží v kontinuálně se snižující době pobytu na akutních odděleních nemocnic. Vedoucí pracovníci z nemocnic vycházejí z toho, že tento trend bude v příštích letech dále pokračovat (zkrácení doby pobytu z dnešních 7,7 dní na 6 dní).

Konkrétní důsledky tohoto vývoje mohou být:

- Obyvatelky a obyvatelé převezení do pečovatelských domovů jsou nedostatečně poučeni.
- Je méně času na plánování propouštění (rozhovory s rodinnými příslušníky, přebírajícím pečovatelským domovem, se Spitexem).

- Postakutní péče je přesunuta do pečovatelských domovů.
- Rehabilitaci musí převzít pečovatelské domovy.
- Do pečovatelských domovů přecházejí také zařízení medicínské techniky (např. vakuové obvazy, tracheální kanyly nebo přístroje na dlouhodobé umělé dýchání).
- Pečovatelské domovy přebírají paliativní péči (s časově náročnými interdisciplinárními rozhovory).
- Výkony terminální péče přebírají pečovatelské domovy.

Další trend spočívá ve výrazném (předpovídaném) zvýšení počtu chronických nemocí. Tento trend souvisí – zkráceně řečeno – s úspěšným ošetřením akutních příznaků nejrůznějších nemocí, které samy o sobě umožňují dlouhý život; ten je ovšem často spojen s chronickými poškozeními. Starší a velmi staří pacienti často trpí několika nemocemi zároveň a důsledky ve vztahu k podpoře a péči jsou velké. To platí i pro stále se zvyšující počet osob trpících demencí. Také tento vývoj představuje pro pečovatelské domovy výzvu: obecně se zvyšuje počet a komplexita ošetřovaných případů.

11.2.4. Šance a rizika pro pečovatelské domovy

Pro pečovatelské domovy mohou z výše uvedených trendů vyplynout následující šance a rizika:

A) Šance 1: obyvatelé se dostanou dříve do pečovatelského domova.

Při denních paušálech mohou mít nemocnice finanční zájem na protahování pobytu déle, než je nutné. Za každý den navíc dostanou další průměrnou částku při výrazně podprůměrných nákladech navíc. Je nesporné a logické, že s plošným zavedením systému SwissDRG tento fenomén odpadá. To je samozřejmě dobře a také v zájmu pečovatelských domovů. Ne zřídka „požadují“ domovy „své“ obyvatele (především při návratu po akutním pobytu v nemocnici) z nemocnic tak rychle, jak je to jen možné, protože chtějí mít svá místa – v poslední řadě z finančních důvodů – obsazena. Také obyvatelé mají zájem o rychlý návrat do pečovatelského domova – svého domova.

B) Šance 2: pečovatelské domovy se stanou důležitějšími pro akutní oddělení nemocnic.

Akutní oddělení nemocnic budou mít ještě větší zájem o dobrou spolupráci s pečovatelskými domovy. Nemocnice mají všechen zájem na tom, aby byli jejich pacienti rychle a spolehlivě předáni dál. Propuštění pacienta by mělo být „rychlé“, aby obsazené nemocniční lůžko mohlo přijmout nového pacienta. Propuštění by mělo být „dobré“, aby už nedošlo k návratu pacienta, protože opakovaná přijetí jsou zpravidla pro nemocnice sčítána a účtována jako jeden případ (to znamená, že nemocnice nedostanou za opětovně přijaté pacienty žádnou další náhradu).

C) Šance 3: nový trh: akutní a přechodná péče až po „light“ nemocnice.

Pro zájemce z řad pečovatelských domovů se objevují nová pole působnosti. Zákonem KVG daná – a částečně již v některých kantonech aplikovaná – je akutní a přechodná péče. Ta je regulována jako povinný úkon povinného nemocenského pojištění. Probíhá v návaznosti na pobyt v nemocnici, je předepsána lékařem v nemocnici a trvá maximálně 14 dní. Akutní a přechodná péče je určena pacientům, kteří jsou poučeni o akutním stavu, procházejí terapií a sami o sobě jsou stabilní, ale z různých důvodů se nemohou vrátit domů. Je možné, že (větší) pečovatelské domovy zřídí pro takové pacienty speciální oddělení.

Je také pravděpodobné, že stále více pacientů vyžadujících komplexní paliativní péči a pacientů v terminální fázi bude přeloženo z akutní lůžkové péče v nemocnicích. I zde by se mohlo objevit nové pole působnosti pro pečovatelské domovy.

V této souvislosti je třeba zmínit, že již dnes směřuje v některých ošetrovatelských centrech vývoj k tzv. „light nemocnici“ s relativně širokou nabídkou lékařských, terapeutických a rehabilitačních služeb. Taková centra disponují speciálními odděleními, která mají ve srovnání s normálními pečovatelskými domovy výrazně vyšší počet přijatých a propuštěných pacientů na jedno lůžko. Velká část pacientů/obyvatel tato oddělení opět opouští (domů nebo do „normálního“ pečovatelského domova).

D) Šance 4: obecné zvýšení atraktivity pečovatelských domovů.

Na základě obecného posunu služeb směrem z akutní péče v nemocnicích do oblasti dlouhodobé péče se stávají pečovatelské domovy (ještě) důležitějším členem řetězce zaopatření. Pečovatelské domovy se stávají důležitými partnery nejen nemocnic, ale také kantonálních úřadů (zdravotnické zaopatření), neboť (a zde jsou osloována především větší pečovatelská centra) budou mít pravděpodobně největší zájem a také možnost vybudovat nové oblasti služeb. To by mohlo vést k obecnému zvýšení prestiže pečovatelských domovů, k většímu vlivu při vyjednávání s plátcí (pokladnami a kantony/obcemi) a ke zvýšení atraktivity pečovatelských domovů na trhu práce.

E) Riziko 1: Geriatrickí pacienti nejsou během hospitalizace na akutních odděleních nemocnic dostatečně informováni.

Existuje obava, že geriatrickí pacienti budou sice dobře ošetřeni v případě akutních problémů, ale že klinický obraz nemoci nebude jasně poznán a že nebude vyčerpán možný potenciál rehabilitace. Do pečovatelských domovů se pacienti vrátí nedostatečně informováni a v horším stavu. To ztěžuje péči a ošetření v domovech a negativně ovlivní kvalitu života starších obyvatel.

F) Riziko 2: Obyvatelé přicházejí příliš brzy.

Pro pacienty přicházející nově z akutního oddělení v nemocnici vzniká riziko, že z důvodu časového tlaku bude docházet k ukvapeným převozům do pečovatelského domova bez dostatečného lékařského a předchozího pečlivého sociálního poučení. Výše bylo popsáno, že existují preventivní opatření v systému DRG, která by měla zabránit tomu, aby byli pacienti propouštěni příliš brzy:

- Rozhodnutí o termínu propuštění je pouze v kompetenci a na zodpovědnost ošetřujícího lékaře a ne managementu.
- Akutní oddělení nemocnic si nepřejí pokud možno žádný návrat pacienta během 18 dnů, protože ten většinou není financován navíc.
- V našich malých poměrech se rychle rozkřikne, když budou akutní oddělení nemocnic propouštět své pacienty příliš brzy. Tomuto poškození pověsti chtějí nemocnice zabránit.

Navzdory těmto preventivním opatřením se nedá vyloučit, že jednotliví poskytovatelé služeb budou v důsledku jednostranných finančních úvah převážet pacienty z hlediska pečovatelských domovů přebírajících péči příliš brzy. Navíc je nejasné rozlišení mezi časově správným a příliš brzkým propuštěním.

G) Riziko 3: Financování akutní a přechodné péče spolu s postakutní péčí je/zůstává nedostatečné.

Za v současnosti platných forem financování nejsou služby (akutní a přechodná péče) přesunuté z oddělení akutní péče v nemocnicích do oblasti dlouhodobé péče dostatečně financovány. Podle poskytovatelů služeb je nesporné, že omezení pro geriatrické pacienty na max. 14 dní je nesmysl. Rehabilitace (slow-stream) a obecně tělesné a duševní uzdravení po akutní fázi trvá u pacientů – seniorů samozřejmě mnohem déle.

Další problém spočívá v často nefinancovaných nákladech na ubytování a péči u případů, kdy je ještě možný návrat domů. Tyto náklady nemohou být zpravidla hrazeny obyvateli, neboť musí být placeny hned dvakrát (totiž v instituci a doma). Při převzetí nových, déle trvajících služeb (bez terapeutického cíle „návrat domů“, např. paliativní péče, terminální péče) nemohou být dnes všechny náklady evidovány pomocí nástrojů na zjištění potřeb péče. Pokud nebude financování přizpůsobeno, je možné, že pečovatelské instituce nebudou moci poskytovat tyto účelné a žádané služby.

H) Riziko 4: nedostatečné personální zdroje.

Skutečnost, že na základě demografického vývoje dochází střednědobě a dlouhodobě k problémům při nábore kvalifikovaného personálu, je dostatečně známá. Zvyšující se komplexita díky přesunutí služeb z akutního oddělení nemocnice do pečovatelského domova vyžaduje navíc vyšší počet kvalifikovaných lékařských a odborných ošetrovatelských sil. Tím se těžkosti při nábore personálu ještě zvětší. K tomu se přidává skutečnost, že výše popsané zvyšující se přesunutí lékařských, ošetrovatelských a pečovatelských aktivit do oblasti dlou-

hodobé péče není ještě dostatečně zohledněno během vzdělávání. Jen malé množství zúčastněných si vůbec uvědomuje, že např. více než 50% ošetrovatelských pracovních míst je nabízeno v oblasti dlouhodobé péče (domovy a Spitex). V rámci vzdělávacích kurzů dominují ještě stále témata akutní péče. Také lékaři v praxích, nemocnicích a domovech jsou stále častěji konfrontováni s problematickými situacemi v geriatrici, pro které často nemají dostatečné vzdělání.

11.3. Formy a nabídky bydlení

Ve Švýcarsku existuje celá řada forem bydlení a odpovídajících nabídek. Tyto formy bydlení se dají zásadně rozdělit na soukromé a kolektivní způsoby bydlení a zahrnují následující možnosti:

A) Soukromé formy bydlení:

- nájemní byty, byty v osobním vlastnictví, rodinné domy;
- bydlení pro seniory bez pečovatelských služeb.

B) Kolektivní formy bydlení:

- rezidence pro seniory (nájem s paušálními nabídkami);
- byty pro seniory s pečovatelskou službou / byty pro seniory / sídliště pro seniory (nájem s paušálními nabídkami);
- bytové skupiny pro seniory;
- domovy pro seniory;
- pečovatelské domovy (s bytovými skupinami) = standard;
- bytové skupiny s pečovatelskou službou (interní/externí) = specializované nabídky (např. péče při demenci);
- domovní skupiny;
- bydlení se službami.

Především ve stáří stoupá význam bydlení a bytového prostředí a možnosti volby jsou obecně centrálním aspektem kvality života. Proto by mohla v následujících letech vzrůstat u starých a velmi starých lidí poptávka po nových, rozmanitých formách bydlení s individuálními možnostmi péče. V popředí zde stojí především koncept „chráněného“, respektive „doprovázeného bydlení“, při němž obyvatelky a obyvatelé bytů pro seniory profitují přímo z nabídky služeb a péče sousedícího domova pro seniory nebo pečovatelského domova.

V budoucnosti bude celkově potřeba spíše více než méně míst v pečovatelských domovech. Na základě očekávaného silného nárůstu stařecké demence bude ovšem vznikat ještě více specializovaných stanic a domovů pro pacienty s demencí, respektive decentralizovaných bytových skupin s vlastními pečovatelskými koncepcemi a přizpůsobenou architekturou. Ty umožní osobám s poruchami způsobenými demencí i nadále samostatný život v chráněném prostředí. Obecně je možné se domnívat, že sebedůvědomí staří a velmi staří lidé s potřebou péče budou v budoucnosti požadovat více menších opatrovaných bytových skupin se službami orientovanými na potřeby a s diferencovanými službami.

Trend povede spíše směrem od velkých regionálních pečovatelských institucí. Podle dnešních tendencí by se tak jako tak méně žádané konvenční domovy pro seniory mohly změnit směrem k pečovatelským domovům nebo k penzionům pro seniory a přechodným společným domácnostem, respektive částečně stacionárním denním domovům. Celkově se dá očekávat, že v budoucnosti budou přechody mezi stacionární, částečně stacionární a ambulantní péčí a ošetřováním relativně plynulé. Jak potvrzují průzkumy, dávají domovy pro seniory a pečovatelské domovy v německy hovořícím Švýcarsku již dnes k dispozici svou infrastrukturu, své know-how a četné služby k dispozici osobám, které v jejich domově nebydlí. Služby externích organizací pro obyvatele a obyvatelky domovů jsou při množství nabídek domovů naopak méně časté. Takové služby („Heimex“) by mohly být výchozím bodem pro již dnes požadovanou úzkou spolupráci s ambulantními službami pro seniory. A to se vzdáleným cílem spojit v budoucnosti zdroje stacionární a ambulantní ošetrovatelské práce ve společných geriatrických, respektive sociálních centrech.

12. Příloha: Spitex Schweiz

12.1. Celkový popis

Spitex představuje externí nemocniční služby, péči o zdravé i nemocné, tj. pomoc, péči a poradenství doma. Existují obecně prospěšné služby Spitex (non-profit-Spitem) a výdělečné podniky Spitex (komerční Spitex).

Díky službám Spitex mohou postižené osoby, navzdory osobním omezením, zůstat doma ve známém prostředí a vrátit se dříve domů ze stacionárního pobytu. Cílem služeb Spitex je udržet a podporovat samostatnost klienta/klientky. Spolupracovníci Spitemu se při tom pokoušejí, pokud je to možné, zahrnout soukromé prostředí pacienta co možná nejvíce do pomoci a péče.

Spitex je k dispozici všem obyvatelům a obyvatelkám každého věku, kteří jsou v důsledku nemoci, nehody, postižení, stáří, mateřství nebo podobných problémů odkázáni na pomoc. Rozhodující jsou potřebnost a vyjasněný požadavek. Přihlášky je možno podávat prostřednictvím pobočky Spitemu v místě bydliště.

Předtím, než Spitex převezme péči o osobu, zjistí odborník přesnou potřebu péče nebo pomoci. Stanovení potřeb služeb podle KVG (zákon o nemocenském pojištění) je předepsáno zákonem a hradí ho pojišťovna. Tento postup zaručuje, že dotyčná osoba nedostane ani příliš velkou, ani příliš malou péči.

Pokud péče doma již není z odborných, lidských nebo ekonomických důvodů možná, je třeba najít smysluplné alternativy. Přijetí do stacionárního zařízení (domova pro seniory nebo pečovatelského domova) je na řadě tehdy, není-li nadále zaručena bezpečnost klienta, rodinných příslušníků nebo spolupracovníků Spitemu, pokud ošetřující příbuzní narazí na své hranice nebo pokud je pomoc natolik intenzivní, že přesahuje možnosti Spitemu.

Zákon KVG mimo jiné předepisuje, že služby poskytnuté Spitemem musí být nejen účinné a účelné, ale také hospodárné; to znamená, že pokud je péče doma ve srovnání s péčí ve stacionárním zařízení výrazně dražší, musí se uvažovat o přestupu do domova.

Pracovní průběh a služby Spitemu jsou pravidelně kontrolovány s ohledem na kvalitu, a kde je to nutné, tak upravovány. Standardem pro zajištění kvality organizací non-profit-Spitem je manuál kvality svazu Spitem Verband Schweiz.

Organizace non-profit-Spitem jsou ve Švýcarsku strukturovány federalisticky. V německy hovořícím Švýcarsku je většina obecně prospěšných organizací Spitemu financována soukromoprávními svazy; ty jsou většinou organizovány obcemi nebo regiony. Jinak je tomu v západním Švýcarsku a v kantonu Tessin: tam jsou organizace non-profit-Spitem organizovány ve větších strukturách; většinou jako velké regionální nebo kantonální svazy nebo nadace.

Od nabytí platnosti zákona o nemocenském pojištění (KVG) v lednu 1996 musí nemocenské pokladny převzít určitou část lékařsky nařízených nákladů na péči. Zároveň je vyvíjen tlak na poskytovatele služeb Spitem, aby snížili náklady, respektive aby pracovali ještě efektivněji. To a také stoupající požadavky veřejných zdrojů vedly k vlně fúzí, která ještě není ukončena. Proto se snížil počet základních organizací Spitem od roku 1995 téměř o polovinu. Díky spojení mohou být odstraněny duplicity a náklady na infrastrukturu mohou být sníženy (např. na společné kanceláře a vozidla). Větší organizace mají spíše tendenci nabízet také specializované služby, jako jsou onkologické služby, psychiatrická péče, péče o děti nebo 24hodinová služební pohotovost. Téměř všechny ze současných téměř 500 obecně prospěšných organizací Spitemu jsou připojeny k jednomu ze 26 kantonálních svazů, které společně tvoří svaz Spitem Verband Schweiz.

12.2. Služby

K základní nabídce patří péče o zdravé i nemocné, domácí podpora, poradenství a sociální pomoc. Další nabídky jsou podle lokální organizace Spitemu různé; částečně jsou poskytovány i partnerskými organizacemi.

Základní služby:

- informace, poradenství (služby povinně hrazené z pojištění podle zákona KVG);
- péče o nemocné (služby povinně hrazené z pojištění podle zákona KVG);
- tělesná péče;

- akutní a přechodná péče (služby povinně hrazené z pojištění podle zákona KVG);
- poradenství v otázkách zdraví;
- prevence;
- domácnost (podpora v domácnosti);
- asistenční péče, sociální doprovod.

Různé organizace Spitexu nabízejí ve svém regionu doplňkové služby, jako např.:

- Spitex pro děti;
- péče o onkologické pacienty;
- paliativní péče;
- půjčovna pomůcek;
- donášková služba obědů;
- obědy / denní pobyt;
- ambulatorium;
- doprava pacientů;
- odlehčovací nabídky pro pečující příbuzné;
- odlehčovací pobyt v domově pro seniory / pečovatelském domově;
- poradenství při dýchacích potížích / zapůjčení přístrojů;
- poradenství ohledně výživy a při diabetu;
- rodičovské poradenství;
- pedikúra doma;
- kadeřnické služby doma;
- terénní ergoterapie;
- sociální poradenství;
- asistenční péče / doprovod umírajících a jejich příslušníků;
- nouzové volání;
- úklidové a zahradnické služby;
- hlídání dětí.

12.3. Personál

Téměř jedna třetina míst na plný úvazek je obsazena diplomovaným ošetrovatelským personálem. Na 12 978 místech na plný úvazek pracuje celkem 28 874 osob. To je necelých 6 % výdělečně činných osob v celém zdravotnictví a sociálním systému ve Švýcarsku. O něco více než čtvrtina těchto osob ukončila vyšší vzdělání v ošetrovatelství (27,1 %) a 21,3 % má základní ošetrovatelské vzdělání. Žádné ukončené specifické vzdělání Spitexu nemá 39,7 % personálu. Zbývajících 11,9 % ukončilo buď jiné pomaturitní vzdělání, nebo sociální a terapeutickou odbornou vysokou školu, nebo absolvovalo vzdělání v oblasti managementu a administrativy.

12.4. Klientky a klienti

Hodnocení případů (304 062) a odpracovaných hodin (13,0 mil.) podle věkových tříd ukazuje důležitost služeb Spitex pro osoby starší 65 let. Těm je poskytnuto 82 % započítaných odpracovaných hodin a tvoří tři čtvrtiny všech klientů. U započítaných odpracovaných hodin spadá 56 % na minimálně 80leté klienty a pouze jedna pětina na klienty v produktivním věku a děti. V průměru každý klient získal pečovatelské služby v délce 43 hodin ročně. Klienti mladší 65 let byli ošetřováni 32 hodin, 65 až 79letí 39 hodin a starší 80 let 50 hodin. Také srovnání celkového počtu obyvatel se započítanými hodinami podle věkových skupin ukazuje potřebu služeb Spitex se zvyšujícím se věkem. Ačkoli osoby starší 80 let činí pouze 5 % celkového počtu obyvatel, je více než polovina hodin započítána pro tuto věkovou skupinu.

Rozdělení klientů podle pohlaví ukazuje, že více než dvě třetiny klientů jsou ženy. Možné vysvětlení tohoto stavu je, že ženy se starají o své starší muže, takže ti potřebují od Spitexu méně pomoci. U starších 80 let vysvětluje navíc rozdíl mezi počtem žen a mužů vyšší délka života žen.

Více než polovina případů a necelé dvě třetiny započítaných služeb spadají na péči KLV. U poskytnutých služeb spadá 54 % případů a 63 % hodin na tuto péči. Pomoc v domácnosti / sociální péče činí 36 % případů a 35 % hodin. Průměrná časová náročnost na jeden případ činí v oblasti péče KLV 50 hodin a v oblasti pomoc v domácnosti / sociální péče 41 hodin.

12.5. Finance

Tarify fakturované zákazníkům, respektive nemocenské pokladně, nepokrývají ani v péči o nemocné ani v oblasti domácí péče všechny náklady. Nepokryté náklady organizací non-profit--Spitex jsou financovány kantony/obcemi v rámci smlouvy o poskytnutí služeb. Zákonná nařízení zavazují organizace Spitexu k hospodárnému zacházení s finančními prostředky. Se zavedením nového finančního vyrovnání (NFA) k 1. 1. 2008 se staly za Spitex zodpovědné kantony a stát se již na subvencování organizací Spitexu nepodílí. Zajištění jejich financování je nyní v kompetenci kantonů.

Příjmy organizací Spitexu pocházejí z necelé poloviny (47,6 %) ze zisků z nabízených služeb. „Pečovatelské služby“ (služby KLV) s 34,7 %, „pomoc v domácnosti / sociální péče“ (služby HWS) s 9,2 % a „nabídka obědů“ s 2,5 % celkového zisku tvoří společně částku 637,4 mil. CHF. Částka 15,4 mil. CHF neboli 1,1 % celkového zisku pochází z dalších služeb. Necelá polovina zisku je tak dosažena z nabízených služeb (základní plus doplňkové služby). Zatímco příspěvky z veřejných zdrojů činí také necelou polovinu (49 %) z celkového zisku (z toho 42 % příspěvky kantonů a 58 % příspěvky obcí, církví, obecních svazů nebo občanských sdružení), přispívají k celkové částce 3,4 % zbylé příjmy, jako „členské příspěvky“ a „dary“.

Služby Spitex jsou velmi náročné na personál. Náklady na personál tvoří 86 % celkových výdajů (1,194 miliard CHF), přičemž 71 % činí „mzdové náklady povinné podle pojištění AHV“, 12 % „sociální služby“ a 3 % „ostatní výdaje na personál“. Pod zbylých 13 % (181,6 mil. CHF) spadají výdaje jako nájem, náklady na vozidla a správu.

Charta občanské společnosti

Pro důstojné zacházení se staršími lidmi

USILUJEME O SPOLEČNOST ...

- ... která vnímá demografické stárnutí jako šanci a starší lidi jako cenné zdroje.
- ... která uznává stárnutí jako vývoj patřící k životu.
- ... v níž starší lidé sebevědomě prožívají a vytvářejí odpovídající kulturu stáří.
- ... v níž se starší lidé mohou rozvíjet až do vysokého věku.
- ... v níž přiznávají lidé svou zranitelnost, závislost a smrtelnost a mohou se přitom spolehnout na solidaritu ostatních.
- ... která respektuje neomezenou důstojnost starých lidí bez ohledu na to, jaký je jejich zdravotní stav nebo životní situace.
- ... v níž se dostane starým lidem potřebné podpory a v níž se rozvíjejí nabídky odpovídající jejich potřebám.
- ... v níž je sebeurčení starších lidí respektováno i při snížené schopnosti jejich úsudku.
- ... v níž jsou psychosociální potřeby starších lidí brány stejně vážně jako jejich tělesné potřeby.
- ... v níž je umírání vnímáno jako součást života a všechny umírající osoby získají užitečnou a důstojnou pomoc.

Část I:

TEZE

1. DEMOGRAFICKÉ STÁRNUTÍ JAKO ŠANCE A VÝZVA

V průměru se dožíváme vyššího věku než všechny generace před námi. Podíl starších osob na celkovém počtu obyvatel se zvyšuje. Nejrychleji se zvětšuje skupina velmi starých lidí. Roste také počet starších lidí, kteří jsou až do pokročilého věku relativně zdraví a samostatní. Společnost má k dispozici stále větší tvořivou sílu starších osob. Tento zdroj musíme vnímat a využívat. Demografického stárnutí bychom si měli vážit jako vymoženosti moderní společnosti a brát jej vážně se všemi jeho možnostmi a výzvami. Starší lidé jsou významnou součástí společnosti a vděčíme jim z velké části za současný blahobyt. Musíme s nimi zacházet s respektem a s úctou a zabránit jakékoli diskriminaci kvůli věku.

⇒ **Usilujeme o společnost, která vnímá demografické stárnutí jako šanci a starší lidi jako cenné zdroje.**

2. UZNÁVAT STÁRNUTÍ

Většina lidí chce žít co možná nejdéle. Ale jen málokdo chce být starý. Stáří je ovšem součástí života. Žít znamená měnit se a stárnout. Tento postoj ovlivňuje společenský kontext, který si váží stáří a vytváří rámcové podmínky umožňující dobré stárnutí – nezávisle na zdravotním stavu. Silně se rozvíjející hnutí „anti-aging“ se nám snaží vsugerovat, že je možné zůstat co možná nejdéle mladý. Jeho radikální zástupci chápou stárnutí jako něco špatného a chorobného, něco, s čím je třeba bojovat. Tento úhel pohledu je nutné odmítnout, podporuje totiž nenávistný postoj celé společnosti ke stáří a vystavuje staré lidi tlaku. Dlouhověká společnost potřebuje zásadní pozitivní vnímání stáří, aniž bychom si ovšem namlouvali, že má jen příjemné stránky.

⇒ **Usilujeme o společnost, která uznává stárnutí jako vývoj patřící k životu.**

3. VYTVOŘIT NOVOU KULTURU STÁŘÍ

Každá životní fáze má vlastní význam, své vlastní možnosti a výzvy. Jestliže slogan „forever young“ vyhlásí mládí za cíl, kterého se musíme snažit dosáhnout, stane se jediná fáze života normou pro celý život. Žádná fáze života se však nemůže stát měřítkem pro ostatní fáze. Pouze tehdy, budou-li mladí vědomě prožívat své mládí a staří sebevědomě své stáří, se mohou obě skupiny obohacovat díky vzájemné výměně zkušeností mezi různými generacemi. Je třeba povzbuzovat staré lidi, aby si sebevědomě stáli za svým věkem, aby si vytvořili kulturu odpovídající jejich životní fázi s vlastními hodnotami a prioritami a zapojili se s ní aktivně do společnosti. Ve společnosti je nutné vytvořit prostor a uznání pro takovou kulturu stáří. To se projeví i v odpovídající nabídce bydlení přizpůsobeného specifickým potřebám starých lidí.

⇒ **Usilujeme o společnost, v níž starší lidé sebevědomě prožívají a vytvářejí odpovídající kulturu stáří.**

4. STÁRNUTÍ PŘEDSTAVUJE ŠANCI NA DALŠÍ ROZVOJ

Novější výzkum stáří a stárnutí dokázal, že se lidé mohou vyvíjet až do vysokého věku. Tento vývoj s sebou přináší výhody – jak pro stárnoucí osobu, tak pro společnost jako celek. Tyto výhody vznikají také tam, kde se lidem podaří konstruktivně zpracovat ztráty způsobené věkem. Je úkolem společnosti vytvořit rámcové podmínky, které podporují rozvoj ve stáří a umožňují starším lidem využít vlastních možností a osobně se rozvíjet až do konce života.

⇒ **Usilujeme o společnost, v níž se starší lidé mohou rozvíjet až do vysokého věku.**

5. VYROVNÁNÍ SE S ÚSTŘEDNÍMI OTÁZKAMI LIDSKÉHO BYTÍ

Velmi staří lidé jsou obzvláště silně konfrontováni s hraničními zkušenostmi a ztrátami. Stále silněji pociťují, že jsou odkázáni na ostatní, a uvědomují si konečnost života. To vše jsou hlavní aspekty každého života. Staří lidé znamenají pro společnost výzvu k zamyšlení se nad základním významem těchto zkušeností pro život ve všech jeho fázích. Pomáhají společnosti, aby nezapomněla na základní lidské fenomény, jako je zranitelnost, závislost a smrtelnost; neboť bez přijímání této reality neexistuje naplněný život a humánní společnost.

⇒ **Usilujeme o společnost, ve které lidé přijímají svou zranitelnost, závislost a smrtelnost a mohou se při tom spolehnout na solidaritu ostatních.**

6. DŮSTOJNOST ČLOVĚKA PŘETRVÁVÁ I VE VYSOKÉM VĚKU

Důstojnost každého člověka je v každé situaci nepomíjivá, a tím nedotknutelná. Není vázána na žádné podmínky a existuje nezávisle na zdraví nebo nemoci, na schopnostech nebo utrpěných ztrátách a také nezávisle na finanční situaci. Lidem s demencí nebo osobám odkázaným na péči přísluší tato důstojnost stejně jako všem ostatním. Zahrnuje nárok, aby se k člověku ostatní chovali s úctou a s respektem. Pokud se objevují názory, že staří a velmi staří lidé ztrácejí svou důstojnost v důsledku těžké nemoci, jako je např. demence, je třeba se proti tomu ostře ohradit. Ošetrovatelské podmínky nebo rámcové podmínky života mohou být však nedůstojné, pokud nerespektují nepomíjivou důstojnost osoby.

⇒ **Usilujeme o společnost, která neomezeně respektuje důstojnost starých lidí bez ohledu na to, jaký je jejich zdravotní stav nebo v jaké životní situaci se právě nacházejí.**

7. POTŘEBA PODPORY STARÝCH LIDÍ SE ZVYŠUJE

V důsledku demografického vývoje se bude v následujících desetiletích rychle zvyšovat potřeba péče, ošetřování a doprovodu starých lidí.

Zatím ještě není jasné, jak by měla být tato potřeba pokryta. Hledání řešení ovšem patří k naléhavým úkolům politiky a společnosti. Přijatelná řešení mohou být nalezena teprve tehdy, až bude více podporována oblast doprovodu, péče a ošetřování („care“) spolu s rehabilitací na úkor oblasti akutní medicíny („cure“); teprve tehdy, až domácí a institucionální péče a ošetřování budou chápány jako velmi náročný, společensky a politicky významný úkol a přiměřeně tomu také honorovány; a teprve tehdy, až nebude úloha ošetřování a péče přenechána jednostranně pouze ženám, nýbrž až se jí ujmou také muži. S ohledem na předvídatelný pokles rodinné péče a hrozící nedostatek ošetrovatelského personálu je třeba hledat novou kombinaci nabídek zařízení stacionární péče, služeb Spitex, rodinné péče a odlehčujících služeb. Je nutné podporovat optimálně sladěný řetězec péče jak v profesionální, tak v neplacené oblasti, přičemž je třeba patřičně vzít na vědomí také solidaritu starších osob mezi sebou navzájem. K tomu patří také intenzivní podpora vzdělávání a dalšího vzdělávání osob činných v této oblasti.

⇒ **Usilujeme o společnost, v níž se starým lidem dostane potřebné podpory a v níž jsou vyvinuty nabídky odpovídající jejich potřebám.**

8. OŠETŘOVÁNÍ A PÉČE SE ŘÍDÍ SEBEURČENÍM

Staří lidé odkázaní na podporu mají trvalý nárok na to, aby bylo respektováno jejich sebeurčení. To platí i tehdy, když již nejsou schopni sami vyjádřit svou autonomii. Ošetrovatelství a péče by měly podporovat existující zdroje ošetřovaných osob a jejich samostatnost. Pomoc by se měla zaměřit na pomoc vedoucí k soběstačnosti. Pokud lidé již nejsou schopni úsudku, musí být zjištěna jejich pravděpodobná vůle. Ta je potom považována za určující. V této souvislosti musí být brána vážně prohlášení pacientů. Zastupující rozhodnutí je třeba přijímat v rámci strukturovaných, interdisciplinárních procesů v přítomnosti všech zúčastněných, včetně blízkých osob.

⇒ **Usilujeme o společnost, v níž je respektováno sebeurčení starších lidí i při jejich snížené schopnosti úsudku.**

9. LIDSKÁ NÁKLONNOST JE STEJNĚ DŮLEŽITÁ JAKO ODBORNÁ PODPORA

Kompletní péče a ošetření se skládají nejen z kompetentních zákroků, ale stejně tak i z lidské náklonnosti a soucitné ochoty k rozhovorům ve vztahu k ošetřovaným osobám i jejich rodinným příslušníkům. Taková náklonnost musí být zohledněna i v odpovídajících zúctovacích systémech.

⇒ **Usilujeme o společnost, v níž jsou psychosociální potřeby starých lidí brány stejně vážně jako jejich tělesné potřeby.**

10. ROZVOJ DŮSTOJNÉ KULTURY UMÍRÁNÍ

Umírání je zásadním aspektem života. Protože většina lidí dnes umírá v nemocnicích a v domovech, mají tyto instituce s ohledem na vývoj důstojné kultury umírání obzvláště velký význam. Témata umírání, kultura umírání a pomoc při umírání musí být na veřejnosti předmětem co možná nejdiferencovanější diskuze. Je povinností veřejných institucí postarat se o dobré rámcové podmínky umírání a o nabídku na podporu umírajících a jejich rodinných příslušníků. Snaha o co nejlepší umírání je součástí snahy o co možná nejlepší kvalitu života až do poslední chvíle. Hlavní význam při tom získávají požadavky paliativní péče. Humánní medicína vychází z toho, že k jejím úkolům nepatří pouze boj se smrtí, ale také důstojný doprovod při umírání.

⇒ **Usilujeme o společnost, v níž je umírání vnímáno jako součást života a všichni umírající získají užitečnou a důstojnou pomoc.**

Část II:

POŽADAVKY

Níže budou formulovány hlavní požadavky vycházející z tezí uvedených v části I. Tímto seznamem bychom chtěli podnítit všechny účastníky zabývající se tématem stáří k tomu, aby ve svém kontextu odvodili z tezí další konsekvence.

1. DEMOGRAFICKÉ STÁRNUTÍ JAKO ŠANCE A VÝZVA

- Je nutné chápat demografické stárnutí jako šanci a nevnímat je stále jen jako problém.
- Veřejnost si musí více vážit přínosu starých lidí pro společnost v minulosti i v současnosti. Aktivní seniorky a senioři musí být zapojeni do co možná největšího počtu společenských oblastí a podporováni ve svých zájmech.
- Diskuse v politice a v médiích se musí snažit o věcnou diferencovanost a vyhnout se ponižování starších lidí používáním výrazů jako „přestárlost“, „přebytek starých“, „břemeno stáří“, „senilita společnosti“ nebo „obyvatelé domovů důchodců“.

2. UZNÁVAT STÁRNUTÍ

- Očekáváme zpravodajství médií o starých lidech, které bere vážně jejich zdroje a neorientuje se podle jednostranné perspektivy vnímající pouze deficit. Organizace poskytující péči a ošetřování starých lidí je třeba vyzvat ke spolupráci na této mediální práci.
- Do povědomí veřejnosti by se měl více dostat pozitivní obraz stáří. Hlavním cílem je podpora zdraví s ohledem na stáří – ve smyslu posílení psychických a fyzických zdrojů starých lidí.

- Geriatrická, respektive geronto-psychiatrická medicína a péče musí být podporovány, a to jak během vzdělávání, tak v praxi.
- Ke starším lidem je třeba se chovat s respektem a ohleduplně. Je třeba s nimi zacházet tak, jak bychom chtěli, aby mladší jednou zacházeli s námi.

3. VYTVOŘIT NOVOU KULTURU STÁŘÍ

- Starší lidé by měli být povzbuzováni k tomu, aby si vytvořili vlastní kulturu odpovídající svému věku a neřídili se měřítky mladších generací.
- Je třeba podporovat sebeorganizaci starších lidí a všechny formy jejich společenské účasti. Rámcové společenské podmínky je třeba vytvořit tak, aby měli staří lidé možnost zasadit se sami o své žádosti. Je třeba dbát na to, aby byli rovnoprávně zastoupeni ve společenských a politických grémiích.
- Je vítána tvorba rad seniorů v obcích nebo rad obyvatel v domovech.
- Je nutné flexibilizovat důchodový věk.

4. STÁRNUTÍ PŘEDSTAVUJE ŠANCI NA DALŠÍ ROZVOJ

- Je nutné podporovat možnosti dalšího vzdělávání ve stáří a účasti starších lidí na životě společnosti. Zároveň je třeba respektovat, že někteří lidé nechtějí nebo nemohou těchto možností využít.
- Společnost bude stále více odkázána na vytváření příležitostí k práci, využití a zaměstnávání starších lidí.
- Při doprovodu starších lidí je důležitá ochota hovořit s nimi o základních existenčních otázkách, které je v jejich životní fázi zaměstnávají.
- Mezigenerační setkávání zprostředkuje důležité impulsy k dalšímu rozvoji, a proto je třeba je podporovat.
- Starším lidem musí být umožněn přístup k novějším technologiím. Na druhou stranu je nutné zajistit, aby se staří lidé i bez znalosti novějších technologií orientovali v oblasti veřejných služeb.
- Veřejné služby musí být také přizpůsobeny potřebám starých lidí.
- Uspořádání všedního dne v domovech se musí orientovat podle potřeb a možností jejich obyvatel.

5. VYROVNÁNÍ SE S ÚSTŘEDNÍMI OTÁZKAMI LIDSKÉHO BYTÍ

- Lidské zkušenosti, jako jsou nemoc, umírání nebo závislost na podpoře ostatních, je třeba chápat jako zásadní aspekty lidského bytí a integrovat je do našeho obrazu člověka.
- Do veřejného povědomí musí opakovaně pronikat skutečnost, že i život s omezeními je hodnotný a smysluplný.

6. DŮSTOJNOST ČLOVĚKA PŘETRVÁVÁ I VE VYSOKÉM VĚKU

- Lidská důstojnost a lidská práva starších lidí musí být uznána a bezpodmínečně respektována. Rozhodně odmítáme řeči o ztrátě důstojnosti ve stáří nebo kvůli nemoci.
- Je nutné si uvědomit a potírat obecně degradující postoj ke stáří („ageismus“).
- Musí být vytvořena místa krizové intervence proti diskriminaci a proti jakékoli formě násilí na starých lidech.
- Je třeba zajistit důstojný doprovod starých lidí jak v institucích, tak v domácím prostředí pomocí vhodných opatření.

7. POTŘEBA PODPORY STARÝCH LIDÍ SE ZVYŠUJE

- Při pečovatelském i lékařském vzdělávání musí být kladen větší důraz na gerontologické a geriatrické znalosti.
- Je třeba podporovat gerontologický výzkum včetně přípravy statistických podkladů.
- Je třeba rozvíjet ambulantní a částečně stacionární ošetrovatelské služby.
- I starší lidé mají nárok na rehabilitaci. Je třeba zajistit odpovídající financování.
- Musí být k dispozici nabídky podpory přizpůsobené pro všechny staré lidi (také např. pro starší imigranty nebo pro psychicky nemocné osoby). V případě potřeby musí být umožněn také psychosociální doprovod.
- Je nutné provést všechna nutná opatření, aby byl ve Švýcarsku vzděláván dostatečný počet odborníků v ošetrovatelských a pečovatelských službách.
- Je třeba podporovat pracovní podmínky, které pomohou profesionálním pečovatelům v rodinných povinnostech, starším profesionálním ošetrovatelům ve výkonu jejich povolání a osobám vracejícím se do oboru v jejich opětovném návratu.
- Musí být zlepšeny rámcové podmínky pro rodinnou péči nebo musí být dostatečně známe existující možnosti (např. kompenzace platu pro pracující nebo pro ošetřující rodinné příslušníky).
- Ošetřující rodinní příslušníci musí být více podporováni prostřednictvím odpovídajících nabídek poradenství a odlehčovacích služeb. Takové nabídky by měly být finančně podporovány z veřejných zdrojů.
- Je třeba podporovat iniciativy dobrovolnické podpory jako „Senioři pro seniory“ a také různé formy sousedské výpomoci.
- Práce dobrovolníků musí být společností více uznána a podporována.

8. OŠETŘOVÁNÍ A PÉČE SE ŘÍDÍ SEBEURČENÍM

- Je nutné posílit péči orientovanou na potřeby a soustředící se na jednotlivé osoby.
- Je třeba podporovat řízené interdisciplinární rozhovory za účelem zjištění domnělé vůle starší osoby. Do nich musí být zapojeni i rodinní příslušníci.
- Je třeba seznámit veřejnost s obsahem nového zákona na ochranu dospělých.

9. LIDSKÁ NÁKLONNOST JE STEJNĚ DŮLEŽITÁ JAKO ODBORNÁ PODPORA

- Lidská náklonnost musí být uznána jako základní součást péče a ošetrování. To by mělo být jasné již při vypisování volných míst. Finanční odměna za ošetrovatelské a pečovatelské služby musí odpovídat jejich důležitosti.
- Je třeba zajistit přiměřený klíč pro hledání personálu.
- Vzdělávání a další vzdělávání spolupracovníků je třeba podporovat s ohledem na jejich psychosociální kompetence. Účinná může být také možnost koučinku.

10. ROZVOJ DŮSTOJNÉ KULTURY UMÍRÁNÍ

- Je třeba podporovat rozvoj konceptů paliativní péče a jejich financování.
- Je nutné rozšířit nabídky vzdělávání s ohledem na paliativní péči.
- Je nutné vytvořit mobilní týmy poskytující paliativní péči, které budou podporovány menšími institucemi.
- Je třeba velmi rychle uvést do praxe „Strategii národní paliativní péče“, kterou načrtl Spolkový úřad zdraví BAG (včetně financování).
- Prostřednictvím vytvoření týmů Spitexu a paliativní péče je třeba podporovat možnost umírání v domácím prostředí.

TUTO CHARTU PODPOŘILI:

Dr. Otto Piller, prezident
CURAVIVA Schweiz – svaz domovů a institucí Švýcarska

Silvia Indermaur, viceprezidentka
Curahumanis – odborný svaz pro péči a ošetřování

Vreni Spoerry, prezidentka
Pro Senectute Schweiz

Pierre Théraulaz, prezident
SBK – švýcarské profesní sdružení pečovatelek a pečovatelů

Dr. Stéphanie Mörikofer-Zwez, prezidentka
Svaz Spitex Švýcarsko

Birgitta Martensson, generální ředitelka
Švýcarské sdružení pro Alzheimerovu chorobu

René Rhinow, prezident
Švýcarský červený kříž

Daniel Biedermann, prezident
UBA Schweiz – nezávislé místo stížností pro stáří





