

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Institucionální péče u psychicky nemocných seniorů

Bakalářská práce

Autor práce:

Ing. Helena Procházková

Vedoucí práce:

Mgr. Petra Zimmelová

20.8.2007

Abstrakt

Institutional care of mentally disabled senior citizens.

Population is aging. The European Region had 15% of its population 65 years old or older and nearly 7% 75 or over in 2000, the world's highest percentages and the Czech Republic is no exception to this demographic development. The effect on health and social care will be amplified by a disproportionate increase in dementia and other old-age related conditions. Therefore effective services to treat mental illness in older people and establishing new community based services and residential facilities to ensure high-quality care for the growing aging population will become a necessity in following years.

There is concern about how best to finance long-term mental health care facilities for older people with persistent mental disorders. Currently, the treatment setting is largely determined by resource availability rather than by efficacy of treatment and a quality of life. It is the quality of life that makes life worth living at any age, providing a sense of purpose even when physical or mental ability may be impaired.

There is good evidence to support the effectiveness of multidisciplinary, individualized community services, but the need for institutional care rises exponentially with age and severity of dementia accompanied by additive old-age medical conditions. There is a group of older patients who has developed medium to severe dementia, with behavioural disturbances due to dementia and other mental disorders that require long term care in a secure mental health psychogeriatric residential facility and also terminal stage dementia patients with palliative care needs. Since mentioned facilities are rare in Czech Republic with insufficient coverage throughout the country, alternate solution has been found by local social care providers. Special dementia and related conditions care units were incorporated into residential care facilities for elderly, with distinguished system of functioning, designed for this special group of residents.

Important factors influencing demented patients quality of life within institutional care facility comprise of safe consistent environment with access to

outdoors and environmental cues, calm stable trained observant compassionate staff, frequent contact by family, socialization opportunities, routine schedule, a careful organizations of daily activities including exercise, non-restrictive medication.

The aim of this work is to review and evaluate a quality of care at the special units for elderly with dementia and similar mental conditions is provided within two residential homes in České Budějovice.

The data analysis and staff interviews and the method of qualitative research were used for this survey. The questioned were 20 members of the special and other units' staff, two members of management, local hospital psychiatric department managing psychiatrist and a comparative member of other facility.

Both surveyed units were understaffed due to limited wage funds provided. Both facilities lack the safe free access to outdoors for dementia residents as both buildings are multi-storey and not purpose built. Some minor technical indoor environment deficiencies were found as few environmental cues or shortage of greenery. Some legal issues due to legal system imperfections were mainly resolved. Both facilities struggled with limited budgets, restrictive condition to improvement regarding technical as well as personal issues.

Nevertheless both facilities are easily accessible for families and quality of educated, well trained compassionate staff together with good management compensate for the shortfalls in this area and show irreplaceable importance of human factor in social and health care.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Institucionální péče u psychicky nemocných seniorů jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

.....

Datum

.....

Podpis studenta

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Petře Zimmelové za odborné vedení a trpělivost při zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji všem respondentům, vedení i řadovým zaměstnancům obou ústavů za ochotu a spolupráci při sběru a zpracování dat.

OBSAH:

Úvod.....	6
1. Současný stav.....	8
1.1 Demografický vývoj a zvyšování výskytu duševních poruch.....	8
1.2 Duševní poruchy ve stáří.....	9
1.3 Demence.....	10
1.3.1 Epidemiologie demence.....	10
1.3.2 Příčiny demence.....	11
1.3.3 Stupeň kognitivní poruchy.....	12
1.3.4 Hodnocení závažnosti poruchy.....	13
1.3.5 Projevy demence.....	13
1.3.6 Možnosti prevence.....	14
1.4 Deprese.....	15
1.5 Postavení duševně nemocných v ČR.....	16
1.6 Institucionální péče.....	18
1.7 Oddělení se zvláštním režimem.....	24
1.8 Potřeby seniorů s kognitivní poruchou.	25
1.8.1 Péče.....	26
1.8.2 Terapeutické přístupy.....	27
1.8.3 Prostředí.....	29
1.8.4 Aktivity.....	31
1.8.5 Komunikace.....	32
1.8.6 Rodina.....	35
1.9 Bezpečí, právo a etika.....	36
1.9.1 Technické a legislativní problémy při zřizování OZR.....	37
1.10 Možnosti institucionální péče v ČR.....	40
2. Cíl práce.....	42
3. Metodika.....	43
3.1 Použité metody výzkumu.....	43
3.2 Charakteristika výběrového souboru.....	43
4. Výsledky.....	44
5. Diskuze.....	102
6. Závěr.....	124
7. Seznam použitých zdrojů.....	127
8. Klíčová slova.....	131
9. Přílohy.....	132

Úvod

Světová populace rapidně stárne. V Evropě představují senioři stále rychleji rostoucí skupinu obyvatel a Česká Republika není výjimkou. Přestože mezinárodní organizace typu WHO a OSN tyto trendy trvale sleduje, analyzuje je a upozorňuje na ně, společnost jako by se snažila situaci ignorovat. Senioři, představující trvale rostoucí podíl uživatelů, jsou stále ještě opomíjenou skupinou ať už v oblasti služeb obecně, médií, zdravotnictví, ale i v oblasti sociální. Zařízení pro seniory trpí nedostatkem financí jak ze státních tak jiných zdrojů a z toho plyne i problém se získáváním kvalitního personálu, moderního technického vybavení a celkově zvyšování kvality života jejich obyvatel s realizací nové koncepce poskytování služeb.

Společnost se stále snaží strkat hlavu do písku, jako by se bála faktu, že jsou mezi námi lidé staří, nemocní, potřebující naši pomoc a že se ve stejné situaci můžeme za čas ocitnout i my sami. Senioři, obzvlášť postižení duševní poruchou, se zdají pro společnost neperspektivní, jsou mediálně nezajímaví, dostává se jim mnohem méně pozornosti než například postiženým dětem nebo opuštěným psům. Přetrvává kult krásy a mládí, stáří a nemoc je něco o čem se nemluví. Proto jsou neziskové organizace zabývající se seniory v horší pozici než ostatní a domovy pro seniory trpí nedostatkem dobrovolníků. Ještě vyhrocenější je situace u seniorů, trpících duševní poruchou. Přestože se s proměnou společnosti po roce 1989, díky otevřenému přístupu k informacím a možnostem náhledu na dění ve světě situace pozvolna zlepšuje, podvědomě je duševní porucha v české společnosti stále ještě vnímána jako stigma. Přetrvává tendence duševně nemocné schovávat, odsouvat na okraj společnosti (obrazně i doslova), kde nejsou vidět a slyšet. Lidé se za duševní choroby stále stydí, bojí se jich, jsou pro společnost tabu.

Pokud se týká péče o duševně postižené seniory, jejichž podíl v populaci výrazně stoupá zároveň s jejím stárnutím, neexistuje dosud v ČR jasná koncepce zaměřená výhradně na tuto problematiku. Postižené rodiny se potýkají s nedostatkem informací, nedostatečným rozšířením a kapacitou terénních a ambulantních služeb a rezidenčních zařízení, zaměřených a vybavených technicky a personálně na specifika těchto seniorů. Zatímco ve světě trendy směřují ke komunitním projektům a novým

formám rezidenční péče, v České Republice se stále příliš mnoho nezměnilo. Protože se problémy této skupiny obyvatel pravděpodobně ani v blízké budoucnosti nestanou prioritou na žebříčku těch, kteří mají možnosti situaci změnit a přechod od současného stavu k modernímu řešení bude zdlouhavý a finančně náročný, je nutné hledat a nacházet nouzová náhradní řešení. Jedním z takových řešení je vytváření specializovaných ošetrovatelských stanic ve stávajících zařízeních, tj. zřizování oddělení se zvláštním režimem při domovech pro seniory.

Tato práce si klade za skromný cíl zmapovat současnou situaci, možnosti těchto oddělení zřízených ve vybraných ústavech sociální péče v Českých Budějovicích, zjistit nakolik plní svou funkci a jaké místo zaujímají v systému péče o seniory s duševním handicapem, jaké úsilí je vyvíjeno, aby se co nejvíce přiblížila potřebám této nejzranitelnější skupiny obyvatel.

Výběr problematiky se řídil výskytem Alzheimerovy nemoci v rodině a praxí vykonanou na odděleních se zvláštním režimem v obou vybraných ústavech.

1. Současný stav

1.1 Demografický vývoj a zvyšování výskytu duševních poruch

Podle dokumentů WHO a OSN patří dnes každá desátá osoba na světě do generace 60+, do roku 2050 to podle předpokladu bude každá pátá, do roku 2150 každá třetí. Stárne i vlastní populace seniorů – generace 80+ je její početně nejrychleji rostoucí skupinou (34).

V Evropě se v roce 2000 řadilo 15% obyvatelstva do generace 65+ a 7% do generace 75+, což jsou nejvyšší čísla na světě. Předpokládá se, že do roku 2030 tento podíl dosáhne 24% respektive 12% obyvatelstva. Dopad těchto trendů stárnutí populace na problematiku zdravotní péče bude ještě posílen disproporcionálně se zvyšujícím výskytem demencí, depresí, úzkostných poruch, schizofrenie a dalších chorob v těchto věkových kategoriích. Stále naléhavěji se tak hlásí potřeba vytvoření efektivních služeb zabývajících se duševními chorobami seniorů (38).

Současné demografické změny mají pro současnou společnost závažné důsledky - zvýšený výskyt chorob souvisejících s věkem, (např. demence) a zvýšení výdajů v oblasti sociální a zdravotní péče a snížení počtu ekonomicky aktivních osob, zvýšená poptávka po sociálních službách. Nezbytným předpokladem pro plánování a definování metod a programů zabývajících se okolnostmi souvisejícími s věkem jako například demence je zasvěcená analýza demografie stárnutí (2).

Stejně trendy se projevují i v ČR. Jak uvádí Kalvach (15) vše se dále zvýrazní, až po roce 2010 zestárnou silné poválečné ročníky. Pokud nemá vývoj vést k nízké kvalitě života seniorů a k závažnému napětí ve financování zdravotnictví, je třeba usilovat o lepší pochopení potřeb a problémů geriatrických pacientů, o zlepšování jejich zdraví a o maximální účinnost i účelnost jak zdravotnických, tak sociálních služeb, což mnohdy nepůjde bez obměny historického stereotypu jejich chápání.

Skutečná potřeba lůžek a míst v zařízeních dlouhodobé ústavní péče závisí na věkové struktuře populace a na funkční zdatnosti seniorů. Ve vyspělých státech vyžadují dlouhodobou ústavní péči asi 4% seniorů ve věku nad 65 let.

V předkládaném Návrhu základních principů Národního programu přípravy na stárnutí populace v ČR na období 2003-2007 je vytyčeno 10 základních principů a s nimi souvisejících práv, zaměřených na oblast etického přístupu ke stáří, přirozeného sociálního prostředí, pracovních aktivit, hmotného zabezpečení, zdravého životního stylu a kvality života, zdravotní péče, komplexních sociálních služeb, společenských aktivit a bydlení. Objevuje se v něm vytvoření podmínek pro důstojný a aktivní život obyvatel rezidenčních zařízení pro seniory, podpora transformace současného systému sociálních zařízení určených pro trvalý nebo přechodný pobyt seniorů na polyfunkční centra nabízející co nejširší spektrum služeb pro seniory v daném regionu, zajištění dostupnosti rezidenčních služeb pro potřebné seniory, zejména dostatečným počtem míst v rezidenčních zařízeních a zkracováním čekací doby, podpora vzniku multifunkčních objektů pro seniory, pro osoby vyžadující integrovanou péči a osoby se zdravotním postižením. V rámci nové i stávající výstavby prosazovat obecně technické požadavky užívání veřejných budov osobami s omezenou schopností pohybu a orientace (22).

1.2 Duševní poruchy ve stáří

Mezi 10 nejzávažnějšími chorobami, které představují celospolečenské břemeno, je 5 psychiatrických (12).

Demence se v západním světě stala jednou z pěti hlavních příčin smrti, a proto se o ní někdy mluví jako o nemoci století (3).

Náleží mezi nejzávažnější choroby vyššího věku, jsou to spolu s delirií a depresemi nejčastější těžké psychické poruchy v preseniu a seniu (15).

Prevalence demencí výrazně stoupá s věkem. Převládá názor, že existuje značné množství nevidovaných dementních pacientů, takže statistiky výskyt demence podhodnocují. Podle rozsáhlých metodicky přesných studií je prevalence demence ve věku 85 let mezi 25 - 35% (14).

Odhaduje se, že 25 milionů lidí na světě trpí demencí a pravděpodobně 100 milionů osob, členů rodiny a pečovateli je osobně zainteresováno a přebírá

odpovědnost za postižené. Předpokládá se, že v Evropě je v současnosti postiženo demencí asi 8-10 milionů osob a každý rok je postiženo 1,5 milionu nových pacientů. Odhady počtu osob trpících demencí nejsou snadné, je zde problém definice, je nutné odlišit lehkou demenci od kognitivních změn souvisejících s věkem a ostatních chorob a postižení, které sebou přinášejí zhoršení mentálních schopností (deliria, nízká inteligence, smyslové vady, nevzdělanost a deprese) (2).

Demence jsou závažné duševní poruchy, které představují značný problém zdravotní, sociální i ekonomický. Podstatně zkracují nejen aktivní věk, ale i věk skutečný (14).

1.3 Demence

Pojem demence pochází z latiny a doslova znamená „bez myslí“. Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek a nemoc je tak destruktivní, že v její poslední fázi se pacient stěží podobá člověku, jímž byl na jejím začátku (3).

Demence není samostatná nozologická jednotka, ale syndrom. Pro diagnózu musejí být splněna diagnostická kritéria (MKN 10, DSM-IV). Syndrom demence doprovází široké spektrum nozologických chorobných jednotek. (14, 33)

Podle Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM - IV) je demence zařazena do kapitoly „Delirium, demence a amnestické a další kognitivní poruchy“ (14).

Podle MKN 10 jsou demence klasifikovány položkami Alzheimerova choroba, vaskulární demence, demence u chorob klasifikovaných jinde a nespecifikovaná demence (30).

Často se u demencí objevují deliria, ale nejsou součástí syndromu demence, jen komorbidním onemocněním. U některých demencí se přidružená deliria vyskytují často (vaskulární, s Lewyho tělísky) (15).

1.3.1 Epidemiologie demence

Výskyt stoupá s věkem. Nad 65 let je demencí postiženo 3-7% populace, v 75 letech je to 15%, po 80% roce 20-40% osob. Jen 10% nemocných je mladších 65 let. V ČR se odhaduje 70 -90 tis. osob s demencí starších 65ti let. Z nich 70% je ve věku nad 80 let **(33)**.

Také Kalvach uvádí **(15)**, že s vyšším věkem se procento demencí zvyšuje. Statistiky se shodují, že ve věku 65 let trpí 4-5% populace klinicky vyjádřenou formou demence.

1.3.2 Příčiny demence

Jednoznačná diagnóza je v podstatě možná až při pitvě. Demence je proto vždy „pravděpodobná“ diagnóza. Přesná příčina demence není známá **(3)**

Z celkového počtu demencí je minimálně 50% pacientů s Alzheimerovou nemocí. Druhé nejčastější jsou demence ischemicko-vaskulárního typu, jejich zastoupení představuje 15-30%. Asi 10 - 15% všech demencí jsou demence smíšené. U demence s Lewyho tělísky se údaje liší. U 10-20% pacientů s Parkinsonovou nemocí dochází postupně k rozvoji demence **(15)**.

Další zdroje uvádějí podobná čísla.

- 56% Alzheimerova nemoc
- 14% vaskulární demence
- 12% smíšené demence
- 8% Parkinsonova nemoc
- 4% jiné degenerativní onemocnění mozku
- ostatní vzácnější příčiny **(28)**

nebo

- 50-60% Alzheimerova nemoc
- 15 - 30% vaskulární demence
- 10-20% demence s Lewyho tělísky
- 5-10% demence u Parkinsonovy choroby
- 3-5% frontotemporální demence (po 65 roce věku)
- 2-5% sekundární demence, tzv. potenciálně reverzibilní **(33)**

1.3.3 stupeň kognitivní poruchy

Rozlišení stadií demence se u různých autorů liší:

Fortinash (**10**) rozeznává 4 stadia demence:

- s lehkou poruchou krátkodobé paměti. Projevy - nepatrný úpadek mentální a fyzický, snaha utajit chyby, nejistota v činnostech, problémy činit rozhodnutí, úpadek společenského chování.
- se zřejmými poruchami paměti. Projevy - neorientován v čase, zapomíná schůzky, běžné rutiny, události, zapomíná kam ukryl věci, obviňuje ostatní z krádeže, začínají problémy s vyjadřováním.
- závažná ztráta paměti. Projevy - neorientován místem, časem, osobou, motorický úpadek, bloudí, neslušné chování, obtížná komunikace, nezvládne číst a psát, nepoznává se v zrcadle, vyžaduje pomoc při všech denních aktivitách
- globální ztráta paměti. Projevy - ataxie, psychotické projevy, psychomotorický úpadek, nepoznává nikoho, neschopnost samostatného přijímání potravy, inkontinence, úbytek na váze, náchylnost k infekcím, vyžaduje neustálou komplexní péči.

Další autor rozlišuje rovněž 4 stadia, ale s posunem v síle projevu příznaků:

- stadium - mírná, objektivně zjistitelná porucha paměti, obtíže s řešením problémů, sociální stažení
- stadium - střední až těžká porucha paměti, dezorientace místem a časem, apraxie, poruchy řeči, změny osobnosti, nutný dohled druhé osoby.
- stadium - není schopen se o sebe starat, plně odkázán na péči okolí. Velmi těžce narušena verbální komunikace, intelekt narušen natolik že jej nelze testovat, inkontinence moči i stolice.
- (terminální) stadium - pacient plně upoután na lůžko, nekomunikuje, mutistický
(14)

Topinková (**33**) uvádí třístupňový klinický obraz

- lehká demence - mírná porucha orientace, výbavnosti posledních událostí, omezení sociálních aktivit, změny chování, porucha řeči

- středně těžká demence - dezorientace místem a časem, poruchy řeči (včetně porozumění), paměti, ztráta náhledu, potíže s hygienou, závažné behaviorální poruchy
- těžká demence, těžká dezorientace, těžká porucha staropaměti i novopaměti, inkontinence

Další dělení uvádí Raboch (30) a jiní autoři.

1.3.4 Hodnocení závažnosti poruchy

Při podezření na demenci se považuje za nutné zhodnotit kognitivní funkce (paměť, gnozie, praxie, řečové a vizuospeciální funkce, logické myšlení). Běžnou internistickou charakteristiku považuje za nedostatečnou (orientován místem, časem, osobou). Doporučuje použít standardizované škály, za nejčastěji používaný test považuje Krátkou škálu mentálního stavu (MMSE) a test kreslení hodin (který zvládne i člen rodiny) (33).

Mini Mental State Examination (MMSE) je nejvíce používaným krátkým testem k vyšetření kognitivních poruch. Vyšetření je otázkou 5-10 minut. 30 otázek pokrývá orientaci, zaznamenání do paměti, vyvolání z paměti, pozornost, schopnost počítat, psát a schopnost kopírovat jednoduchý geometrický tvar. Skóre nižší než 24 znamená poruchu, i když výkon může být ovlivněn rovněž věkem a vzděláním. Odpovědi na jednotlivé otázky jsou často významnější než celkové skóre. Mezi další používané testy lze zařadit např. Cambridge Cognitive Examination (CAMCOG), který je rozšířenou verzí MMSE, který navíc testuje některé další funkce, SMT, ACE, DRS, ADAS - COg, SIB, test hodin atd. (2).

1.3.5 Projevy demence

Demence postihuje 3 základní okruhy fungování

- Porucha kognitivních funkcí
- Behaviorální a psychologické příznaky
- Poruchy aktivit denního života (15)

Syndrom demence zpravidla zahrnuje tyto základní příznaky:

- deterioraci intelektu
- poruchy paměti
- poruchy orientace
- poruchy soudnosti a schopnosti abstraktního myšlení,
- poruchy pozornosti a motivace,
- poruchy chápání
- poruchy korových funkcí typu apraxií, afázií, apod.,
- poruchy chování
- poruchy emotivity
- poruchy osobnosti, degradaci osobnosti

Výsledkem demence je celková degradace duševní činnosti postiženého, ubývající schopnost běžných denních aktivit, a nakonec ztráta schopnosti samostatné existence, odkázanost na péči různých institucí – rodiny, ústavů sociální péče, nemocnic apod. (14)

1.3.6 možnosti prevence

Rozpoznání pravděpodobného budoucího rozvoje demence u osob, které jsou stále relativně bez symptomů může pomoci zaměřit preventivní a léčbu a léčbu k zpomalení jejího rozvoje na ty kteří to potřebují nejvíce. Úspěšná identifikace stavu předcházejícího demenci a včasná intervence může mít značný přínos pro postižené, jejich rodiny i společnost (2).

Strategie prevence kognitivního úpadku a demencí

- životospráva:
- budování kognitivních rezerv pomocí duševní a sociální aktivity
 - celoživotní vzdělávání
 - pravidelný trénink duševních schopností
 - zachování sociálních vazeb
 - zachovat si zapojení do místních pracovních, náboženských nebo dobrovolnických aktivit
- pravidelné tělesné cvičení

- redukce či minimalizace následků stresu
- zdravá výživa
- mírná konzumace alkoholu (2)

Alzheimerovu nemoc je nutné odlišit od přirozené mozkové involuce s projevy benigní stařecké zapomnětlivosti, především ve smyslu prognózy, funkčních důsledků a dezintegrace osobnosti. Choroba trvá od objevení prvních příznaků průměrně 7-10 let, ale byli popsáni pacienti žijící i 15 let. Možnosti prevence a léčení Alzheimerovy nemoci jsou v současné době omezené. Alzheimerova choroba je jednou z nejzávažnějších chorob pokud se týká snížení kvality života nemocných i jejich rodinných příslušníků, mortality i finanční zátěže veřejného zdravotnictví i sociální sféry rodin pacientů (15).

Ve stadiu středně těžké demence se doporučuje angažovat pacienta do centra denních aktivit (pokud je k dispozici), u těžších stadií se 24-hodinová péče stává pro rodinu příliš vyčerpávající, pacient se stává méně předvídatelným a většina pečujících je nucena se uchýlit k ústavní péči. Problémem zůstává kapacita zařízení poskytujících kvalitní péči, která v důsledku demografického vývoje nestačí uspokojovat rostoucí poptávku po jejich službách (10).

Neexistuje shoda ohledně relativních výhod segregace (speciální ústavy pouze pro osoby s demencí) versus integrace (společně pacienti s fyzickým a mentálním postižením). Avšak nesegregované formy poskytování péče jsou pravděpodobně úspěšnější, pokud dezorientovaní pacienti jsou v menšině (2).

1.4 Deprese

Deprese jsou spolu s demencemi a delirií nejčastější psychické poruchy vyššího věku. Incidence deprese ve věku 65 let je 12-15% (15).

Jiné zdroje uvádějí 7-15% osob nad 65 let žijící v komunitě, vyšší prevalence je u seniorů hospitalizovaných a v dlouhodobé ošetrovatelské péči (20-30%) (33).

Pokud jde o současný výskyt depresivní symptomatiky u demencí, je procento ještě vyšší. Ve stáří zůstává řada depresí nerozpoznána svým atypickým klinickým

obrazem včetně somatizace. Vyšší výskyt deprese bývá zjišťován u pacientů v ústavní péči nebo u osaměle žijících lidí (15, 10, 30)

1.5 Postavení duševně nemocných v ČR

Nemocní s duševními poruchami představují jednu ze společenských minorit. Mezi ostatními pacienty zaujímají zvláštní postavení. Velmi důležité je také postižení osob, pečujících o dementní pacienty, zvláště rodinných příslušníků (15).

Duševně nemocný člověk byl a zůstává v jiném postavení než člověk s tělesnou nemocí, je vystaven omezením, která na něj klade jeho nemoc a navíc nese i břímě sociálního hodnocení své choroby. Izolace stigma posiluje, přitom byla v psychiatrii po léta součástí správného léčebného postupu. Diskriminace duševně nemocných se ale projevuje i podceněním prostředků a zdrojů nezbytných k rozvíjení zdravotní péče o duševně nemocné a přechod na péči, která bude bránit jejich dlouhodobé izolaci a posílení stigmatu (1).

Jak upozorňuje Národní rada zdravotně postižených a Občanské sdružení pomoci duševně nemocným, problematika těchto osob není v české legislativě prakticky vůbec ošetřena, je roztržena a tím dochází velmi často k porušování práv těchto osob. Česká republika by měla přistoupit k přípravě speciálního zákona, z něhož následně mohou vycházet další legislativní normy. Takovéto zákony jsou zcela standardní v evropských zemích a zajišťují nezbytnou ochranu proti diskriminaci a zároveň potřebné služby (24).

Také Psychiatrická společnost ČLS JEP upozorňuje, že je nutné zahájit reformu psychiatrické péče v ČR, a to ve zdravotní i sociální sféře. Na péči o duševně nemocné se v ČR vydává o polovinu méně prostředků než jinde v EU. Duševně nemocní zůstávají na okraji naší společnosti a přetrvává tendence k jejich izolaci či vylučování. Reforma by měla vést k humanizaci a destigmatizaci jejich postavení (35).

V ČR není duševní zdraví a staří duševně nemocní lidé prioritou. Podceněnou oblastí je mimo jiné legislativa. Spornou otázkou je, zda by měl existovat samostatný zákon o duševním zdraví. Takový zákon má i stinné stránky - pomáhá obor dál

stigmatizovat, na druhé straně vyčíslí zdroje a prostředky, které by do oblasti měly jít (12, 37).

Sdružení QUIP, člen European Coalition for Community Living se ve svém projektu zabývá právními otázkami institutu opatrovnictví. Současné opatrovníky považuje za nekompetentní, institut veřejného opatrovnictví za nefunkční. Proto často opatrovnictví vykonávají poskytovatelé sociálních služeb (ústavy sociální péče nebo jejich zaměstnanci), což není vhodné z důvodu možného střetu zájmů klienta se zájmy toho, kdo mu poskytuje sociální služby a zároveň je jeho opatrovníkem. I přesto opatrovníci – poskytovatelé služeb vykonávají svou funkci často lépe než veřejný opatrovník nebo v některých případech i lépe než jeho příbuzní. Poskytovatelé sociálních služeb mají výhodu v tom, že disponují odbornými znalostmi problematiky života i práv lidí s duševním postižením. Projekt obsahuje specifické úpravy. Např. v případě, že osoby trpí chorobou, při které je zřejmé se jejich duševní schopnosti budou postupně, více či méně rychle, snižovat (Alzheimerova choroba, opakované mrtvice, stařecká demence) a v době, kdy jsou schopni ještě o sobě plně rozhodovat, chtějí upravit svoje poměry podle své vůle do budoucna. Tyto alternativy k institutu omezení způsobilosti k právním úkonům považuje za méně restriktivní a podporující začlenění do společnosti (25).

Diagnóza demence by neměla automaticky znamenat, že na názor pacienta by se již neměl brát ohled. Ovšem pouze způsobilá osoba je schopna činit dobrovolná a informovaná rozhodnutí, která jsou eticky i právně validní. Hlediska, která by měla být zvažována pokud jde o rozhodnutí o způsobilosti, by měla zahrnovat následující schopnosti:

- komunikovat a činit stabilní neměnná rozhodnutí
- rozumět a pamatovat si příslušnou informaci na základě které bude učiněno rozhodnutí
- pochopit závažnost situace
- zacházet s informací racionálně a docházet k logickým a konzistentním závěrům

Cenný přehled právních otázek ohledně demence je k dispozici na webu Alzheimer Europe (2).

V ČR upravují kritéria pro ochranu práv osob, kterým je služba poskytována Standardy kvality sociálních služeb. Patří k nim

- a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
- b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje (32).

V důsledku nezbytné obecnosti standardů se mohou některá specifická zařízení dostat do potíží při jejich naplňování a uvádění do života jejich klientů a personálu. Mezi taková patří i zařízení pečující o klienty s psychiatrickými diagnózami, jejichž orientace v realitě je omezena nebo zcela vymizela. Částečným řešením z hlediska poskytovaných služeb je zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům. Z praxe však víme, že ne vždy bývá k podání žádosti o zbavení či omezení způsobilosti přistupováno, zejména pokud se jedná o klienty pokročilého věku. Naplňování standardů při péči o tuto klientelu je náročný z hlediska standardů procedurálních a personálních. Tito klienti bývají zřídka zbavováni způsobilosti k právním úkonům a jsou tedy občany se všemi právy a povinnostmi. V praxi se však tato skutečnost jeví značně problematickou (16).

1.6 Institucionální péče

Demence je onemocnění s vysokým invalidizujícím potenciálem a celospolečenským dopadem. V pokročilých fázích je nutný trvalá pomoc druhé osoby a obvykle i ústavní péče (33).

Závažným důvodem pobytu je sociální status včetně rodinného stavu. Převažují zde lidé, kteří nežijí v partnerském vztahu, zvláště ovdovělí a také rodiče synů oproti rodičům dcer. Podle studie žadatelů o přijetí do domova důchodců bylo 93%

osamělých, ženy tvořily 78%, 49% žadatelů bylo ve věku 80 a více let a 77% ve věku 75 a více let. Další studie uvádí že typickým klientem jsou ženy mimo manželství, bez blízké pečující osoby, s funkčními či kognitivními poruchami, po CMP, s Parkinsonovou nemocí a/nebo DM (15).

Je známo, že ovdovění vede s velkou pravděpodobností k psychické krizi. Ženy kterým ve věku nad 65 let zemřel manžel a nemají oporu v rodině pravděpodobně onemocní (9).

Problémem je překlad starých nemohoucích somaticky a zvláště psychicky nemocných do psychiatrické léčebny, když už domácí péče není možná. (1).

Přechod z domácí do institucionální péče je nevyhnutelnou a významnou událostí v životě pacienta a jeho rodiny, signalizující konec skutečně nezávislému životu. Rozhodnutí o umístění do instituce je často bolestné, obzvlášť pokud pacient neakceptuje fakt, že už dále není schopen žít ve společenství ostatních. Rodiny mohou rovněž trpět pocity viny, že nedokázaly poskytnout potřebnou péči (2).

Při řešení těchto situací si často klademe otázku, nakolik je blízký starého chronického nemocného morálně povinen o něj pečovat. Snášlivost zátěže při dlouhodobém ošetřování člena rodiny není u všech stejná (1).

K obecným jevům při přijímání do institucionální péče patří adaptační zátěž a v případě režimových zařízení provozovaných jako hromadná, kolektivní také negativní důsledky ztráty sociální role, perspektiv, autonomie. Jde především o domovy důchodců a léčebny pro dlouhodobě nemocné.

zátěž a rizika institucionalizace:

- Změna prostředí (neznalost prostor a lidí)
- Porušení mezilidských vazeb a participace
- Ztráta autonomie a soukromí
- Změna sebehodnocení a životní perspektivy
- Ztráta kontaktů s vnějším světem, deprivace
- Nevhodné jednání personálu a spolubydlících (15)

Institucionální prostředí může brzdit pravidelnou terapii a obtížně pro ni získává klidné, nerušené prostředí. V našich podmínkách je ambulantně možnost a dosažitelnost

aktivit jako fyzikální, psychomotorické a řečové terapie výrazně podprahová, což může způsobovat předčasné umístění dementních osob do institucionálních zařízení, léčeben a domovů důchodců. Přitom systém a možnosti péče v těchto zařízeních často neodpovídají možnostem aktivní terapeutické činnosti, obvyklé v zahraničních zařízeních (14).

Pokud má být přesun do stálé institucionální péče úspěšný, je nezbytné aby se dostalo citlivé a zkušené podpory všem jichž se to dotýká. Někdy může pomoci zkušební krátký pobyt na zkušenou. Rovněž kontrola úspěšnosti adaptace po několika týdnech je žádoucí (2).

U nás byla problematika demencí dlouhou dobu podceňována, asi především proto, že většina demencí jsou choroby vyššího věku. Nyní se situace změnila, v souvislosti s celosvětovým trendem probíhají výzkumné studie, zaměřené na tuto problematiku, začíná se rozšiřovat spektrum institucí, které poskytují dementním občanům sociální a zdravotní služby (14).

Ovšem podíl prostředků věnovaných psychiatrii v ČR je méně než poloviční než v jiných evropských zemích. Komunitní péče nebyla jasně definována (ani ve světovém měřítku), což je podmínka pro stanovení optimálního rozsahu takových služeb v ČR (29).

Vyspělé státy obecně se snaží omezovat institucionální formy péče (princip deinstitucionalizace), zkvalitnit a humanizovat ústavní péči (princip demedicinalizace), o individualizaci péče, posílení významu rodiny a přirozené sociální sítě. V indikovaných případech je však dlouhodobá ústavní péče významné pozitivní řešení životní situace a/nebo zdravotního stavu. Zahraniční trendy směřují k vytváření seniorských center v podobě areálů, které nabízejí poskytování areálových služeb do bytů soběstačných klientů, při výrazném zhoršení zdravotního stavu ošetřování na areálovém ošetřovatelském oddělení. Odpadá stárnutí jednoúčelového zařízení a nutnost překládání obyvatel do dalšího cizího zařízení. Velká ošetřovatelská zařízení nahrazují komunitní projekty pro 10 osob, jejichž personál tvoří místní občané (v USA Green House Project napojený na PACE). Převládá obecný názor, že ústavní model dlouhodobé péče neodpovídá současným požadavkům na kvalitu života a poskytované

péče. Chyba není v lidech - velké instituce dlouhodobé péče nemohou být změněny ani při dobrém vedení a financování (15).

Dobrý systém péče o seniory s demencí požaduje nemalé zdroje založené na komunitě, jištěné snadno dostupným lůžkovým zdravotnickým zařízením a zařízením poskytujícím trvalou rezidenční péči. Vysoké standardy péče vyžadují značné množství prostředků a senioři s demencí budou v oblasti zdrojů vždy trpět konkurencí v podobě atraktivnějších skupin, které se důrazněji hlásí o svá práva, například děti a jejich rodiče a mladí zdravotně postižení lidé (2).

Ústavní péče, zvláště dlouhodobá, je považována také za vysoce rizikovou z hlediska nevhodného zacházení, zanedbávání, týrání a zneužívání. Důvodem je vysoká míra bezbrannosti klientů včetně značného výskytu demence, fatických poruch a trvalého upoutání na lůžko, osamělost, nemožnost zařízení opustit, přetížení a syndrom vyhoření personálu. Mezi největší rizikové faktory patří věk nad 75 a přítomnost demence či deprese (15).

Studie WHO, zabývající se efektivitou služeb pro psychiatricky nemocné seniory, a problematikou deinstitucionalizace a transinstitucionalizace v souhrnu uvádí, že výhody účelově budovaných komunitních rezidenčních zařízení převažují nad léčebnami pro dlouhodobě nemocné v případě pacientů s demencí a schizofrenií s nižším stupněm závislosti. Není však jisté, zda jsou vhodná pro pacienty s těžkými poruchami chování, agresí apod. Tato sporná otázka má kritický význam pro rozhodnutí do jaké míry mají být zdroje přesunuty ve prospěch komunitních projektů (38).

V minulosti se většina zařízení institucionální péče rozvíjela spíše s ohledem na kvantitu spíše než kvalitu. Nyní se stále více klade důraz na rozvoj menších, individualizovaných zařízení, navržených tak, aby poskytovaly více soukromí a podporovaly maximální soběstačnost. Institucionální péče nejvyšší kvality je nejčastěji poskytována v zařízení, vybudovaných přímo za tímto účelem, v jednopodlažních budovách, s přiměřenými vnějšími prostory a maximem 30 - 40 uživatelů obou pohlaví. Mělo by být situováno co nejbližší komunitě, které má sloužit (2).

Kalvach (15) uvádí, že komunitní péče představuje holistický pohled na člověka a nejlépe odpovídá požadavkům demedicalizace, desektorializace, deinstitucionalizace a deprofesionalizace.

ČALS vytvořila prototyp denního a rezidenčního centra specializované péče určené zejména pro osoby postižené Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence - Vážka. Posláním denního centra je kvalita života lidí s demencí, při výrazně snížené soběstačnosti (ohrožených blouděním, vyžadujících soustavnou péči a dohled). Obvyklá kapacita je 10 - 15 klientů, pro klienty s demencí má význam pokud je v provozu minimálně 10 - 12 hodin denně. Prostředí má být podobné domácímu. Péče spočívá v podpoře v aktivitách, soběstačnosti, ergoterapii, přiměřeném pohybovém režimu, pohybové terapii a fyzioterapii, verbální i neverbální komunikaci s klienty, validaci, kontaktu, blízkosti, rozvíjení vztahu, péči o vzhled, společenský život, práci s rodinou a sociální práci (4).

Denní centra Domovinky v našich podmínkách odpovídají komunitním centrům a potýkají se zvláště s problémem dopravy, který v zahraničí řeší komunitní minibusy (15).

Péče v rezidenčním centru typu Vážka je poskytována nepřetržitě, jako služba rezidenční (dlouhodobý či trvalý pobyt s různým stupněm podpory a péče) případně respitní (přechodná, krátkodobá). Od běžných rezidenčních zařízení se liší akcentací a respektováním zvláštních potřeb lidí s demencí s důrazem na zachování jejich bezpečnosti, důstojnosti, udržení soběstačnosti a schopností co nejdéle. Posláním je udržení či zlepšení kvality života lidí s demencí, v době, kdy se domácí péče stane obtížně zajiřitelnou anebo neúměrně náročnou z ekonomického hlediska. Kapacita takového oddělení je 10 - 15 obyvatel. Stojí na podobných principech jako denní centrum, doplněno o soustavné hodnocení aktuálního stavu klienta, sestavení individuálního plánu péče a naplňování jeho cílů, sledování psychického stavu (6).

V českém odborném tisku proběhla v roce 2006 diskuse na téma transformace psychiatrie, komunitní péče, deinstitucionalizace a transinstitucionalizace. K problému se vyjadřovali přední čeští odborníci. V názorech na deinstitucionalizaci a komunitní péči se výrazně liší. Pokud se týká transformace psychiatrie, komunitní péče je dražší

než léčebny, ale je potřebná, protože jinak je společnost zatěžována břemenem v jiných oblastech. V psychiatrii je nutno investovat do lidského potenciálu (12).

Dnešní dobu nazýváme podle rozdělení předního odborníka na deinstitucionalizaci, prof. Grahama Thornicrofta, stadiem vyvážené péče, tj. vyváženost péče mezi ambulantní (komunitní) a nemocniční. Určujícím kritériem by měl být pacient a jeho potřeba (27).

Podle Davida (8) jsou v lůžkové péči z 95% pacienti, u kterých selhala ambulantní péče. Tvrzení, že lůžkovou péči lze plnohodnotně nahradit péčí ambulantní, je nepravdivé. Pacient, který odchází z institucí, totiž musí někam přejít. Někdo za něj musí převzít odpovědnost. To, co někteří nazývají „komunitní péčí“, je jen jiná forma institucionalizace. Deinstitucionalizace se v zahraničí ukázala jako neuvážená. Naše psychiatrické nemocnice jsou z 60% obsazeny chronickými pacienty, z nichž možná polovina vyžaduje spíše sociální péči. Vhodných sociálních ústavů je ovšem nedostatek. Standard lůžkové sociální péče je daleko vyšší než standard lůžkové zdravotní péče, který není ze zákona vůbec definován. Instituce se nemají likvidovat, ale přizpůsobovat potřebám.

Psychiatrie potřebuje více zdrojů lidských, materiálních i finančních a těsnější spolupráci s institucemi sociální péče. Funkci léčebny dlouhodobě psychiatricky nemocných a střediska specializované diferencované péče nelze nahradit jinou formou péče (20).

Národní programu přípravy na stárnutí 2003 - 2007 zmiňuje mimo jiné vytvoření podmínek pro důstojný a aktivní život obyvatel rezidenčních zařízení pro seniory, podpora transformace současného systému sociálních zařízení určených pro trvalý nebo přechodný pobyt seniorů na polyfunkční centra nabízející co nejširší spektrum služeb pro seniory v daném regionu, zajištění dostupnosti rezidenčních služeb pro potřebné seniory, zejména dostatečným počtem míst v rezidenčních zařízeních a zkracováním čekací doby, podpora vzniku multifunkčních objektů pro seniory, pro osoby vyžadující integrovanou péči a osoby se zdravotním postižením. V rámci nové i stávající výstavby je nutné prosazovat obecně technické požadavky užívání veřejných budov osobami s omezenou schopností pohybu a orientace (22).

Dobudování systému péče o staré lidi je třeba zaměřit na u nás netradiční, ale nezbytná zařízení. Situaci lze ale zlepšit i ve stávajících domovech důchodců (14).

Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem požadavků, jejichž prostřednictvím MPSV ČR definuje úroveň kvality, které musí poskytované sociální služby dosáhnout (18).

Na základě usnesení ze dne 21. února 2007 byl vládou ČR pod č. 127 přijat materiál „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“, jehož hlavním cílem je podpořit a usnadnit cestu poskytovatelům i zřizovatelům pobytových služeb v přirozeném procesu humanizace sociálních služeb (21).

1.7 Oddělení se zvláštním režimem

Oddělení se zvláštním režimem poskytuje služby Domova se zvláštním režimem podle zákona 108/2006 Sb., §50 Domovy se zvláštním režimem a vyhlášky č. 505/2006 Sb. - §16. Poskytuje pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních je při poskytování sociálních služeb přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Základní činnosti při poskytování sociálních služeb s zajišťují v rozsahu těchto úkonů

- a) poskytnutí ubytování
- b) poskytnutí stravy
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- d) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
- e) zprostředkování kontaktu s společenským prostředím
- f) sociálně terapeutické činnosti
- g) aktivizační činnosti

h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí: pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Upřesňující metodika dosud nebyla vydána (**36, 39**)

1.8 Potřeby seniorů s kognitivní poruchou

Je mnohem snadnější dovolit, aby se o vaše blízké postarali jiní, pokud víte, že se jim dostane takové péče jakou si jim přejete poskytovat sami a že se navíc octnou ve skupině lidí, s nimiž budou užitečně společně trávit čas (**37**).

- Bezpečné a konzistentní prostředí
- Tlumení fyzické bolesti
- Klidné, uvolňující, bezbariérové prostředí
- Klidný a stabilní personál
- Vyškolený, pozorný a citlivý personál
- Osoby se zkušenostmi v komunikaci
- Častý jemný dotek v pravou chvíli
- Taktní humor
- Častý kontakt s personálem a rodinou
- Styk se zvířaty
- Příležitosti ke společenskému životu
- Rutinu, strukturovaný program
- Preferované předměty osobní potřeby
- Objekty napomáhající orientaci (kalendáře, hodiny)
- Program kognitivní stimulace
- Vzdělávání pro rodinu i klienta
- Kompenzační pomůcky
- Kvalitní výživu a pitný režim
- Svačiny (i zákusek)
- Klidný spánek - zdřímnutí
- Hygienu a základní péči
- Podpůrnou neomezující medikaci

- Kompenzační pomůcky při postižení smyslů
- Denní tělesné cvičení, pohyb
- Časté procházky
- Přístup do prostor mimo budovy (10)

1.8.1 Péče

Cílem efektivní péče je podpořit kvalitu života, která respektuje důstojnost, identitu a potřeby jak postižené osoby, tak pečovatele. Optimální péče o osoby s demencí zahrnuje tři základní prvky: dobrý vztah mezi pečovatelem a osobou postiženou demencí, bezpečné prostředí a smysluplné aktivity (40).

V průběhu choroby způsobující demenci vyvstanou mnohé zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Optimální péče bude tedy poskytována při zapojení mnoha odborníků, z nichž každý bude schopen přispět svými znalostmi a dovednostmi. Úspěšnou spoluprací dosáhne multidisciplinární tým takové úrovně služeb, kterou by nebyli schopni jako suma jednotlivců dosáhnout (2).

Kvalitní péče by měla zahrnovat následující:

- Poskytovat strukturované aktivity a terapeutické programy pro všechny uživatele. Organizace péče by měla směřovat k maximalizaci potenciálu uživatele, povzbuzovat ho k společenským aktivitám a interakci. Udržování přátelských vztahů s osobami žijícími mimo instituci by mělo být podporováno.
- Tomu napomáhá systém péče, kdy personál pracuje v malých týmech, zabývajících se určenými uživateli. Může to zvýšit zájem personálu a napomoci nahlížet na uživatele jako osobnost.
- Zvláštní péče musí být věnována chování a pracovním rutinám personálu. Neměly by zvyšovat závislost uživatele a odrazovat ho od soběstačnosti. Investice do adekvátního vzdělání a počtu personálu na určitý počet uživatelů zlepšuje dodržování etiky personálem a zlepšuje chování uživatele.
- Pravidelné návštěvy lékaře v zařízení by měly být součástí lokální sítě psychogeriatrických služeb. Přijetí do institucionální péče neznamená že není dále třeba aktivní léčby.

- Zasloužené nezávislé osoby by měly provádět pravidelné revize kvality poskytované péče. Užitečnými indikátory mohou být například užití omezení fyzických a pomocí medikace, možnost uživatelů ponechat si své osobní věci, oblečení, volnost návštěv a pohybu v rámci budovy a přilehlých pozemků a kontinuální vzdělávání personálu (2).

Zkušenosti z jednoho zařízení před změnou: protože se snídaně podává v určitou dobu, personál chvátá, aby klienty probudil, umyl, oblékl. Výsledkem je, že nemá vůbec možnost podněcovat samostatnost u klientů, u kterých to je důležité. Nakonec rutina vyvolá přístup orientovaný nikoliv na lidi, ale na plnění úkolů. Ustanovená rutina odporuje individuálním zvykům jednotlivců, jejich rutině ani preferencím. Po změně rutiny (snídání má každý klient kdy chce): personál se nemusí tak honit, může dát klientům na vybranou kdy chtějí vstávat, má více času na individuální kontakt s klienty. Klienti jsou relaxovanější, bojovné a problematické chování se objevuje méně často, individualita se projevuje ve větší míře. Personál má paradoxně více času a je více v pohodě. Tento přístup zpochybňuje některé dosavadní představy o dlouhodobé péči, ale požadavky na péči o osobu s demencí jsou samy o sobě důležitou výzvou vůči těmto představám (40).

Stařecké změny psychiky vysávají energii i vlídnost ošetřujících a vyžadují jejich nezdolné psychické síly. Ošetřující na gerontopsychiatrických odděleních proto někdy emočně vyprahnou, stanou se méně citlivými k potřebám nemocných a projeví se u nich burnt out syndrom (1).

Problematické chování klienta však naznačuje nedostatek souladu mezi jeho potřebami a schopností prostředí těmto potřebám vyhovět. To je zdrojem stresových situací. Proto je důležitá prevence. Personál, který používá preventivní přístup lépe odolává syndromu vyhoření (40).

1.8.2 Terapeutické přístupy

Terapeutické přístupy musí akceptovat individuální rozdíly mezi seniory s demencí a měly by být zaměřené tak, aby naplňovaly jejich specifické potřeby. Ne každý přístup je vhodný pro všechny. Úspěšná terapie musí respektovat slabé a silné

stránky každého klienta a flexibilně se přizpůsobovat aktuální situaci a měla by se stát nedílnou součástí každodenní péče a aktivit.

Terapeutické přístupy zahrnují následující:

- Reminiscence - vzpomínání na události v životě klienta, skupinově či individuálně
- Orientace v realitě - poskytovat informace o čase, místě a osobě, pro lepší pochopení situace, zahrnuje i svět mimo ústav
- Validace - klade důraz na vnitřní realitu klienta
- Animoterapie - použití domácích miláčků (zejména psů a koček, rybičky) ke kladné dotykové stimulaci, zklidnění a zvýšené interakci s okolím
- Muzikoterapie - individuální či skupinová s použitím reprodukované hudby, hudebních nástrojů, tance. Poslední studie udávají dokonce výrazné zvýšení skóre testů u vizuálně-prostorových činností.
- Tělesná cvičení - neformální procházky nebo formální cvičení zlepšují funkční pohyblivost
- Relaxační terapie - různé formy, masáže, dotyky, uklidňující hovor, houpací křesla.
- Terapie světlem - zlepšuje kognici a chování, světlo musí být vysoké intenzity
- Snoezelen terapie - multisenzorická stimulace používající světla, stimulační hudby, aromat a dotyků. Vhodné zejména pro těžší formy demence.
- Aromaterapie - kombinovaná s masáží snižuje neklid (2)

Validace je terapií pro velmi staré lidi, nedostatečně orientované a dezorientované v důsledku různých forem demence. Základním principem validace je uznání pravdivosti pocitů a emocí starého člověka. Pokud jsou tyto pocity odmítnuty, dochází u něj k znejistění.

Cíle validační terapie.

- Znovunabytí vlastní hodnoty
- Redukce stresu
- Vyřešení konfliktů z minulého života
- Redukce chemických a fyzikálních donucovacích prostředků

- Zlepšení verbální i nonverbální komunikace klienta

Každý kdo přijde s klientem do styku by měl ovládat základní postupy validace (16).

Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nezákladnější (bazální) rovině lidské vnímání a komunikaci. Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi a mají od narození až do smrti nenahraditelný význam. Mozek disponuje schopností uchovávat své životní návyky v paměťových dráhách ve více svých regionech a to mu dává šanci cílenou stimulací uložených vzpomínek znovu aktivovat jeho činnost. Kontinuální stimulace smyslových orgánů dle konceptu Bazální stimulace umožňuje vznik nových dendritických spojení v mozku a novou neuronální organizaci v jeho určitých regionech (11).

1.8.3 Prostředí

Jakýkoli mechanismus, který zdokonalí orientaci a jasnost vnímání, přidá nemocnému pocit bezpečí a emocionálního zdraví. Způsob osvětlení, označování okrajů schodiště kontrastní páskou, může být užitečné označit dveře instrukcemi a upomínkami. Multisenzorická stimulace, zvláštní zvuky, vůně, povrchy látek, barvy a pohyby jsou spojovány se zvláštními místy. V průběhu Alzheimerovy nemoci se postižení bohužel neustále prohlubuje a tak pečovatel dá postupně přednost zajištění bezpečí a fyzické péči před zkrášením každodenního života (40).

S výjimkou pacientů v nejtěžším stadiu demence má prostředí, které seniora s demencí obklopuje, klíčový význam pro kvalitu života. Poskytuje či napomáhá smyslové a sociální stimulaci a je tedy potenciálně významným terapeutickým prostředkem. Prostředí musí být bezpečné, bezbariérové, funkční, příjemné a umožňující snadnou údržbu. Všechny atributy které má dobré prostředí běžně splňovat nabývají na významu v případě demence. Z dobrého designu budou profitovat nejen pacienti, ale rovněž rodina a pečující personál. Základním principem jsou zachování pocitu soukromí a důstojnosti, atmosféry domova.

Vyhovující prostředí zahrnuje:

- jednopodlažní budovy situované do symetrického kříže, ukazatele směru, prosklené vnitřní prostory (světlo, monitoring)
- příjemné přírodní materiály (dřevo), barvy by měly ladit, ale zároveň by měly být v rozdílných prostorách odlišné pro lepší orientaci, zvuková izolace pokojů, kvalitní přirozené osvětlení.
- Chodby by neměly být úzké a dlouhé. Pro bloudící je nejlepší kruhové uspořádání. Vzdálenost zárubní a uspořádání vnitřních prostor, protiskluzové podlahy, soustava madel, ramp a dalších pomůcek by měla umožnit snadný pohyb vozíčkářů a postižených.
- Prostory umožňující soukromí návštěvám a nejlépe s možností přespaní, rovněž pohodlné oddechové prostory pro personál jako prevence syndromu vyhoření.
- Pokoje zařízené jako domov, barvy stimulující žádoucí chování (modrá a zelená relaxaci, žlutá a červená jsou stimulující). Dveře barevně odlišené od zdí.
- Kalendáře a hodiny, srozumitelné orientační pomůcky.
- Společné prostory spíše menšího kruhového charakteru, zaoblené rohy nábytku, televize umístěna ve zvláštním prostoru, aby nepůsobila rušivě, okna umožňující výhled i sedícím a ležícím.
- Pokoje vybavené individuálně dle potřeb uživatele, s připomínkami domova (známé oblíbené předměty). Snadno dostupná hygienická zařízení.
- Přístup do bezpečného a krytého vnějšího prostředí, příjemné zahrady s kruhovými cestičkami, lavičkami, fontánkami a zajímavými předměty, aby prostředí nepůsobilo jako ústavní (2).

Lidé často nechodí na návštěvy do domova důchodců proto, že to na ně působí neosobním, dokonce depresivním dojmem. Návštěvníci mohou mít dojem že si nebudou vědět rady jak strávit čas návštěvy, co budou s osobou dělat, o čem se s ní bavit (40).

Uvedení zvířat do světa starých lidí je jednou z nejlepších věcí, které pro ně můžeme udělat. Jsou pro ně katalyzátorem společenského chování, podnětem k hovoru a zdrojem radosti. Uzavření a zmatení lidé se stávají živějšími a komunikativnějšími. Je-li vyloučené chovat zvíře v zařízení, je dobré organizovat alespoň jeho pravidelné návštěvy (37).

1.8.4 Aktivita

Pro skupiny lidí žijící trvale v ústavním zařízení je důležité, aby jeden den nesplýval s druhým (37).

Při péči o lidi s Alzheimerovou demencí neexistuje cennější prostředek než smysluplná aktivita. Tragédie Alzheimerovy nemoci je v tom, že zbaví člověka schopnosti něco dělat dřív, než je na to jeho tělo připraveno (40).

Senioři trpící demencí často zjišťují, že jsou postupně vyřazováni z pracovních, sociálních a volnočasových aktivit nebo se z nich dobrovolně stahují sami, s postupujícím úpadkem svých schopností. To může vést ke ztrátě kontroly nad vlastním životem a pocitům bezmoci. Tvořivé aktivity, poskytující smysluplný a příjemný způsob trávení času tomu mohou pomoci zabránit (2).

Mnoho autorů vyzdvihuje význam skupinových aktivit. Význam kvalitní skupinové práce, vystupující do popředí při práci se seniory trpícími demencí, má významné místo i při práci s lidmi, trpícími funkčními psychiatrickými onemocněními, například depresí. Jde zejména o sociální a interakční dovednosti, které se vinou izolace a osamění u starých lidí často vytrácejí. Dostavuje se uzavřenost, ztráta kontaktů vinou bizarního chování, paranoia, úzkost, strach ze selhání, účinky hospitalizace, deprese, pocit vlastní neschopnosti, ztráta sebeúcty a sebedůvěry a stigmatizace ze strany ostatních (37).

Pro ty, kdo jsou schopni vzhledu do své nemoci, by měly být vytvářeny samostatné skupiny, jednak z důvodu rozdílných dovedností, ale především z důvodů psychologických. Pohled na uživatele s těžším postižením jim neustále připomíná co je čeká a cítí se být s nimi řazeni na stejnou úroveň (37).

Důležitým faktorem při skupinové terapii je výběr účastníků tak, aby byli na podobné kognitivní a komunikační úrovni (14).

Klienty je nutné poznat jako individuality a postupovat na základě této znalosti. Některým klientům je potřeba poskytnout klid a práci ve skupině na nich vůbec nevyžadovat (37).

Speciální skupinová práce se seniory s demencí je náročná. Pokud se však dělá dobře, může přinést povzbuzující výsledky. Skupina, v níž se člověk s Alzheimerovou nemocí cítí dobře je taková, která mu umožní, aby v ní byl a účastnil se pouze toho, na co stačí a v níž nebyl předem stanoven žádný pevný program. Nikdo nesmí mít pocit, že je na něj vyvíjen nátlak. Skupina svým členům dává zpětnou vazbu, která vyjadřuje přijetí či odmítnutí. Zpětná vazba, kterou dostávají obvykle od náhodně vzniklé skupiny, je až příliš často negativní (40).

Pečující by se skupinou neměl pracovat sám. Jestliže spolupracovníci nejsou k dispozici, doporučuje se snížit počet členů skupiny (37).

Kalvach (15) upozorňuje, že důsledky inaktivity tělesné i duševní (dekondice, řídnutí synaptické sítě v mozku) bývají často zaměňovány za projevy zákonité biologické involuce. Chudnutí slovníku a poruchy paměti mohou být projevem funkční dekonice z inaktivity mentální a nejistota v nových situacích může pramenit ze sociální pasivity a izolace. Vlivy prostředí ovlivňují fenotyp stáří fyzikálně (klíma), ekonomicky (chudoba), demograficky (ovdovění, osamělost), ale především sociálně. Jde o sociální roli, kterou považuje daná společnost pro seniory za přiměřenou a žádoucí. Specifickým vlivem prostředí je jeho bezpečnost a funkční náročnost (bariérovost). Z údajů Statistického úřadu ČR vyplývá, že s postupujícím věkem tělesná aktivita našich obyvatel stále klesá a ve stáří je minimální.

Pohyb má pro člověka velký význam. Skupiny starých lidí, kteří žijí v institucích, se prokazatelně liší od ostatních nedostatkem pohybu (9).

Neverbální techniky rehabilitace hrají významnou úlohu v pokročilejších stádiích demence. Často bývají využívány muzikoterapie, arteterapie a ergoterapie. Muzikoterapie působí na zachované neverbální schopnosti komunikace. Samostatná pohybová a taneční terapie stimuluje komunikaci, zmírňuje fyzické a emoční napětí, celkově zachovává fyzické a kardiovaskulární funkce, podporuje chuť k jídlu a normální vyměšování. Možnosti arteterapie a ergoterapie jsou limitovány individuálními možnostmi pacienta (14).

1.8.5. Komunikace

Komunikace nám dává pocit spojení s druhými. V demenci schopnost sdílet zkušenosti postupně mizí. Efektivní komunikace s člověkem s demencí vyžaduje mnohem více energie. V první fázi demence, ve fázi potřeby dohledu, nedokáže už pacient hovořit o nedávných událostech, hledá slova. V prostředním stádiu, ve fázi potřeby péče, je pro něj stále obtížnější zapojit se do jakéhokoliv rozhovoru a bude se o to snažit méně často. Není již schopen abstrakce, logické stavby, zpětné vazby. V posledním stadiu demence, ve fázi potřeby ošetrovatelské péče, přestává pacient mluvit docela. Neverbální komunikace - obecné pravidlo je udržovat oční kontakt a neodvracet tělo, používat názorných vizuálních pomůcek a zaměřit se na pocity postiženého. V závěru je nejdůležitější fyzický kontakt, pohlazení, úsměv (3).

Komunikace s pacienty se v oblasti zdravotnictví stává tématem diskuzí, o sociální péči se hovoří méně. Národní rada zdravotně postižených zahájila projekt lepší komunikace s postiženými, ke kterému se připojila Česká geriatrická a gerontologická společnost a její členové jej doplnili o Desatero komunikace se seniory se zdravotním postižením a Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence. Podle Kalvacha (15) je zdravotnický personál v komunikaci s handicapovanými nesvůj a v pozici laika. Desatera mohou být cennou pomůckou nejen pro zdravotníky. NRZP jednala s ministerstvem zdravotnictví o jejich rozšíření tiskem a přislíbilo vydání metodických pokynů a zvážení legislativních úprav, které by práci a komunikaci zdravotníků s handicapovanými kultivovaly. Součástí projektu mají být i vzdělávací kurzy a osvěta (31).

Panuje přesvědčení, že s duševně nemocnými starými lidmi tak jako tak není možné smysluplně komunikovat, neboť na většinu podnětů stejně nereagují. Je nejvyšší čas, aby téhle skupině lidí někdo věnoval potřebný čas a kvalifikovanou péči (37).

Dokument vytvořený NRZP má pomoci zdravotníkům lépe komunikovat s lidmi se zdravotním postižením. Pacienti s postižením jim obvykle neříkají, že mají v tomto směru nějaké problémy. Cítí se v podřízeném postavení a nechtějí na sebe upoutávat pozornost nebo přivolávat nervozitu zdravotnického personálu. Může to být i tím, že již rezignovali na snahu neustále bezvýsledně dávat najevo, že potřebují komunikaci a

kontakt trochu jiným způsobem, než se jim dostává. Nebo se jen obyčejně bojí říci, že něco potřebují.

VI. Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence.

- Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí (např. rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
- Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
- Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
- V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům; používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
- Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na list papíru. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění používáme dotek.
- Využíváme nonverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta; jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
- Dáme jasně najevo, pokud odcházíme a zopakujeme, zda jen na chvíli (vrátíme se, komunikace či zdravotnická procedura neskončila), nebo zda konzultace skončila.
- Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem. Právě nemocné se syndromem demence pečlivě informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, kterým se mají podrobit; během výkonu s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.

- Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.
- Při komunikaci posilujeme orientaci pacienta osobou, místem i časem, oslovujeme jej důstojně jménem a nebo tak, jak si sám přeje či vyžaduje (23).

Demence sebou přináší také paranoiu a ztrátu zábran, postižený senior zapomíná kam si schoval věci a pak obviňuje personál z krádeže, ze spiknutí, vzhledem ke změnám osobnosti používá nevybíravé výrazy, personál nesmí očekávat zpětnou vazbu, jaké by se mu za pomoc a vstřícnost dostalo na jiném oddělení. Užitečná fráze jako odpověď na problematické chování je: „Je mi líto, že máte takový pocit“ (40).

1.8.6 Rodina

Jak demence nezadržitelně postupuje, stává se pro pacienta mnohem důležitější vztah s lidmi kteří jej obklopují. Aby přežil, potřebuje pomoc druhých. Je pro něj zásadní, aby cítil, že lidem kolem sebe může důvěřovat, jinak bude pociťovat úzkost. Proces demence trvá v průměru asi 7 let. Tato nemoc neovlivňuje jenom postiženého člověka, ale také ty kolem něho, někdy víc než pacienta samotného. Členové rodiny se musejí vyrovnávat s bolestí, že pomalu ztrácejí někoho, kdo ještě žije. Kromě ztráty člena rodiny dochází také ke ztrátě svobody pečovatele. Musí se také vypořádat s pocity viny a se změnou chování pacienta a nečekat za svou péčí zpětnou vazbu. Nesmí si brát emoční výbuchy osobně, jsou výrazem bezmocnosti. Situaci může pomoci humor, brzdí agresivitu, uvolňuje napětí. Člověk s demencí chápe řeč úsměvu až do okamžiku své smrti, protože je to jedna z prvních forem komunikace, které se člověk naučí (3).

S rozhodnutím umístit svého člena rodiny do domova důchodců a pocity s tím spojenými není snadné se vypořádat. Jeden z nich je spojen s pocitem, že nikdo se nemůže postarat o vašeho blízkého tak jako vy. Důležitou podmínkou komunikace mezi personálem a rodinnými příslušníky je, aby personál osobu skutečně dobře znal. Rodina by také při návštěvě měla být připravena na změny. Demencí se mění způsob vnímání postiženého i způsob jak reaguje. Může se také změnit jeho úsudek a priority. Mnohé ústavy založily na pomoc rodinám svépomocné skupiny, které se pravidelně scházejí (40).

1.9 Bezpečí, právo a etika

Předpokladem poskytování bezpečných sociálních služeb znemožňujících jakékoliv zneužívání nebo špatné zacházení s jejich uživateli je zajištění a průběžné sledování jejich kvality, a to s aktivním zapojením uživatelů, kteří tak mají možnost proces poskytování služeb sami ovlivňovat. Mezi procedurální standardy je zařazen standard „ochrana práv uživatelů sociálních služeb“, který obsahuje větu „Organizace zkoumá a definuje situace, při kterých by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušování práv uživatelů a na základě toho vytváří pro poskytování služby taková pravidla, která efektivně brání zneužití moci a postavení organizace a jejích pracovníků ve vztahu k uživatelům služby“ (18).

V české legislativě, týkající se způsobilosti k právním úkonům (Stávající legislativní úprava - Zákon č. 99/1963 Sb. občanský soudní řád upravuje zejména detenční řízení, opatrovnické řízení, způsobilostní řízení, Zákon č. 40/1964 Sb. občanský zákoník řeší zejména opatrovnictví a způsobilost k právním úkonům, zbavení, omezení) je v současné době řada mezer nebo nejasností. Řízení o zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům probíhá podle občanského soudního řádu. Rozsah omezení stanoví soud na základě § 10 občanského zákoníku. Řízení se zahajuje na návrh státních orgánů, zdravotnických zařízení či orgánů sociální péče, na podnět procesně způsobilých fyzických osob. Práva ani povinnosti opatrovníka nejsou taxativně vymezena právním ani jiným předpisem, což může být příčinou vážného narušení práv opatrovanců. Zbavení způsobilosti k právním úkonům se týká všech právních úkonů. Omezení se podle judikátu Nejvyššího soudu ČSR z roku 1976 týká pouze úkonů majetkoprávních a pracovněprávních. Osoba pouze omezená ve způsobilosti nemůže být bez svého souhlasu umístěna v ÚSP ani nedobrovolně převzata do ústavu zdravotnické péče (15).

Instituce často zbavují staré lidi svéprávnosti, infantilizují je. Velmi snadno se zachází se starým člověkem tak, jako by nevěděl, co je pro něj dobré (9).

Demence způsobuje poruchy chování, které ztěžují péči a mohou pacienta ohrozit. Omezující prostředky je možné používat jen tam, kde je to nezbytně nutné pro ochranu pacienta a jsou považovány za krajní řešení, kdy ostatní možnosti byly vyčerpány. Vždy je třeba definovat důvod, proč jej použít. Důvodem nemá být usnadnění péče či neklid pacienta. Vždy je třeba dbát na to, aby přínos tohoto opatření byl vyšší než jeho možné riziko. Na rozhodování o použití omezujících prostředků by se měl podílet multidisciplinární tým vždy, když je to možné. Ve všech případech je třeba nejdříve vyčerpat veškeré neomezující postupy a možnosti, k nimž patří:

- zvýšené množství pohybu
- zvýšit počet ošetřujícího personálu
- změnit denní režim (spánek apod.)
- různé aktivizační metody a nefarmakologické přístupy
- tvořivá zaměstnání v rámci ergoterapie
- přizpůsobení prostředí potřebám pacientů s demencí (5)

1.9.1. Technické a legislativní problémy při zřizování OZR ve stávajících zařízeních

Zámky a alarmy mohou být prospěšné, pokud není možný trvalý dohled nad pacientem, ale nesmí být použity tak, aby z budovy vytvořily vězení. Alarmy na vchodových dveřích by neměly působit rušivě, ale měly by okamžitě upozornit personál, že pacient opouští budovu. Nové a neznámé typy zámků, obtížně použitelné kliky na východech mohou posloužit jako účinná bariéra. Měly by být konstruované tak, aby zvyšovaly bezpečnost, nevyvolávaly pocit uvěznění. Tlakové podnožky vedle lůžka nebo na prahu pokoje mohou být použity k upozornění personálu, kdy a že je pacient vzhůru (2).

Zařízení poskytující dlouhodobou péči v zahraničí řeší tento problém poskytováním prostorů s jasným osvětlením a čtyřadvacetihodinovým dohledem. Kontrola nad touláním je prováděna zabezpečením východů a jejich monitorováním pomocí elektronických poplašných zařízení. Když jsou dveře zamčené nebo vchod do kterékoli části areálu uzavřený, je užitečné tyto vstupy zároveň zamaskovat, aby nemohly působit jako podnět (40).

ČALS zveřejnila doporučení Evropské alzheimerovské společnosti k použití omezujících prostředků v péči o pacienty s demencí.

- Mechanické omezení - jedná se o používání speciálního nábytku, oblečení a dalších pomůcek, které mohou omezit pohyb v prostoru (židle se zvedacími podnožkami, kurty a pásy, bezpečné spací pytle atd.)
- Fyzické omezení - Pomocí rukou zabránit, aby pacient učinil pohyb, který by jej mohl ohrozit (zaškolení ošetřujícího týmu v jednotlivých manuálních postupech je důležité aby nedošlo k poranění pacienta či pečujícího)
 - Zamykání dveří - Dveře nemají být zbytečně zamykány. Při projektování zařízení pro pacienty s demencí je důležité zohlednit, že dveře mají být umístěny tak, aby zbytečně nepoutaly pozornost pacientů s demencí, avšak mají být viditelné pro ošetřující personál. Pacienti, kteří nejsou ohroženi blouděním nemají být omezováni v uzamknutých prostorách.
 - Elektronické dohlížecí systémy - Elektronické zařízení na hranicích prostoru pro pacienty s demencí, které signalizuje, že se přiblížil (nebo například prošel dveřmi) pacient, na jehož oděvu či náramku apod. je umístěno speciální zařízení vyvolávající alarm. Obdobná zařízení se mohou používat také k lokalizaci zabloudivších pacientů. Tato opatření by měla vést ke zvýšení svobody pohybu v rámci vymezeného bezpečného prostoru a nikoli k jeho omezování.
 - Dohled prostřednictvím videa - Sledování určitých prostor prostřednictvím videokamer. Mělo by se jednat zejména o chodby a společné prostory a pouze v některých výjimečných případech o soukromý prostor pacientů (jen v případě, pokud s tím souhlasí pacienti, či jejich rodinní pečující)
 - Pasivní alarmy - Jedná se o užití podložek pod matracemi, infračervených čidel a zvukových monitorů k detekci pohybu osoby v prostoru. Tyto alarmy se považují za méně narušující soukromí a méně obtěžující než dohled prostřednictvím videa.

- Medikace jako omezující prostředek - Jedná se o užívání léků se sedativním a trankvilizujícím účinkem pro pouhé zmírnění neklidu či poruch chování a to zejména z toho důvodu, že chování pacienta obtěžuje ostatní či způsobuje větší nároky na pečující.
- Psychologické omezování - Používání verbálních a nonverbálních pokynů, příkazů a zákazů omezujících pohyb a jednání pacientů s demencí. Tato omezení je obtížné identifikovat. Zbytečné příkazy a zákazy vedou často k dezorientaci pacientů s demencí, a mají tak zcela opačný účinek než byl původní záměr. Ošetřující tým musí být trvale veden a k respektování práv a lidské důstojnosti pacientů s demencí, a to v jakýchkoli situacích (5).

Legislativní a koncepční nejasnost v oblasti OZR a použití omezujících prostředků vede u nás v případě psychiatrických seniorů k použití osvědčených zamčených dveří. V poslední době k nám začínají přicházet novinky. Několik nemocnic v ČR v poslední době zavedlo pro pacienty identifikační náramky. Mezi hlavní výhody patří evidence procesu péče, omezení chyb zaviněných lidským faktorem, bezpečnost zařízení, zabezpečení přístupu do vyhrazených prostor, evidence pohybu osob v reálném čase. Jako každá technologická novinka ovšem není čipový systém levnou záležitostí a tak je otázkou, který ústav si jej bude moci v současné době dovolit (19).

Je třeba vyvážit přání maximálně omezit riziko a zároveň zachovat nezávislost a důstojnost osoby s demencí. Každý, bez ohledu na to zda trpí demencí, má právo na rozumnou svobodu volby do té míry, pokud významně neohrožuje ostatní. Stimulující prostředí a pozitivní, zajímavé aktivity jsou neslučitelné s totálním bezpečím a příležitostné drobné nehody jsou nevyhnutelné. Úspěšné zvládnutí rizika musí vzít v úvahu celkovou kvalitu života osoby, nikoliv pouze ochranu před fyzickým nebezpečím. Je jen málo důkazů, že pacienti jsou nutně bezpečnější v institucionální péči než doma. Obecně čím větší riziko hrozí osobě tam kde je, tím horší je prognóza je-li přemístěna jinam. (2).

Při poskytování sociálních služeb obecně nelze používat opatření omezující pohyb osob, jimž jsou sociální služby poskytovány, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných fyzických osob, a to za

stanovených podmínek pouze po dobu nezbytně nutnou, která postačuje k odstranění přímého ohrožení jejich zdraví a života a života jiných fyzických osob. Opatření omezující pohyb osob lze použít pouze tehdy, pokud byla neúspěšně použita jiná opatření pro zabránění takového jednání osoby, které ohrožuje její zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob (26).

Komentář k zákonu č. 218/2005 Sb., kterým se mění zákon 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), zákon č.462/1991 Sb., o životním minimu, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č.117/1995 sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů. § 89 a

- Při poskytování ústavní sociální péče podle § 87 a 89 nelze používat opatření omezující pohyb osob, jimž je ústavní sociální péče poskytována, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných osob, a to pouze po dobu nezbytně nutnou.
- Ústav sociální péče je povinen o použití opatření omezujícího pohyb osob informovat bez zbytečného odkladu
 - zákonného zástupce osoby, které je ústavní sociální péče poskytována,
 - zřizovatele zařízení.
- Ústav sociální péče je povinen vést evidenci případů použití opatření omezujících pohyb osob v rozsahu (13)

1.10. Možnosti institucionální péče v ČB

Komunitní plán města České Budějovice pro období 2004 - 2009 konstatuje, že kapacita služeb pro psychiatricky nemocné seniory (zejména trpící demencí) je nedostačující a to i po zprovoznění OZR v ÚSP Máj. Stále jsou dlouhé čekací doby na umístění, protože poptávka vysoce převyšuje možnosti stávajících ÚSP ve městě. Rovněž denní stacionář pro seniory s demencemi provozovaný Pečovatelskou službou je naplněn na 136%. Z hlediska prognózy sociálních služeb, je v současné době i v Českých Budějovicích nejtěživějším problémem stárnutí populace a s ním spojená invalidizace osob, které obecně vede ke zvyšování požadavků na zdravotní a sociální

péči. V současné době zde tvoří přibližně dvě třetiny z celkového počtu zdravotně postižených osob právě senioři.

V roce 2004 žilo na území města Českých Budějovic více než 13 000 (13 085) osob starších 65 let. V roce 2008 by měl tento počet představovat hodnotu cca 18 000 osob starších 65 let. Podle prognóz Českého statistického úřadu by v roce 2020 občané starší 65 let měli zaujímat až 27 % z celkové populace. Z jednání koordinační skupiny a dotazníkového šetření vyplynuly tyto návrhy a připomínky na rozšíření služeb sociální péče ve městě:

- 27% respondentů postrádalo respitní péči - přechodné krátkodobé pobyty seniorů v domovech důchodců v období, kdy rodina nemá možnost zajistit potřebnou péči
- požadavek na větší informovanost odborných lékařů o sociálních službách, požadavek na větší informovanost občanů o existujících sociálních službách
- požadavek na domov pro nemocné Alzheimerovou chorobou ve středu města, aby tak byla umožněna častá návštěvnost těchto nemocných
- vyšší počet lůžek oddělení pro ošetřování dementních osob ve stávajících ústavech, počet psychiatrických pacientů narůstá
- ústav sociální péče pro seniory v současné době ve stávajícím zařízení (domov důchodců U Hvízdala) převládají lůžka pro soběstačné občany, čekací doby pro imobilní klienty jsou velmi dlouhé. Přesto, že se v roce 2004 zprovozní nový domov důchodců MÁJ, jeho kapacita nebude stačit vzhledem k nárůstu seniorů, potřebujících celodenní péči.
- týdenní stacionář pro seniory, týdenní pobyty pro klienty zejména s Alzheimerovou či vaskulární demencí, kteří potřebují celodenní dohled, jež jim rodina v průběhu pracovního týdne nemůže z důvodů zaměstnání zajistit (17).

2. Cíl práce

Cílem práce je zmapovat, jakou kvalitu institucionální péče je město České Budějovice schopno svým občanům trpícím demencí nebo jinou psychickou poruchou nabídnout, zejména jaké postavení zauímají a jak plní svou funkci oddělení se zvláštním režimem v institucionální péči o seniory s demencí či jinou duševní poruchou ve dvou vybraných ústavech v Českých Budějovicích. Tato oddělení vznikla jako náhradní řešení problému narůstání počtu seniorů s psychickým postižením na akutních lůžcích psychiatrických oddělení nemocnic a na běžných odděleních domovů pro seniory a nedostatečné kapacity specializovaných ústavů.

3. Metodika

3.1 Použité metody výzkumu

Pro výzkum byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Jako nejvhodnější metoda bylo vybráno dotazování a analýza dokumentů, jako doplňkové pozorování. Technikou sběru dat byl individuální polostandardizovaný rozhovor a sekundární analýza dat.

Rozhovor byl koncipován jako soubory základních otázek (odlišných podle pracovního zařazení respondenta), doplněné otázkami, které vyplynuly z rozhovoru, zároveň byl respondentům ponechán prostor k vlastnímu vyjádření se k problému. S ohledem na ochranu osobních údajů byly rozhovory anonymní. Respondenti uváděli pouze své vzdělání a pracovní zařazení, které bylo nutné pro potřebu výzkumu a jeho následnou analýzu.

3.2 Charakteristika výběrového souboru

Zkoumaným souborem byli uživatelé služeb (senioři umístění v trvalé péči), vedení a zaměstnanci – zdravotníci a sociální pracovníci - dvou vybraných domovů pro seniory v Českých Budějovicích. Dále byly formou rozhovoru získány základní informace o třetím DpS a rozhovorem s nezávislým odborníkem na problematiku dementních seniorů - psychiatrem byl získán náhled na situaci psychiatrického oddělení nemocnice v ČB. Statisticky byly analyzovány dokumenty zahrnující všechny uživatele domova pro seniory, ošetřovatelských stanic pro osoby se zdravotním postižením a oddělení se zvláštním režimem a interní dokumenty obou ústavů. Zahrnutí nebyli stávající obyvatelé bývalého penzionu, kteří jsou od 1.1.2007 v přechodné lhůtě. Respondenti rozhovorů z řad personálu byli vybráni náhodným výběrem, přičemž jedinou kvótou bylo pracovní zařazení respondenta tak, aby výzkum zahrnoval všechny úrovně zdravotní i sociální sféry a aby většina z dotazovaných při své práci přicházela do styku se seniory s duševní poruchou. Rozhovory a analýza dat probíhaly v období od května do srpna 2007.

4. Výsledky

Po získání dat a odpovědí na rozhovory byla provedena jejich kontrola a setřídění. Odpovědi na rozhovory byly tříděny podle profesního zařazení respondentů a analyzovány. Získaná data byla statisticky zpracována.

Od respondentů zaměstnaných v sociální sféře bylo zpracováno 11 rozhovorů.

Od respondentů zaměstnaných ve zdravotní sféře bylo zpracováno 9 rozhovorů.

Od vedoucích pracovníků byly zpracovány 2 informační rozhovory.

Od psychiatra byl zpracován 1 informační rozhovor.

Od zaměstnance DpS Dobrá voda byl zpracován 1 informační rozhovor

Z celkového počtu respondentů byli 2 osoby muži a 22 ženy.

Výsledky jsou uváděny slovním hodnocením, v % nebo absolutních číslech.

Pro rozdělení obyvatel podle stáří byla použita 15-letá periodizace lidského života viz Kalvach (15), kde stáří začíná hranicí 60 let (kterou akceptovala i WHO a OSN). Čísla jsou platná k 18.5.2007

Zastoupení uživatelů DpS Hvízdal podle pohlaví na jednotlivých stanicích

Tabulka č. 1

DpS Hvízdal						
zastoupení uživatelů podle pohlaví na jednotlivých stanicích	muži		ženy		obě pohlaví	
	počet	% z mužů celkem	počet	% z žen celkem	počet	%
stanice						
domov pro seniory	13	41,9%	40	30,3%	53	32,5%
stanice pro tělesně postižené	12	38,7%	61	46,2%	73	44,8%
OZR	6	19,4%	31	23,5%	37	22,7%
Celkem za DpS	31	19%	132	81%	163	100%

Služeb Domova pro seniory Hvízdal v současné době užívá 163 osob, z toho 19% činí muži a 81% ženy (tj. zhruba 1 muž na 4 ženy).

Z celkového počtu mužů je

- 41,9% umístěno na stanici domova pro seniory
- 38,7% na stanici pro tělesně postižené
- 19,4% na OZR.

Z celkového počtu žen je

- 30,3% umístěno na stanici domova pro seniory
- 46,2% na stanici pro tělesně postižené
- 23,5% na OZR.

Zdroj: Vlastní výzkum

Zastoupení uživatelů DpS Máj podle pohlaví na jednotlivých stanicích

Tabulka č. 2

DpS Máj						
zastoupení uživatelů podle pohlaví na jednotlivých stanicích	muži		ženy		obě pohlaví	
	počet	% z mužů celkem	počet	% z žen celkem	počet	%
stanice						
domov pro seniory	17	54,8%	32	33,3%	49	38,6%
stanice pro tělesně postižené	10	32,3%	28	29,2%	38	29,9%
OZR	4	12,9%	36	37,5%	40	31,5%
Celkem za DpS	31	24,4%	96	75,6%	127	100%

Služeb Domova pro seniory Máj v současné době užívá 127 osob, z toho 24,4% činí muži a 75,6% ženy (tj. zhruba 1 muž na 3 ženy)

Z celkového počtu mužů je

- 54,8% umístěno na stanici domova pro seniory
- 32,3% na stanici pro tělesně postižené
- 12,9% na OZR.

Z celkového počtu žen je

- 33,3% umístěno na stanici domova pro seniory
- 29,2% na stanici pro tělesně postižené
- 37,5% na OZR.

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvyšší, nejnižší a průměrný dosažený věk uživatelů DpS Hvízdal

Tabulka č. 3

dosažený věk podle stanic	věk muži			věk ženy			věk obě pohlaví		
	min.	max.	průměr	min.	max.	průměr	min.	max.	průměr
stanice									
domov pro seniory	47	93	77	63	92	82	47	93	81
stanice pro tělesně postižené	57	93	78	59	102	85	57	102	83
OZR	66	94	85	64	97	83	64	97	83
Celkem DpS	47	94	79	59	102	84	47	102	83

Současní uživatelé Domova pro seniory Hvízdal dosahují v průměru věku 83 let.

Průměrný věk žen dosahuje 84 let, průměrný věk mužů dosahuje 79 let.

Průměrný věk uživatelů stanice pro tělesně postižené a OZR je stejný - 83 let.

Nejmladšímu uživateli je 47 let, nejstaršímu uživateli je 102 let, tj. rozdíl mezi nejstarším a nejmladším uživatelem je 55 let.

Věková struktura uživatelů DpS Hvízdal

Tabulka č. 4

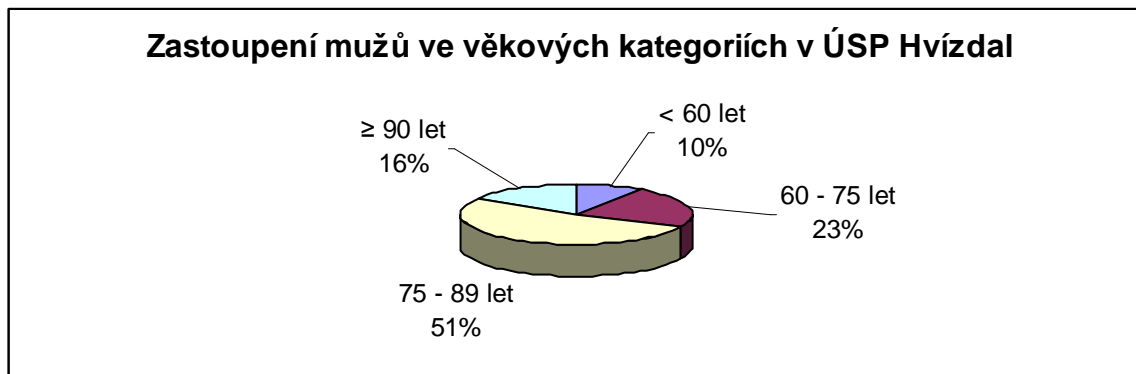
Zastoupení obyvatel ve věkových kategoriích celkem za DpS Hvízdal	muži	ženy	obě pohlaví
věková kategorie	%	%	%
< 60 (střední věk)	9,7%	1,5%	3,1%
60 - 74 (časné stáří)	22,6%	11,4%	13,5%
75 - 89 (vlastní stáří)	51,6%	68,9%	65,6%
≥ 90 (dlouhověkost)	16,1%	18,2%	17,8%

Nejvíce mužů (51,6%) i žen (68,9%) je zastoupeno ve věkové kategorii 75-89 let 83,4% uživatelů je ve věku od 75 let výše.

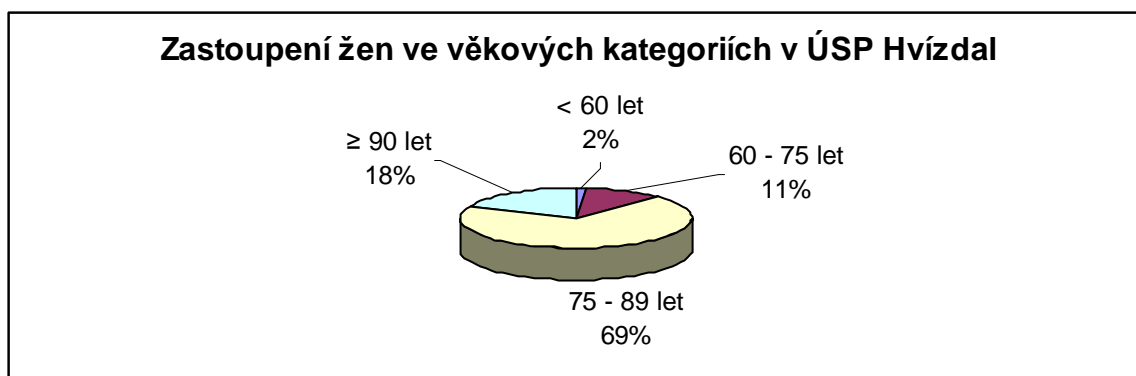
Zdroj: Vlastní výzkum

Věková struktura uživatelů DpS Hvízdal

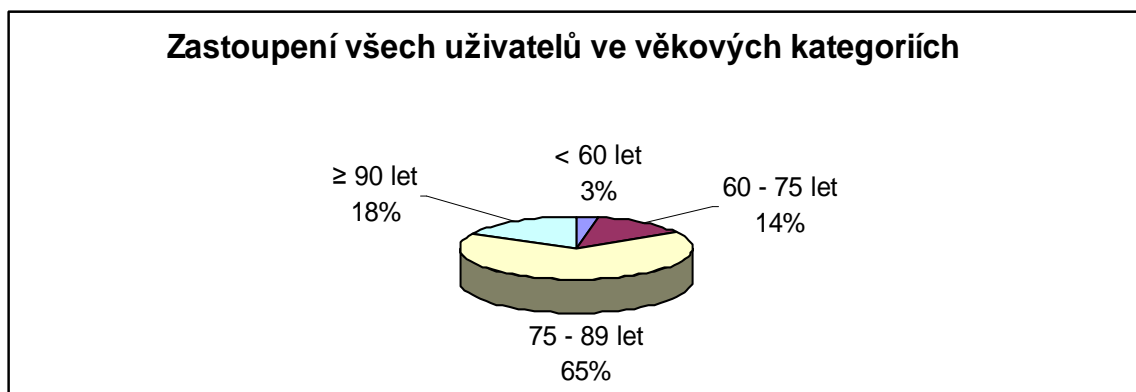
Graf č. 1



Graf č. 2



Graf č. 3



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvyšší, nejnižší a průměrný dosažený věk uživatelů DpS Máj

Tabulka č. 5

DpS Máj									
dosažený věk podle stanic	věk muži			věk ženy			věk obě pohlaví		
stanice	min.	max.	průměr	min.	max.	průměr	min.	max.	průměr
domov pro seniory	49	94	75	75	96	84	49	96	81
stanice pro tělesně postižené	69	90	79	69	95	85	69	95	83
OZR	67	86	79	62	93	81	67	93	81
Celkem DpS	49	94	77	62	96	83	49	96	82

Současní uživatelé DpS Máj dosahují průměrného věku 82 let.

Průměrný věk žen dosahuje 83 let, průměrný věk mužů dosahuje 77 let.
Průměrný věk uživatelů stanice pro tělesně postižené je vyšší (83 let) než průměrný věk uživatelů OZR (81 let).

Nejmladšímu uživateli je 49 let, nejstaršímu uživateli je 96 let, tj. rozdíl mezi nejstarším a nejmladším uživatelem je 47 let.

Věková struktura uživatelů DpS Máj

Tabulka č. 6

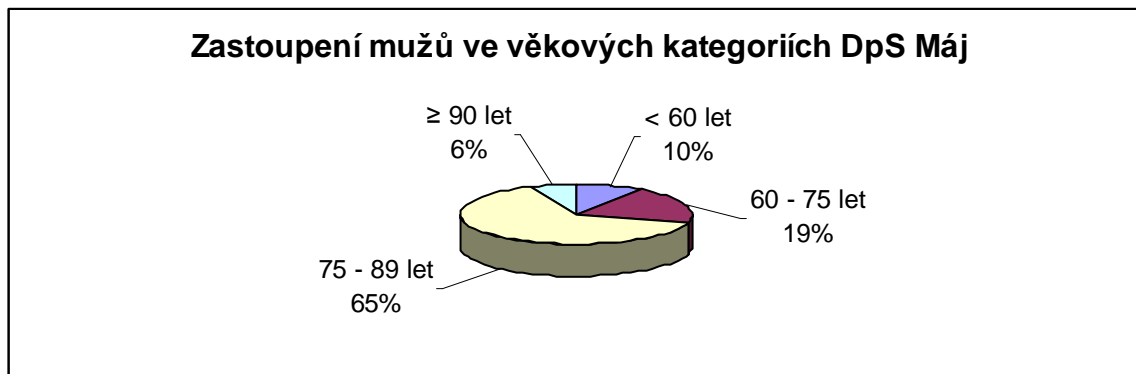
DpS Máj			
Zastoupení obyvatel ve věkových kategoriích celkem za DpS Máj	muži	ženy	obě pohlaví
věková kategorie	%	%	%
< 60 (střední věk)	9,7%	0	2,4%
60 - 74 (časné stáří)	19,4%	8,3%	11%
75 - 89 (vlastní stáří)	64,5%	72,9%	70,9%
≥ 90 (dlouhověkost)	6,5%	18,8%	15,7%

Nejvíce mužů (64,5%) i žen (72,9%) je zastoupeno ve věkové kategorii 75-89 let 86,6% uživatelů je ve věku od 75 let výše.

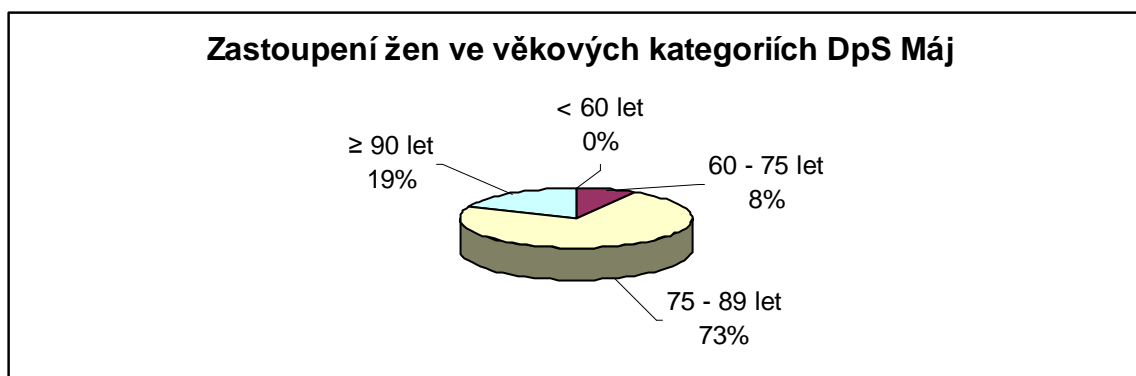
Zdroj: Vlastní výzkum

Věková struktura uživatelů DpS Máj

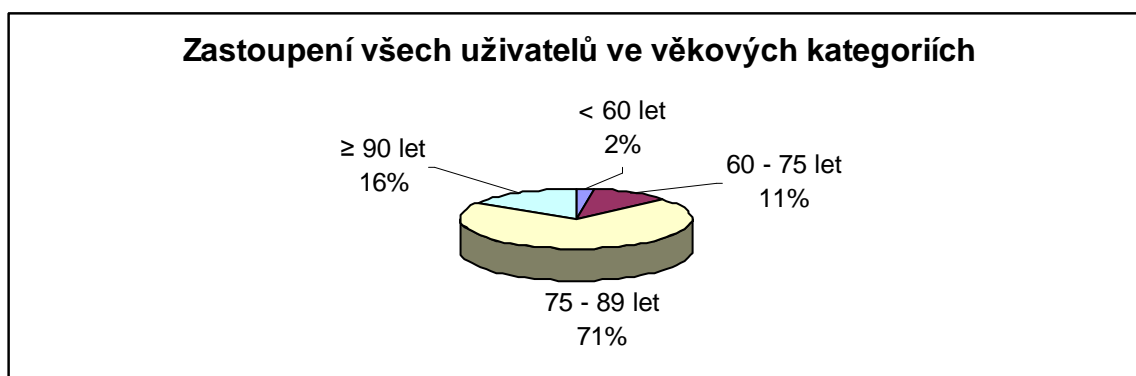
Graf č. 4



Graf č. 5



Graf č. 6



Zdroj: Vlastní výzkum

Zastoupení uživatelů DpS Hvízdal ve věkové kategorii podle stanic a pohlaví

Tabulka č. 7

DpS Hvízdal									
Zastoupení ve věkové kategorii podle stanic v %	domov pro seniory			stanice pro tělesně postižené			OZR		
Věková kategorie	muži	ženy	m + ž	muži	ženy	m + ž	muži	ženy	m + ž
< 60	15,4%	0%	3,8%	8,3%	3,3%	4,1%	0%	0%	0%
60 - 74	23,1%	7,5%	11,3%	25%	11,5%	13,7%	16,7%	16,1%	16,2%
75 - 89	46,1%	87,5%	77,4%	58,4%	54,1%	54,8%	33,3%	74,2%	67,6%
≥ 90	15,4%	5%	7,5%	8,3%	31,1%	27,4%	50%	9,7%	16,2%

Na stanicích domova pro relativně soběstačné seniory je převážná většina uživatelů (77,4%) ve věkové kategorii 75-89 let (vlastní stáří).

Na stanici pro tělesně postižené je ve věkové kategorii 75-89 let (vlastní stáří) 54,8% uživatelů, 27,4% je v kategorii 90 a více let (dlouhověcí).

Na OZR je převážná většina uživatelů (67,6%) v kategorii 75-89 let (vlastní stáří) a starších.

Zastoupení uživatelů DpS Máj ve věkové kategorii podle stanic a pohlaví

Tabulka č. 8

DpS Máj									
Zastoupení ve věkové kategorii podle stanic v %	domov pro seniory			stanice pro tělesně postižené			OZR		
Věková kategorie	muži	ženy	m + ž	muži	ženy	m + ž	muži	ženy	m + ž
< 60	17,6%	0	6,1%	0	0	0	0	0	0
60 - 74	17,6%	0	6,1%	20%	10,7%	13,2%	25%	13,9%	15%
75 - 89	58,8%	81,3%	73,5%	70%	54%	57,9%	75%	80,6%	80%
≥ 90	5,9%	18,7%	14,3%	10%	35,7%	28,9%	0	5,5%	5%

Na stanicích domova pro relativně soběstačné seniory je převážná většina (73,5%) uživatelů ve věkové kategorii 75-89 let (vlastní stáří)

Na stanici pro tělesně postižené je ve věkové kategorii 75-89 let (vlastní stáří) 57,9% uživatelů, 28,9% je v kategorii 90 a více let (dlouhověcí).

Na OZR je převážná většina uživatelů (80%) v kategorii 75-89 let (vlastní stáří) a starších.

Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrný MMSE seniorů v DpS Hvízdal v jednotlivých věkových kategoriích.

Tabulka č. 9

Průměrný MMSE seniorů v DpS Hvízdal v jednotlivých věkových kategoriích	muži	ženy	obě pohlaví
věková kategorie	bodů	bodů	bodů
< 60 (střední věk)	30	15	24
60 - 74 (časné stáří)	22	20	20
75 - 89 (vlastní stáří)	27	23	23
≥ 90 (dlouhověkost)	26	14	16

Nejtěžší poruchou trpí v DpS Hvízdal ženy ve věku ≥ 90 a < 60 let.

Průměrný MMSE seniorů v DpS Hvízdal na jednotlivých stanicích

Tabulka č. 10

Průměrný MMSE seniorů V DpS Hvízdal v na jednotlivých stanicích	muži	ženy	obě pohlaví
stanice	bodů	bodů	bodů
odd.domov pro seniory	28	28	28
odd. pro zdrav. postižené	22	17	18
OZR	26	17	19
ústav celkem	26	21	22

Senioři na stanici domova pro seniory v průměru netrpí žádnou kognitivní poruchou. Senioři na stanici pro zdravotně postižené vykazují v průměru těžší kognitivní poruchy než senioři na OZR. Příčinou je přemísťování imobilních těžce demenčních seniorů z OZR z důvodu nedostatku volných míst na OZR.

Zdroj: Vlastní výzkum

Podíl seniorů se středně těžkou a těžkou kognitivní poruchou v DpS Hvízdal v jednotlivých věkových kategoriích v poměru k počtu uživatelů ve věkové kategorii:

Tabulka č. 11

% osob s MMSE < 18 (středně těžká a těžká kog. porucha.) v DpS Hvízdal v jednotlivých věkových kategoriích	muži	ženy	obě pohlaví	muži	ženy	obě pohlaví
věková kategorie	počet postižených osob			% z celkového počtu osob ve věkové kategorii		
< 60 (střední věk)	0	1	1	0	20%	20%
60 - 74 (časné stáří)	1	4	5	4,5%	18,2%	22,7%
75 - 89 (vlastní stáří)	1	19	20	1%	18,3%	19,3%
≥ 90 (dlouhověkost)	0	16	16	0	55,2%	55,2%

V kategorii do 60 let trpí středně těžkou až těžkou kognitivní poruchou 20% uživatelů
 v kategorii 60 - 74 let trpí středně těžkou až těžkou kognitivní poruchou 22,7% uživatelů
 v kategorii 75 - 89 let trpí středně těžkou až těžkou kognitivní poruchou 19,3% uživatelů
 v kategorii 90 a více let trpí středně těžkou až těžkou kognitivní poruchou 55,2% uživatelů

Nejvíce uživatelů DpS Hvízdal trpí těžkou kognitivní poruchou ve věku ≥ 90 let (dlouhověkost). 100% z toho jsou ženy.

Zdroj: Vlastní výzkum

Podíl seniorů se středně těžkou a těžkou kognitivní poruchou v DpS Hvízdal v jednotlivých věkových kategoriích v poměru k celkovému počtu uživatelů

Tabulka č. 12

% osob s MMSE < 18 (středně těžká a těžká kog. porucha.) v DpS Hvízdal	muži	ženy	obě pohlaví	muži	ženy	obě pohlaví
věková kategorie	počet	počet	počet	% z počtu v celém ÚSP		
< 60 (střední věk)	0	1	1	0	0,6%	0,6%
60 - 74 (časné stáří)	1	4	5	0,6%	2,5%	3,1%
75 - 89 (vlastní stáří)	1	19	20	0,6%	11,9%	12,5%
≥ 90 (dlouhověkost)	0	16	16	0	10%	10%
Ve všech věk. kategoriích	2	40	42	1,3%	25%	26,3%

Nejvíce uživatelů trpících středně těžkou a těžkou kognitivní poruchou z celkového počtu uživatelů DpS Hvízdal se pohybuje ve věkových kategoriích

- 1) vlastní stáří (75-89 let), činí 12,5% z celkového počtu uživatelů, z toho 95% jsou ženy.
- 2) dlouhověkost (≥ 90 let), a to 10% z celkového počtu uživatelů, z toho 100% jsou ženy.

Zdroj: Vlastní výzkum

Podíl seniorů se středně těžkou a těžkou kognitivní poruchou na jednotlivých stanicích v poměru k celkovému počtu uživatelů na stanici.

Tabulka č. 13

% osob s MMSE < 18 v DpS Hvízdal na jednotlivých stanicích z celkového počtu na stanici	muži	ženy	obě pohlaví
	podíl postižených na stanici		
stanice	%	%	%
odd.domov pro seniory	0	1,9%	1,9%
odd. pro zdrav. postižené	2,8%	35,2%	38%
OZR	0	38,9%	38,9%

Nejmenší podíl postižených byl na stanici domova pro seniory (1,9% ze všech seniorů na stanici).

Podíl postižených na stanicích pro zdravotně postižené a OZR byl prakticky stejný (38% respektive 38,9%).

Mezi postiženými byl jen minimální počet mužů.

Podíl seniorů se středně těžkou a těžkou kognitivní poruchou celkem a na jednotlivých stanicích v poměru k celkovému počtu uživatelů DpS:

tabulka č. 14

% osob s MMSE < 18 v DpS Hvízdal na jednotlivých stanicích z celkového počtu uživatelů	muži	ženy	obě pohlaví
	podíl postižených na stanici		
stanice	%	%	%
odd.domov pro seniory	0	0,6%	0,6%
odd. pro zdrav. postižené	1,3%	15,6%	16,9%
OZR	0	8,8%	8,8%
ústav celkem	1,3%	25%	26,3%

V DpS Hvízdal bylo k 18.5. 26,3% obyvatel s MMSE nižším než 18 bodů, tj. s pravděpodobností středně těžké a těžké demence.

Z toho nejméně jich je umístěno v odd. domova pro seniory (0,6%).

Nejvíce postižených je překvapivě umístěno na odd. pro zdravotně postižené (16,9%, z nich je 44,4% imobilních), a nikoliv na OZR (8,8%).

Zdroj: Vlastní výzkum

Podíl uživatelů, dosahujících v rámci pohlaví určitého bodového ohodnocení MMSE v DpS Hvízdal

Tabulka č. 15

Bodová hodnota MMSE podle pohlaví	muži %	ženy %	obě pohlaví %	z toho počet imobilních	zastoupeno opatrovníkem
30-27 bodů (normální stav)	60%	40%	43,8%	nezjišťováno	0
26-25 bodů (hraniční stav)	10%	7,7%	8,1%	nezjišťováno	0
24-18 bodů (lehká demence)	23,4%	21,5%	21,9%	2, tj. 5,7%	0
17-9 bodů (středně těžká dem.)	3,3%	16,9%	14,3%	8, tj. 34,8%	1
8-0 bodů (těžká demence)	3,3%	13,9%	11,9%	12 tj. 63,2%	2
Celkem < 25 bodů	30%	52,3%	48,1%	22 tj. 28,6%	3

Celkem 77 uživatelů, tj. 48,1% z celkového počtu v DpS Hvízdal, má výsledek MMSE pod hranicí normálního stavu kognitivních funkcí a vyvíjí se u nich některá forma demence. Ze 48,1% uživatelů pod hranicí normálního stavu je 68 uživatelů tj. 42,5% žen a 9 uživatelů, tj. 5,6% mužů. Ze všech uživatelů kteří mají výsledek MMSE pod hranicí normálu je 28,6% imobilních.

30% z celkového počtu mužů a 52,3% z celkového počtu žen jsou pod hranicí normálního stavu kognitivních funkcí.

Celkem 42 uživatelů, tj. 26,2% z celkového počtu uživatelů, trpí středně těžkou a těžkou demencí, z toho je 25% žen a 1,2% mužů.

30,8% z celkového počtu žen a 6,6% mužů z celkového počtu mužů trpí středně těžkou a těžkou demencí.

Z uživatelů trpících lehkou demencí je 5,7% imobilních.

Z uživatelů trpících středně těžkou demencí je 34,8% imobilních

Z uživatelů trpících těžkou demencí je 63,2% imobilních

Dosažený výsledek v MMSE není ve všech případech ukazatelem demence. Může být zkeslen nekorigovatelnou smyslovou vadou seniora a mentální retardací (3 uživatelé).

Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná délka pobytu uživatelů v DpS Hvízdal podle jednotlivých stanic

Tabulka č.16

Průměrná délka pobytu podle oddělení a pohlaví	muži	ženy	obě pohlaví
	průměrná délka pobytu		
stanice	let	let	let
odd.domov pro seniory	3,5	4,2	4
odd. pro zdrav. postižené	3,3	3,2	3,2
OZR	1,9	4,3	3,9
ústav celkem	3,1	3,8	3,6

Ženy vykazují delší průměrnou délku pobytu než muži. Největší průměrná délka pobytu byla zaznamenána u žen na OZR

Složení uživatelů podle délky pobytu

Tabulka č. 17

Složení uživatelů podle délky pobytu (maximální délka pobytu 15 let)		
délka pobytu	osob	%
< 1 rok	41	25,2%
1 - 3 roky	69	42,3%
4 - 10 let	38	23,3%
> 10 let	15	9,2%

Nejvíce uživatelů stráví v ÚSP v průměru 1-3 roky (42,3%). Během 1 roku nastoupilo 41, tj. 25,2% nových uživatelů.

Průměrná délka pobytu uživatelů v DpS Hvízdal podle dosažené hodnoty MMSE

Tabulka č. 18

Průměrná délka pobytu podle výsledků MMSE	obě pohlaví
hodnota MMSE	let pobytu
0-8 (těžká demence)	4,1
9-17 (středně těžká demence)	3,7
18-24 (lehká demence)	3,2
> 24 (normální stav)	3,7

S rostoucí délkou pobytu hodnota MMSE uživatelů se známkami demence klesala.
Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledky rozhovorů

Počet odpovídajících respondentů se liší podle typu otázky.

Jednoduché odpovědi typu ano - ne jsou vyhodnoceny formou tabulek (pokud respondent odpověděl rozsáhle, je celá odpověď uvedena pod tabulkou).

Odpovědi respondentů jsou podle typu oddělení na kterém pracují rozlišení následovně:

O - zaměstnanec nebo pracuje s uživateli OZR

X - zaměstnán mimo OZR

Xo - dříve pracoval na OZR nebo pracuje na odd., kde pracuje vyskytují senioři s demencí

P - psychiatr

V - některý z členů vedení, vedoucích pracovníků ústavů

I - informační rozhovor s personálem ÚSP Dobrá Voda, není zařazen do číselných údajů (tabulky)

V textu jsou použity následující zkratky:

ps.dg. = psychiatrická diagnóza

OZR = oddělení se zvláštním režimem

oš.st. = ošetrovatelská stanice

Klient = uživatel - v odpovědích je ponechána terminologie respondentů

Otázka č.1. Domníváte se, že existence oddělení se zvláštním režimem je přínosem?

Tabulka č. 19

pracovní zařazení	typ oddělení	ano	ne	nevím
sociální pracovníci	OZR	4	0	1
	jinde	5	1	0
zdravotníci	OZR	5	0	0
	jinde	4	0	0
celkem typ oddělení	OZR	9	0	1
	jinde	9	1	0
ostatní	ostatní	1	0	0
celkem		19	1	1

Sociální pracovníci

- O - ano, pro společnost, je jich hodně (seniorů s demencí), mezi ostatními narušují kolektiv, je dobré že jsou pohromadě, mají svůj prostor a režim. O umístění na OZR je velký zájem.
- O - spíš nutností, velkým přínosem, ale přináší to i problémy
- O - zatím nevím, praxe je jiná než teorie, máme klienty, kteří by potřebovali na OZR, ale už není místo. Navíc by oddělení teoreticky vůbec nemělo být uzavřené (ze zákona), takže by ne zcela plnilo svou funkci

Pracovníci sociální péče

- Xo - až se srovná, zaběhne, vytríbí se klientela, odejdou ti co tam nepatří

Vedoucí zdravotní personál

- X - pro ty s psychiatrickou dg.
- X - teoreticky ano

Zdravotní sestry

- O - pro ty lidi, na normálním oddělení by si ublížili

Psychiatr:

Jaký je váš odborný názor na postavení a význam oddělení se zvláštním režimem, zřízených při domovech pro seniory?

- P - pozitivní

Z celkového počtu se 90% respondentů se domnívá, že existence OZR je přínosná, 5% že není a 5% že neví. Ze zaměstnanců OZR se 90% respondentů domnívá, že existence OZR je přínosná a 10% neví.

Respondenti se vyjadřovali zejména k problému nedotažené koncepce OZR (v ÚSP kde je zavedeno krátkou dobu a klientela se teprve tříbí, otázka otevřenosti - uzavřenosti OZR) a k faktu, že vznik OZR přináší i problémy. V drtivé většině ale považují vznik OZR za přínos (a to i přesto, že zvýšil náročnost jejich práce - viz. níže), pozitivně se vyjádřil i lékař akutního psychiatrického oddělení.

Závěr - OZR (až pomínou potíže přechodného období) bude přínosem pro obě strany.

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.2. Jaký vliv má existence OZR na vaši práci?

Tabulka č. 20

pracovní zařazení	typ oddělení	kladný	záporný	žádný
sociální pracovníci	OZR	3	3	0
	jinde	3	0	3
zdravotníci	OZR	2	2	1
	jinde	2	0	1
celkem typ oddělení	OZR	5	5	1
	jinde	5	0	4
ostatní	ostatní	0	0	0
celkem		10	5	5

Sociální pracovníci

- O - usnadňuje ji, podobně postižení jsou pohromadě
- O - vyřizují žádosti, mohou uspokojit širší škálu zájemců
- O - trochu více administrativy
- O - pokud není odd. uzavřené, neplní svůj účel. Spousta uživatelů se neumí ani podepsat, nejsou fakticky ani způsobilí k právním úkonům, ale právně způsobilí jsou, těžko se s nimi dohaduje, zvláště pokud nemají rodinu

Pracovníci sociální péče

- O - kladné jsou zkušenosti do budoucna, záporné zátěž na psychiku zaměstnance, soustředění psychiatrických uživatelů = větší psychická únava
- Xo - odejde tam člověk, u kterého by to bylo jinak neřešitelná situace, nezvládal by režim běžného oddělení.
- X - kdyby tam (na OZR) byli opravdu přestěhováni ti co tam patří, zatím to ale nefunguje na 100%
- X - zatím žádný nepozorují

Vedoucí zdravotní personál

- O - celkově náročnější práce s klienty i personálem, jsou nervóznější, některé situace nezvládají, někteří k tomu ani nemají vzdělání (nižší personál).
- O - ztěžuje, je to celkově náročnější práce
- Xo - usnadňuje, někteří uživatelé odešli na OZR
- X - zatím žádný, výhledově přínos - možnost přesunu dementního seniora na OZR v případě potřeby

Zdravotní sestry

- O - zvyšuje to bezpečnost, jsou zde vyškolení pracovníci a speciální péče
- O - je to horší na psychiku
- Xo - psychické odlehčení
- Xo - odlehčení po fyzické i psychické stránce (nemusejí se hlídat), dříve se člověk věnoval především dementnímu seniorovi na oddělení - ubralo to hodně práce

Nižší zdravotní personál

- O - je to pro mne přínosné

Z celkového počtu respondentů 50% soudí, že vznik OZR měl kladný vliv, 25% záporný vliv a 25% nepozoruje žádný vliv na jejich práci. Z toho 45% zaměstnanců OZR soudí, že vznik OZR má kladný vliv a 45% že záporný. Respondenti pracující na OZR (zdravotníci) nebo s uživateli OZR (sociální pracovníci) soudí, že je jejich práce náročnější. Zdravotníci z běžných ošetrovatelských stanic, ze kterých byli senioři s demencí přesunuti na OZR, vnímají tento fakt jako ulehčení nebo nepozorují žádnou změnu.

Závěr: vznik OZR se projevil ve zvýšených nárocích na personál, který zde pracuje. Personál pro OZR byl vybrán ze zkušených stávajících zaměstnanců, kteří mají potřebné kvality odborné i lidské. Zvýšená náročnost je vedením ústavu kompenzována v podobě vyššího finančního ohodnocení a nároku na delší dovolené na zotavenou, personál má rovněž možnost využít služeb psychoterapeuta, který dochází. Na OZR je rovněž zvýšený počet personálu oproti běžné ošetrovatelské stanici a personál prochází školením specializovaným na problematiku OZR a to v pracovní době na náklady ústavu.

Závěr: je znát snaha zvýšit motivaci personálu a činit opatření proti burnt out syndromu. Spokojený motivovaný personál je klíčový pro kvalitu života uživatelů.

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.3. Máte jako zaměstnanec, který uživatele dobře zná, možnost doporučit jeho přemístění na OZR?

Tabulka č. 21

pracovní zařazení	typ oddělení	ano	ne
sociální pracovníci	OZR	4	1
	jinde	3	3
zdravotníci	OZR	2	2
	jinde	4	0
celkem oddělení	OZR	6	3
	jinde	7	3
ostatní	ostatní	0	0
celkem		13	6

Sociální pracovníci

- X - jsou-li stížnosti (od jiných uživatelů), můžeme doporučit
- X - jsme s takovým klientem v úzkém styku, proto můžeme navrhnout přemístění při změně stavu z odd. na odd. - z OZR hlavně ten, kdo se stal imobilním, zbytečně by zůstal na OZR
- O - mám možnost navrhnout k posouzení po domluvě s rodinou, je nutná indikace psychiatra
- O - mohu doporučit rodině, poradit jim pokud má přijímaný zájemce ps.dg. Hlavní slovo má lékař. Pokud rodina odmítne, zájemce nepřijmeme.

Pracovníci sociální péče

- Xo - Mohu informovat a o jednání a chování klienta, které může ohrožovat okolí, staniční sestru

Vedoucí zdravotní personál

- O - jen ve spolupráci se sociální pracovníci a rozhoduje lékař
- Xo - mohu navrhnout po konzultaci s lékařem
- X - jsme součástí procesu (komise)

Zdravotní sestry

- O - ano, je to běžné, ale posoudit musí psychiatr
- Xo - můžeme dát podnět staniční sestře

Nižší zdravotní personál

- X - mohu dát podnět staniční sestře

Z celkového počtu dotázaných si je 68% respondentů vědomo, že má možnost dát na základě zdravotního stavu seniora podnět k jeho přemístění na OZR nebo z OZR jinam. Zpravidla tím, že upozorní svého nadřízeného, který předá podnět dál nebo je přímo členem posudkové komise. Personál tak má pocit že je členem týmu, ne pouze pasivním vykonavatelem příkazů a má možnost ovlivnit fungování stanice, na které pracuje.

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.4. Mají možnost spolurozhodovat o umístění uživatele jeho blízcí, rodina?

Tabulka č. 22

pracovní zařazení	typ oddělení	ano	ne	nevím
sociální pracovníci	OZR	5	0	0
	jinde	5	0	1
zdravotníci	OZR	3	1	0
	jinde	4	0	0
celkem oddělení	OZR	8	1	0
	jinde	9	0	1
ostatní	ostatní	2	0	0
celkem		19	1	1

Sociální pracovníci

- O - je snaha se s rodinou domluvit, rodina má pohovor s psychiatrem, aby jí vysvětlil proč je nutné seniora přemístit. Rodina má právo veta, když si to nepřeje, senior se na OZR nepřemísť. Nového ústav nemusí přijmout (může ho odmítnout umístit jinam než na OZR).
- O - od 1.1.07 se vyžaduje alespoň částečné opatrovnictví pro nově umístěné.
- O - bohužel, někdy jej rodina nechce vidět jako nesvéprávného, ale klient přitom vyžaduje speciální péči.
- O - mají právo veta, do budoucna situaci upraví domácí řád. Pokud psychiatr zájemce doporučí a rodina to nechce, je to porušení domovního řádu a může být z ÚSP vyřazen, protože by mohl ovlivňovat život ostatních uživatelů.

Pracovníci sociální péče

- O - když si to nepřejí, zůstává klient na jiném patře (oš. stanici).
- Xo - rodina musí s přesunem souhlasit, pokud s ústavem komunikuje
- X - pokud je právně způsobilý a rodina řekne ne, nelze ho přesunout
- X - asi ano, ale mají na to malý vliv

Vedoucí zdravotní personál

- O - když nechtějí, tak ho (rodina) tam nedají
- Xo - mají konečné slovo
- X - zatím mají právo veta, pokud nechtějí nebo je s nimi obtížná spolupráce, je to problém

Zdravotní sestry

- O - většinou ano, je tu blízký kontakt s rodinou, po přijetí nového zákona je u nás ale cca 70% uživatelů zbaveno svéprávnosti (OZR ÚSP Máj)
- O - myslím že ne
- Xo - mají právo konečného rozhodnutí, záleží na vztahu k rodině, pokud není zbaven svéprávnosti, ručí za něj rodina podpisem, pokud klient není schopen se podepsat.

Vedení ústavů

- V2 - pokud má indikaci lékaře na nástup na OZR, pak se vrchní sestra domluví s rodinou. Pokud rodina odmítá umístění na OZR, pak není přijat, u stávajícího by nebyl možný další pobyt.

- V1 - S rodinou se jedná, spolupracuje v případě že má na ni zájemce nebo uživatel vazby (může pomoci seniora přesvědčit, vysvětlit proč má být umístěn na OZR). Stane se, že rodina řekne kategorické ne. Právo veta však má lékař – psychiatr a na základě jeho vyjádření lze seniora pro nesplnění nebo porušení domácího řádu nedoporučit či ukončit jeho pobyt.

90% respondentů je informováno o vlivu, jaký má rodina na péči o uživatele na OZR a že uživatel není bezbranným objektem manipulace systému. Může to zvýšit respekt personálu a ovlivnit i jeho chování vůči uživatelům. Personál si je rovněž vědom, že ve výjimečných případech mohla dosud rodina rozhodovat i proti zájmům objektivně svéprávného uživatele i ostatních uživatelů na oddělení.

Závěr: Rodina uživatele má možnosti jeho situaci ovlivnit. Někdy i negativně a protiprávně.

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.5 a. Víte o nějakém problému, vznikajícím na základě nedostatečné kapacity OZR a umístování seniorů OZR (např. ti co by tam měli být umístěni nejsou a naopak)?

A) Problém vznikající zaměstnancům:

Tabulka č 23

pracovní zařazení	typ oddělení	ano	ne
sociální pracovníci	OZR	4	1
	jinde	4	2
zdravotníci	OZR	1	4
	jinde	1	3
celkem oddělení	OZR	5	5
	jinde	5	5
ostatní	ostatní	1	1
celkem		11	11

Sociální pracovníci

- O - zůstávají na normálním odd. i když se zhorší
- O - nejsou tam umístěni všichni kdo by tam patřili, dělají problémy
- X - psychotici vyžadují zvýšenou individuální péči
- O - musí se přerušovat běžný režim ostatních, personál je vytržen z rytmu, rutiny, která je nutná aby se vše stihlo včas
- O - snažíme si zachovat kredit domova pro seniory, tím pádem se nepřijímají toxikomani, alkoholici (jsou vyjmuti ze zřizovací listiny). Problémem je, co s těmi co už jsou uživateli
- X - náročnější práce pro zaměstnance, pokud nejsou ps. postižení přemístění na OZR

Pracovníci sociální péče

- Xo - dlouho se čeká na přemístění klientů, i těch co by to opravdu potřebovali
- X - když si rodina nepřije přesun, tak je nepřesunou, i když by to bylo ve prospěch věci

Vedoucí zdravotní personál

- X - pokud mají organický psychosyndrom, narušují soužití jak na běžné stanici, tak na OZR, patří asi spíš do Libniče

Zdravotní sestry

- O - při zlepšení nebo ležící se přesouvají z OZR zpět na běžnou stanici, nevidím to jako problém

Vedení ústavů

- V1 – oddělení nesmí být ze zákona uzavřené, v tom případě by ale musel být 1 zaměstnanec na 1 uživatele. Stále se čeká na prováděcí vyhlášku (jak mají OZR fungovat).
- V2 - u nově přijatých problémy nevznikají, u stávajících, jejichž stav se změní - pokud se zhorší někdo z běžné oš. stanice, je možná výměna za klidného imobilního uživatele z OZR.

50% respondentů nevidí ve faktu, že na stanici OZR jsou uživatelé kteří by zvládli pobyt na běžné stanici a na běžné stanici jsou uživatelé, pro které by OZR bylo vhodnější, žádný problém pro personál, 50% respondentů vnímá situaci jako problém. Jako větší problém to vnímají více sociální pracovníci než zdravotníci. Pravděpodobnou příčinou mohou být skupinové aktivizační činnosti. Senioři s demencí jsou umístěni na ošetrovatelských stanicích pro zdravotně postižené (viz statistické údaje výše). Pracovníci sociální péče pořádají skupiny pro méně mobilní zdravotně postižené uživatele na jejich ošetrovatelské stanici. Literatura doporučuje (37) a praxe ukázala, že je lépe vytvářet malé sourodé skupiny podle zdravotního stavu a stupně zachovalých kognitivních schopností seniorů a je tomu přizpůsoben i druh činnosti. U příliš nesourodého osazenstva oš. stanice se tyto skupiny vytvářejí obtížně a je problém nalézt činnost kterou by zvládali všichni, ale která by také všechny zaujala a byli by ochotni se jí zúčastnit. Vedení nesourodé skupiny vyžaduje rovněž více personálu, uživatelé s lehčím postižením vnímají ostatní jako rušivý prvek, hlasitě situaci komentují. V neposlední řadě obě strany ztrácejí motivaci, odmítají se dále na skupině účastnit. Motivovat seniora k smysluplné činnosti je někdy samo o sobě náročné a tímto se situace ještě zhoršuje.

Závěr - OZR (až pominou potíže přechodného období) bude přínosem pro obě strany. Zatím tomu tak není v DpS Hvízdal, kde se OZR teprve zabíhá.

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.5 b. Víte o nějakém problému, vznikajícím na základě nedostatečné kapacity OZR a umístování seniorů OZR (ti co by tam měli být umístěni nejsou a naopak)?

B) Problém vznikající ostatním uživatelům a jejich rodinám:

Tabulka č. 24

pracovní zařazení	typ oddělení	ano	ne
sociální pracovníci	OZR	4	0
	jinde	7	0
zdravotníci	OZR	3	2
	jinde	1	3
celkem oddělení	OZR	7	2
	jinde	8	3
ostatní	ostatní	1	1
celkem		16	6

Sociální pracovníci

- O - psychiatricky narušují okolí (problém pro ty zdravé)
- O - ruší, mohou ohrozit ostatní
- X - někteří s ps. postižením jsou ostatními či jejich rodinnými příslušníky často nálepkováni
- O - narušují soužití, nechápu denní režim na běžné oš. stanici, mají jiné potřeby, chtějí odcházet (např. psychotici si uvědomují že nesmí)
- O - stávající alkoholici a toxikomani
- X - mohou rušit zdravé, pokud jsou na běžném odd., vadí to i rodinám ostatních

Pracovníci sociální péče

- X - ostatní jsou netolerantní a přítomnost klientů s ps.dg. na patře jim vadí
- O - psychiatrickí klienti mimo OZR chodí např. do cizích pokojů
- Xo - někdy se tam (na OZR) pošlou lidi moc rychle a pak se zjistí, že by zvládli i normální režim, ale u se tam nechávají, je málo času na vysledování, dalo by se řešit jinak, ale zaměstnanci si ulehčují práci
- X - ps. klient na normálním odd. narušuje řád, režim
- X - ostatním klientům zasahuje do soukromí, ale pokud nechce, nelze ho přesunout

Vedoucí zdravotní personál

- O - zdraví klienti jsou na „Alzheimer“ zlí, považují chování za úmysl, nechovají se k nim pěkně
- X - ruší, mohou někoho ohrozit (hlavně „organický psychosyndrom“)

Zdravotní sestry

- O - psychiatrický klient má svůj svět a ostatní to nepochopí, jsou z toho nervózní, jsou na ně i zlí

Nižší zdravotní personál

- O - umí na sebe být hodní i zlí, někdy jsou na běžné oš. stanici (se zdr. postižením) lidé v horším psychickém stavu než na OZR, méně komunikují a méně spolupracují

- O - až nesnášenlivost

Vedení ústavů

- V1 – ano
- V2 - ne

72% respondentů vnímá přítomnost některých psychiatrických seniorů na běžné ošetrovatelské stanici (tedy integraci) jako oboustranný problém pro uživatele. Duševně zdraví uživatelé vnímají přítomnost postižených jako rušivou, narušující jejich soukromí, klid a bezpečnost. Uživatelé s ps.dg nebo demencí se mohou cítit nejistě v prostředí které na ně klade příliš vysoké nároky, vnímají záporné emoce ostatních a mohou se cítit až ohroženi. Personál běžné stanice má navyklé rutiny přizpůsobené většině (duševně zdravých) uživatelů, které mohou být pro seniora s demencí nepochopitelné a nevládnutelné.

Jako další problém vnímá personál přítomnost seniorů s jinými diagnózami než demence (např. organický psychosyndrom, toxikomanie, alkoholismus), a to bez ohledu na umístění uživatele. Tito uživatelé nejen že nezapadají mezi duševně zdravé, ale představují problém i na OZR. Možná by bylo na místě zvážit jejich umístění do jiného typu ÚSP. Stejně jako u předchozího dotazu, více tento problém pociťují sociální pracovníci.

Závěr - OZR (až pominou potíže přechodného období) bude přínosem pro obě strany, současný stav, kdy postižení jsou integrováni mezi ostatní uživatele pociťují jako problém uživatelé i personál.

Zřízení OZR by bylo přínosem pro každý větší domov pro seniory, protože je jisté, že v průběhu jejich pobytu se u některých z nich rozvine syndrom demence, který učiní jejich pobyt na běžné ošetrovatelské stanici nepříjemným pro ně a neřešitelným pro personál.

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.6 Pokud byste mohli rozhodovat, jakého uživatele byste umístili na OZR vy?

Sociální pracovníci

- X-zejména agresivní, ohrožující sebe a okolí, chodící samostatně mimo i v rámci oddělení s těžkým stupněm demence
- X-chodící s ps.dg., emočně labilní (závisí na projevu)
- O-dezorientované (ostatní se jich straní, vyčleňují je, oni se na běžné stanici cítí odstrkování, uzavírají se do sebe – bohužel pro všechny není na OZR kapacita). Mají možnost si ponechat svého psychiatra, který je může i posoudit.
- O-Určitě mobilní – dezorientované, střední a vyšší stadia Alzheimerera, emočně stabilní, aby ostatní nenarušovali. Labilní bych léčila úplně zvlášť. Pokud není senior s demencí rizikový (neodchází, netoulá se, není sám sobě nebezpečný, nenarušuje soužití), není důvod ho umístit na OZR a je na běžné oš. stanici.
- O-chodící Alzheimerem, demence. Chodící s ps.dg. se kterou nejsou schopni žít bez „zamčených dveří“. U ležících to není nutné.
- O-chodící s ps.dg. –ti co se toulají, jsou sami sobě nebezpeční, agresivní, s hlasitými projevy
- O-chodící, všechny ps. dg., Alzheimerem, těžší demence)

Pracovníci sociální péče

- O-chodící se střední a těžkou demencí, jinou ps.dg, všechny emočně labilní, plačtivé, agresivní, i nechodící s těžkou demencí nebo jinou ps.dg., Parkinsoniky s ps.dg.
- Xo-hluboká demence s nezvládnutelnou toulavostí, autoagrese, agrese, ruší-li ostatní. Má-li závažné problémy s hygienou, poruchu osobnosti s agresivitou a ničením, nekritický Parkinsonik ohrožující sebe i okolí. Nedával bych tam bezproblémové „tiché bláznů“.
- X-chodící částečně a zcela dezorientované, emočně labilní, agresivní
- X-těžší stupně demence, (je to pro ně lepší, protože na ně zdraví nevráží, měli by být spolu, spolu si rozumějí), možná agresivní a plačtivé.
- X-všechny psychiatrické uživatele. Od střední demence, jedno zda chodící či ne, ty s emoční poruchou pokud nejsou zvladatelní na běžné oš.st.

Vedoucí zdravotní personál

- O-všechny chodící Alzheimerem a demence. Ležící ne, ten je na uzavřeném odd. 2x postižený a neměl by tam být
- Xo-Alzheimerem, agresivní, autoagresivní, deprese, naprostá dezorientace
- X- Chodící. Všechny nekompenzované a nekompenzovatelné Alzheimerem v pokročilejším stupni (od středního) a těžší demence

Zdravotní sestry

- O-především chodící – demence, Alzheimer, rušící (hlučné) – řeší se medikací, halucinace (řeší se individuálně)
- O-seniory s podobnou dg., v přibližně stejném stavu, nezáleží na tom zda chodí.
- Xo-chodící psych. narušené, stf. a těžké demence, Alzheimerem

Nižší zdravotní personál

- O-Určitě neagresivní, pracují zde převážně nebo pouze ženy. Pro ženy je to ohromně namáhavé, nechodící jsou těžcí. Dala bych sem ty s horšími kognitivními schopnostmi obecně, bez ohledu na diagnózu.
- O-psychiatrické dg.
- Xo-střední a těžké demence, Alzheimerovy – všechny chodící s ps.dg.

Vedení ústavů

- V2 - demence, Alzheimerovy. Odmítají se zájemci narušující soužití, např. toxikomani, alkoholici, psychotici.

Odpoovídalo 22 respondentů. 64 % z nich považuje za klíčovou pro umístění na OZR mobilitu uživatele a výslovně ji zmiňuje (chodící, toulavost...). Další nejčastější indikací je střední až těžká demence, Alzheimerova demence, dezorientace, hlučnost, emoční labilita. Jeden respondent zmiňuje problematičnost umístění agresivních, protože na stanicích pracují téměř výhradně ženy (platí pro celý ÚSP). Je zřejmé, že rozmanitost diagnóz, stupňů postižení a jeho projevů činí z hlediska personálu zařazení všech postižených na jednu ošetrovatelskou stanicí se zvláštním režimem značně problematickým. Z řad personálu padl návrh, že situaci by mohlo usnadnit rozdělení OZR na 2 části, podle druhu a závažnosti postižení (viz níže). Některé z diagnóz nejsou pro umístění na OZR vhodné vůbec, pro tyto seniory by měl být určen specializovaný ústav (např. Libnič).

Jaké druhy psychiatrických postižení se vyskytují u vašich uživatelů?

- S1 Alzheimerova demence, vaskulární demence, stařecké demence, smíšené demence, demence při Parkinsonově chorobě, demence při Huntingtonově chorobě, mentální retardace, schizofrenie, organický psychosyndrom, deprese.
- S2 Alzheimerova demence, vaskulární demence, stařecké demence, smíšené demence, demence při Parkinsonově chorobě, mentální retardace, schizofrenie, organický psychosyndrom, atrofie mozku, deprese

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.7 Jaké procento seniorů s demencí (jinou ps.dg.) lze dle vašeho názoru bez problémů integrovat na běžnou oš. stanici mezi ostatní uživatele?

Tabulka č. 25

pracovní zařazení	typ oddělení	do 30%	do 50%	záleží na okolnostech
sociální pracovníci	OZR	3	0	2
	jinde	5	1	0
zdravotníci	OZR	4	0	1
	jinde	4	0	0
celkem oddělení	OZR	7	0	3
	jinde	9	1	0
ostatní	ostatní	2	0	1
celkem		18	1	4

Sociální pracovníci

- X-10% - záleží na upřednostňování aktivit stávajících klientů, počtu personálu
- X-do 30%, záleží zda je ležící a na projevech
- O-max. 10-20%, musí být emočně stabilní, nebloudiví, pak jsou k nim zdraví vstřícní a pomáhají jim
- O-na procentu nezáleží
- O- do 30%, záleží na postižení, psychiatrický ležící je snazší než chodící (neutíká)
- O-max. 10%

Pracovníci sociální péče

- O-záleží na stupni postižení, na dg., zaměstnanci si např. na skupiny pro volnočasové aktivity musí brát kolegu
- Xo-do 30% max, záleží na tom co je ochoten přijmout zdravotní personál (vyžaduje-li zvýšenou péči), jinak jde na OZR.
- X-max. 30%
- X-max. 30%
- X- do 50%

Vedoucí zdravotní personál

- O- max. 30% nebo méně, je těžké je uhlídat
- Xo-max. 30% i méně podle stupně demence
- X-max. 10%, tj. 5 osob, záleží na stupni postižení

Zdravotní sestry

- O- ležící bezproblémoví jsou tam běžně
- O-vůbec bych je nemíchala
- Xo-do 20%, max 25%, je to náročné pro personál

Nižší zdravotní personál

- O-Nejlépe nikoho, na stanicích zdravotně postižených mají dost své práce. Na oddělení kde jsou soběstační cca max. 10%, protože zatěžují ostatní
- O- i méně než 30%
- Xo- do 20% max.

Vedení ústavů

- V1 - záleží na okolnostech
- V2 - maximálně 5%

Psychiatr

- 5%

78% respondentů považuje 30% uživatelů s ps.dg. na běžné stanici za absolutní maximum pokud by to bylo nezbytné, někteří včetně psychiatra považují za horní hranici 5%-10% nebo by uživatele nemíchali vůbec. Jen 1 respondent považuje za maximum 50% uživatelů, 18 % se domnívá, že záleží na dalších okolnostech. Respondenti uvádějí, že záleží na zdravotním stavu (ležící uživatel s těžkou demencí představuje na běžné ošetrovatelské stanici menší problém než chodící uživatel se středně těžkou demencí, protože s ostatními prakticky nepřijde do styku), projevech, názoru ošetřujícího personálu (jaký podíl zvýšené ošetrovatelské péče je ochoten zvládnout), emoční stabilitě uživatelů. Z odpovědí je možné vyvodit, že současnou integraci považují za nouzové řešení, nikoliv normální stav.

Závěr - OZR (až pomínou potíže přechodného období) bude přínosem pro obě strany.

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.8. Domníváte se, že je integrace pro seniora s demencí (jinou ps.dg.) prospěšná?

Tabulka č. 26

pracovní zařazení	typ oddělení	ano	ne	záleží na okolnostech
sociální pracovníci	OZR	4	0	1
	jinde	4	0	2
zdravotníci	OZR	2	3	0
	jinde	1	0	3
celkem oddělení	OZR	6	3	1
	jinde	5	0	5
ostatní	ostatní	2	0	1
celkem		13	3	7

Sociální pracovníci

- X-záleží na stupni postižení a přístupu ostatních klientů, vzájemné toleranci
- X-ano, záleží na dg.
- O-nejsem si jistá, moc si to neuvědomují. Spíš ano. V rámci kulturních aktivit, jednorázově ano, pobyt spíš ne.
- O-těm co patří na OZR je to jedno a na normálním odd. by teoreticky neměli být.
- O-ano, záleží na dg.
- O-ano

Pracovníci sociální péče

- O-ano, pro každého, občas si uvědomují okolí
- Xo-ano, dostanou se mezi lidi, někteří začnou komunikovat. Je to individuální, záleží i na tom jak se berou na skupiny spolu, jak jsou nakombinovaní na pokojích. U některých je více žádoucí klid na pokoji než integrace. Nepsychiatrické prostředí může být pro ně zatěžující, jinak se tam komunikuje s uživateli (předpokládá se automaticky že všemu rozumí jak personál, tak ostatní, bezděčná reakce je považována za úmysl, někdy ostatní vytvoří nepřátelskou atmosféru a psychiatrický senior to vycítí. Pro některé je integrace naprosto nevhodná. Záleží na míře porozumění seniora svému okolí a naopak. Pro bojácného může být i jen odtažení se nepřátelské.
- X-s lehčím postižením ano, pro ty s těžším je možná prospěšná, ale vadí to uživatelům bez ps.dg.
- X-je to individuální, záleží na stavu klienta. Určitě pro ty, kteří jsou zvyklí být mezi lidmi, ne pro apatické, bázlivé apod.
- X-ano, ty do střední demence, mají snahu se zapojovat

Vedoucí zdravotní personál

- O-ano
- Xo-záleží na stupni demence, pro lehké je užitečná, dezorientovaní obtěžují ostatní
- X-ano, různé druhy demencí pohromadě. Oni k sobě inklinují, více si rozumí.

Zdravotní sestry

- O-určitě na kulturních akcích (s doprovodem). Např. již ergoterapie ne, nezvládnou práci a tempo ostatních (u nás mají svého individuálního ergoterapeuta)
- O-ne
- Xo-záleží na medikaci, spolupráci s rodinou (domluvou). Pokud rodina pomáhá, jsou kompenzovaní a snazší pro komunikaci s personálem. Například i depresivní klient bez rodiny, který nekomunikuje, je náročný, ale nelze ho dát na OZR, je to přechodný stav.

Nižší zdravotní personál

- O-Ve stáří ne. Mají své zvyky, jsou nepřizpůsobiví, nepřátelí se navzájem.
- O-ne, ti normální jsou na ně oškliví
- Xo-individuálně dle dg.

Vedení ústavů

- V1- ano
- V2 - kulturní akce a výlety ano, tam se berou. Na terapeutické činnosti je lepší neintegrovat, je lepší když jsou ve skupině podobně postižených, dnes mají na OZR vlastního terapeuta.

Psychiatr

Domníváte se, že je určitá forma integrace pro seniory nebo jinou ps.dg. prospěšná? Pro které a jaká?

- P - U lehčích forem ano, ty by ale měli být ještě v domácím prostředí

Pro které seniory je podle vašeho odborného názoru integrace nevhodná?

- P - Těžké demence

Otázka je nevhodně položená, měla být členěna na seniory s lehčí formou demence a těžší formou demence.

Odpovídalo 23 respondentů. Z nich se 57% domnívá že nějaká forma integrace je pro psychiatrické uživatele prospěšná. 13% by je neintegrovalo vůbec, 30% uvádí že záleží na okolnostech (například stupni postižení, individualitě klienta, projevech choroby). Lékař - psychiatr se domnívá, že pro uživatele s těžkou demencí je integrace nevhodná. Za prospěšnou považuje integraci u lehčích forem demence, ovšem takoví senioři by podle jeho názoru měli být v domácí péči. Celkově lze i z dalších částí rozhovorů učinit závěr, že z hlediska personálu je pro lehčí stádia demence integrace formou společných aktivit do určité míry prospěšná, pokud se nejedná o aktivity, které vyžadují kooperaci s duševně zdravými v oblasti kognitivních schopností (trénink paměti, ergoterapie apod.). Vhodné jsou například společné návštěvy kulturních akcí, procházky, výlety. Kompletní integraci považují za nevhodnou (společný pokoj, ošetřovatelská stanice).

Závěr - integraci uživatelů s těžší demencí a některými dalšími psychiatrickými diagnózami považují respondenti za nevhodnou, a to ve všech oblastech. Pro tyto uživatele je OZR vhodným řešením, které jim umožní setrvat v prostředí na které jsou zvyklí a zároveň jim poskytne péči adekvátní jejich stavu. Zabraní jejich překládání z ústavu do ústavu, je řešením nedostatku míst ve specializovaných zařízeních, uchrání uživatele i jeho rodinu dalších stresů. OZR (až pomínou potíže přechodného období) bude přínosem pro duševně postižené seniory i strany. Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.9. Jak ostatní uživatelé dle vašich zkušeností reagují na přítomnost seniora s demencí (jinou ps.dg.) na společném pokoji, skupinových aktivitách atd.?

Sociální pracovníci

- X-negativně, leckdy odsuzují a nálepkují – nepřipouští si, že je tato situace může také potkat
- X-někomu to vadí, někomu ne, dělají si z nich legraci
- O-vcelku bez problémů, pokud se neprojevuje zvláště navenek (slintá, na akci tleská mimo pauzu, jí ubrousí), pak se od nich distancují a jsou hodně negativní.
- O -90% úplně normálně, všichni vědí, že tak jednou mohou dopadnout
- O -špatně, víc lidem vadí než ne, např. na pokoji jim vadí víc, nechtějí je ani na ergodílně (že musí dělat za ně apod.)
- O - většinou je netolerují, občas se najde výjimka, kdo je na ně hodný, pomůže

Pracovníci sociální péče

- O - někteří si stěžují že ruší a neúčastní se aktivity, na druhé straně je pro ně účast na aktivitě prospěšná (i pasivní)
- Xo - někdy ostatním klientům vadí, až konflikty. Někdy může i „tichý blázen“ vyvolat ve zdravém seniorovi deprese (nejen v seniorovi), pocit degradace (jsem na pokoji s bláznem), někdo se může bát nepředvídatelnosti. Někomu naopak takový spolubydlící vyhovuje, je to individuální. Vadí to zejména těm netolerantním, bez empatie, např. že někdo chodí po pokojích a má projevy. Hlavně to vadí těm, co si neuvědomují, že je to dáno poruchou, nemocí a že to ti lidé nedělají naschvál, myslí si, že se to chování dá změnit, vyčítají. Ti co to chápou jsou vlídnější, nejsou rádi ale tolerují to, někdy i pomohou (to je ale spíš výjimka)
- X - dle mých zkušeností kladně
- X -individuální, někdo pomůže, někdo jim řekne že tam nepatří, půl na půl tolerantní a netolerantní
- X - záleží na člověku, někdo se štítí, pohrdá jimi, někteří pomohou, většina je tolerantní

Vedoucí zdravotní personál

- O - Někdo je zlý až agresivní, když mu bloudící přijde na pokoj. Těm co sem nepatří vadí, že je odd. uzavřené.
- Xo - špatně, jsou jim na obtíž, jsou i agresivní, nepochopí že se jim může přihodit totéž
- X - špatně, ale vlivem ergoterapeutů se situace zlepšuje, pracovní skupiny fungují. Ležící (imobilní) to nevnímají, soběstačnější mají nízkou toleranci na bloudění, nahlížení do pokojů, často jsou netolerantní až zlí. Existují výjimky – vodiči, kteří to tolerují a dokonce jim pomáhají.

Zdravotní sestry

- O-individuálně, někomu to vadí, leze jim to na nervy (někteří chodí do cizích pokojů, narušují soukromí ostatních). Problém jsou i dvoulůžkové pokoje na OZR. Navzájem se ruší i spolubydlící. Nejlepší by bylo rozdělit OZR na 2 nezávislé stanice dle druhu a stupně postižení s menším počtem uživatelů.

- O-zneklidňuje je to, ostatní jsou na ně zlí
- Xo-velice špatně

Nižší zdravotní personál

- O-Okřikují je, vnímavější reagují záporně na ty rušivé, někteří jsou zlí až agresivní, schopní jim to dávají „sežrat“
- O-pokřikují na ně, vyhánějí je z místností, jsou až agresivní
- Xo-hodně záporně, jsou často otrávení až agresivní, utrhují se na ně

Vedení ústavů

- V1 - byly stanoveny počty lidí na skupinu podle zdravotního stavu - a dávají se dohromady podle dg. a MMSE (± 2 body), jsou omezené počty uživatelů na pracovní skupině
- V2 - na začátku byly problémy, dnes je to lepší. Je to individuální, někdo reaguje záporně.

Na otázku odpovídalo 22 respondentů. Jejich zkušenosti jsou individuální. S nějakou známkou negativní reakce nebo převážně negativní reakcí psychiatricky zdravých uživatelů se setkalo 86% respondentů. Pouze s kladným přijetím se setkalo pouze 5% respondentů.

Často se objevuje výraz agrese, netolerance.

Závěr - zřízení OZR je prospěšné, řeší situaci uživatelů, které nelze integrovat a zvyšuje tím kvalitu života všech uživatelů.

Převážně negativní reakce lze vysvětlit několika způsoby. Starší lidé obecně mají rádi klid, zaběhnutou rutinu, režim, soukromí, nemají rádi změnu, hůře navazují nové vztahy, mají strach z neznámého, protože jsou zranitelnější a méně přizpůsobiví. Méně tolerují odlišnost, rušivé a nepředvídatelné chování. Další příčinou může být podvědomý strach z duševní nemoci, která je také může postihnout. Svůj strach projevující se agresí, obrazejí vůči svému okolí, které jim tento fakt připomíná.

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.10 Jaký je váš názor na ústavní péči o uživatele s demencí? Uveďte prosím klady a zápory Tabulka č 27

KLADY	ZÁPORY
Sociální pracovníci	
x-poskytování potřebné péče	-
o-celodenní péče a dohled, určitý režim, stabilita prostředí, nepřipadají si méněcenní, jsou mezi podobně postiženými a uvědomují si to (pokud jsou na OZR)	o-Dlouhá adaptace, protože se střídají sestry -psychotik na oddělení je může nervovat a narušovat režim
x-širší sociální kontakty, odborná péče, možnost umístění na OZR	x-velký počet uživatelů, péče rodiny je osobnější
o-pro rodinu je péče velmi náročná, v zařízení se pečující osoby prostřídají, mají čas na regeneraci, odborně se stále vzdělávají, zařízení má prostředky a pomůcky k péči, je přítomen lékař	o-láska rodiny se nahradit nedá
Vedoucí zdravotní personál	
x- o-pro rodinu je péče velmi náročná, v zařízení se pečující osoby střídají, mohou si odpočinout, mají odborné vzdělání, zařízení má prostředky a pomůcky k péči, je zde přítomen lékař	x-rodina je nenahraditelná
Zdravotní sestry	
o-pokud rodina nemůže nebo ji nemá	o-oni sami by asi preferovali domov se svými blízkými
Nižší zdravotní personál	
o-od rána do večera mají 100% péči, sestřičky jsou na ně milé (není to povolání pro každého, každý pečovatel to nezvládne), mají placené všechny potřebné pomůcky (např. jednorázové pleny atd.). Mají komplexní péči a neustálý zdravotní dohled.	-
Vedení ústavů	
V1 – dochází geriatr, který se zabývá poruchou paměti. Na základě MMSE se individuálně podle vyhodnocení pracuje s určitými počty uživatelů a např. procvičování paměti, koncentrace a různé volnočasové aktivity jsou tomu přizpůsobeny.	V1 – i když se snažíme, mělo by být toto odd. posíleno větším počtem zaměstnanců (bohužel tomu brání finanční důvody). Okolí budovy není demarkováno, vycházky převážně probíhají za asistence personálu či příbuzných. Velmi častý noční neklid – rušení ostatních uživatelů. Rozmanité dg. na jednom odd.
V2 - doma by byli zavřeni sami, tady se	V2 - kontakt s rodinou je omezenější

účastní např. kulturních akcí, terapií, nejsou sami ale ve společnosti podobně postižených, mají odbornou péči kterou by rodina nezvládala	(trošku tím strádají), ale rodina by doma nezvládala péči
Psychiatr	
24 hodinová péče	Kolektivní soužití, nemožnost individualizace péče

Respondenti se shodují na nenahraditelnosti rodiny v životě klienta. Za negativa ústavní péče považují jisté omezení kontaktu uživatele s rodinou, nemožnost uživatelů OZR samostatně vycházet ven (obě zařízení postrádají bezpečný uzavřený vnější prostor), kolektivní soužití (ztrátu soukromí) a režim, nemožnost individuální péče v současných personálních podmínkách. Zřízení OZR řeší dostupnost pro rodinu.

Za klady ústavní péče je považována 24-hodinová péče, možnost terapií, společnost podobně postižených (možnost širších sociálních kontaktů), různé kompenzační a jednorázové pomůcky, neustálý zdravotní dohled, odborné vzdělání personálu v problematice a možnost psychohygieny a relaxace personálu.

Respondenti institucionální péči jako takovou neodsuzují, uvědomují si, že pro uživatele s určitou závažností postižení je nevyhnutelná.

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.11. Domníváte se, že je pro některé seniory s demencí (jinou ps.dg.) ústavní péče lepší než domácí? Pokud ano, pak pro které a z jakých důvodů?

Tabulka č. 28

pracovní zařazení	zaměstnán na oddělení	ano	ne	nevím
sociální pracovníci	OZR	2	0	0
	jinde	2	0	0
zdravotníci	OZR	2	0	0
	jinde	1	0	0
celkem oddělení	OZR	4	0	0
	jinde	3	0	0
ostatní	ostatní	3	0	0
celkem		10	0	0

Sociální pracovníci

- X-Pro ty, o které se nemá kdo postarat, nemůže poskytnout potřebnou péči, léčba vyžaduje určitá specifika, která nemohou být zajištěna v domácím prostředí
- X-domnívám se, že pro některé uživatele je ústavní péče lepší – odborná zdravotnická péče, sociální kontakty, např. pro osamělé, uživatele s vážnými zdravotními komplikacemi
- O-ano, pro většinu, doma vzniká ponorková nemoc, zamykají je, psychicky týrají, rodina trpí syndromem vyhoření
- O-při vysokém stupni závislosti je péče v domácím prostředí velmi vyčerpávající, málokterá rodina je takové péče vůbec schopna. V tom případě je skutečně lepší péče v sociálním zařízení. Dalším případem, kdy je lépe pečovat o seniora v soc. zařízení jsou situace, kdy uživatel nemá příbuzné nebo není s příbuzenstvem v dobrých vztazích (např. domácí násilí, nedostatečná péče, nenávisť atd.)

Vedoucí zdravotní personál

- X- u seniorů s vysokým stupněm závislosti je ústavní péče prakticky jediná možná, rodina ji nezvládá, nebo senior rodinu, se kterou je v kontaktu a která by o něj pečovala, nemá. U takových seniorů je lepší ústavní péče.

Zdravotní sestry

- O-je to sporné, ano pro ležícího, který málo vnímá, který by byl sám doma, kde by to pečovateli nezvládl (např. noční polohování po 2 hodinách nebo dle potřeby)

Nižší zdravotní personál

- O-ano

Vedení ústavů

- V1 - Domácí péče a prostředí je nenahraditelné. Dnešní doba - většinou nukleární rodina, nevhodné bytové podmínky hlavně u zcela imobilních obyvatel, ekonomická stránka rodiny, zaměstnanost nejbližších apod. Pokud je ale zachován kontakt s rodinou, jsou zde někteří uživatelé i spokojeni (kulturní akce, opět volnočasové aktivity, ale hlavně komunikace).“

- V2 - ano, je o něj více postaráno. Zcela osamocení, bez příbuzných - doma je vysoké riziko, tady jsou v bezpečí.

Psychiatr

- Ano, těžká demence, potřebují 24-hodinovou péči, kterou rodina nezajistí

Respondenti se shodli na tom, že pro určitou skupinu seniorů je ústavní péče nejen lepší než domácí, ale v podstatě jediná možná. Jedná se zejména o seniory s vysokým stupněm závislosti (středně těžká a těžká demence, imobilita, další vážné zdravotní komplikace), kteří nemají rodinu nebo se s ní nestýkají, případně rodina péči nezvládá, došlo k syndromu vyhoření až domácímu násilí. Dále poukazují na vliv současného životního stylu (nukleární rodiny), jehož příčinou je bytová situace obyvatel, která jim často neumožňuje pečovat ani o seniora s lehčím postižením.

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.12 Mohl(a) byste stručně shrnout jak ovlivnil dle vašeho názoru vznik OZR život klientů a) umístěných na OZR b) umístěných mimo OZR?

Sociální pracovníci

- O-zatím je to stejné – pro nás zamčené dveře. Asi se to změní. Pořád tam jsou ti co tam nepatří (protože jsou zvyklí na personál, svůj pokoj), časem ale odcházejí a uvolňují místa těm s ps.dg.
- O-těm co tam patří je to jedno, pro některé zdravé co byli původně tam kde je zřízeno OZR to znamená stěhování
- X-pro ps.dg. je to bezpečnější
- O-OZR – je o ně více postaráno, méně lidí bloudí. Pozitivně to ovlivnilo volnočasové aktivity. Mají své vlastní, potřebný stereotyp, mají co dělat, méně to irituje ostatní (se kterými byli dříve společně na skupinách).

Pracovníci sociální péče

- O-změna pro seniora s ps.dg může jít ven pouze s doprovodem, nemůže bez vědomí zdrav. personálu, pro ostatní zatím ne, pokud by nebyli všichni co tam patří na OZR umístění
- Xo-ti co jsou zdraví a zůstali na OZR, protože nechtěli změnu, nelibě nesou název psychiatrie, vadí jim že si musí říct o otevření patra když chtějí ven, i když to chápou že je to nutné. Nemocným na OZR je to všechno jedno. U lidí mimo stanici se zvýšil strach, název psychiatrie nese pro ně stigma, patro s OZR je tabu, bojí se že se tam dostanou.
- X- OZR – pro jejich bezpečnost je to lepší. Mimo OZR – mají klid, nikdo je neruší
- X-OZR – cítí se tam bezpečněji, je to útočiště pro ty s ps.dg. a ti zdraví co tam zůstali jsou tam dobrovolně a jsou tolerantní. Jsou tam šťastnější a je to tam pro ně lepší. Víc než na uživatele to má vliv na rodinu – slovo psychiatrický pro ně nese stigma. Mimo OZR – ostatním uživatelům existence OZR nevadí, v podstatě si ho ani neuvědomují, berou ho jako běžnou součást.
- X- OZR – kdo tam je si to neuvědomuje, takže mu to nevadí, mimo OZR často ani nevědí že toto oddělení existuje, ani to vědět nechtějí (bojí se že by tam také mohli skončit)

Vedoucí zdravotní personál

- O-zatím se příliš nezměnilo
- Xo-je jim to jedno
- X-je to ve vývoji, čas prověří. Zkušenosti ústavů z okolí – jakmile je kapacita OZR naplněná a klienti jsou tam dlouho, nemá OZR vliv – klienti jsou tam dlouho a jiné tam nelze umístit dokud někdo nezemře. Zlepšily se aktivity – přes týden, dopoledne. O víkendu je to horší.

Zdravotní sestry

- O-Snížil se počet seniorů s ps.dg. na ostatních patrech
- Xo- ty na OZR nemohu posoudit, ale ostatní to nevnímají, berou to jako další patro jako každé jiné

Nižší zdravotní personál

- O-Pro ty normální hodně, protože ti s ps.dg. jsou lépe hlídání

- Xo-ti mimo OZR nejsou omezení nutností říci si o dovolení při odchodu, otevření dveří, je to lepší na psychiku, větší klid

Vedení ústavů

- V2 - j to pro ně plus, doma by byli zavření, zde se účastní různých aktivit, terapií, nejsou sami, ale ve společnosti stejně postižených

Situace v ÚSP Hvízdal je ovlivněna skutečností, že OZR bylo založeno k 1.1.2007 a v současnosti prochází přechodným obdobím. OZR bylo vytvořeno z původní oš. stanice pro tělesně postižené seniory. Na oddělení zatím zůstávají někteří původní uživatelé, kteří by neradi měnili personál a pokoj, přestože žádnou kognitivní poruchou, pro kterou by měli být umístěni na OZR, netrpí.

V odpovědích se často objevuje problematika zamčených dveří souvisejících s bezpečím a snazším hlídáním seniorů na OZR umístěných. Několikrát se objevuje názor, že uživatelé OZR už nejsou natolik orientovaní, aby nějakou velkou změnu zaznamenali. V zásadě personál nepozoruje buď žádnou nebo pozoruje pozitivní změnu.

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.13. Domníváte se, že by někteří senioři s demencí (jinou ps.dg.) – uživatelé na OZR i jiných stanicích měli být alespoň částečně zbaveni svéprávnosti?

Tabulka č. 29

pracovní zařazení	zaměstnán na oddělení	ano	ne	je to individuální
sociální pracovníci	OZR	3	0	2
	jinde	5	0	1
zdravotníci	OZR	4	0	1
	jinde	1	2	1
celkem oddělení	OZR	7	0	3
	jinde	6	2	2
ostatní	ostatní	2	0	1
celkem		15	2	6

Sociální pracovníci

- X-je věcí názoru, stupně postižení, individuálního posouzení
- X-ano, pokud se týká právních úkonů
- O-ano
- O-ano, k určitým úkonům důležitým k jejich ochraně i ochraně ostatních (zaměstnanců), v jejich vlastním zájmu. Jsou senioři, na kterých to není vidět a pak se toulají, berou si půjčky, nejí nebo se přejídají atd.
- O-určitě ohledně právních úkonů
- O-ve spolupráci s rodinou lze zvládat bez toho. Výjimečně, částečně k některým úkonům. Nemá to příliš vliv-léčbu mohou odmítnout stejně, pohybovat volně se ze zákona musí...

Pracovníci sociální péče

- O-U těch co nemají rodinu a nelze s nimi komunikovat by to mohlo pomoci, jinak není potřeba, všude se komunikuje s rodinou.
- Xo-ano, minimálně ohledně nakládání s penězi, vznikají problémy, u ostatních jde o komunikaci, u některých by bylo třeba omezení pohybu, ale to ze zákona nelze, pokud je senior svéprávný. Někdy by to ovšem bylo užitečné.
- X-ano
- X-určitě, ti co opravdu nejsou schopní o sobě rozhodovat jako o člověku – přineslo by jim to lepší péči.
- X-určitě, jinak se pořádek neudělá

Vedoucí zdravotní personál

- O-ano, dost z nich, bohužel nejsou
- Xo-ne, v podstatě, pokud je dobrá spolupráce s rodinou, dá se vše vyřešit
- X- výjimečně. Pokud rodina spolupracuje, není třeba, pokud všichni komunikují a jsou za jedno. Pokud není bez rodiny nebo se nechce léčit, ohrožuje personál a pokud rodina nespolupracuje. Nemělo by to být jednoduché, zbavit někoho ze zákona svéprávnosti.

Zdravotní sestry

- O-ano, v otázkách veškerého úředního jednání
- O-ano, někteří by měli
- Xo-určitě

Nižší zdravotní personál

- O-Nemohu posoudit
- O-někteří ano
- Xo-nevím, je to zneužitelné

Vedení ústavů

- V1 - na určité úkony, hlavně zdravotní a ošetrovatelskou péči (strava) ano
- V2 .- ano, aspoň částečně, často za ně rozhoduje rodina a je to v podstatě protiprávní

Psychiatr

- Nelze paušálně odpovědět, je to individuální

Otázka způsobilosti uživatele je citlivým tématem, přesto se k ní personál vyjadřovat otevřeně. 65% respondentů se domnívá, že u některých uživatelů by se alespoň k některým úkonům měla alespoň omezit způsobilost. 26% respondentů se domnívá, že záleží na individuálním posouzení. 9% respondentů se domnívá, že není třeba jít cestou omezení či zbavení způsobilosti pokud je dobrá domluva s rodinou, a že je to zneužitelné. Celkově personál přistupoval k této citlivé otázce s rozvahou a zvažoval pro a proti.

Rozdíl mezi oběma ÚSP v počtu osob zbavených nebo s omezenou způsobilostí k právním úkonům je pravděpodobně zapříčiněn délkou existence OZR.

V ÚSP Hvízdal, kde bylo OZR založeno až od 1.1.2007 (tj. po sedmnácti letech fungování ÚSP) a kde jsou umístěni převážně stávající uživatelé, u kterých se demence či jiná porucha rozvinula až během pobytu na běžné ošetrovatelské stanici, jsou pouze 3 uživatelé zbaveni nebo mají omezenou způsobilost.

V ÚSP Máj, kde OZR funguje od jeho založení roku 2003, je uživatelů s zbavených či s omezenou způsobilostí podstatně více, protože přicházeli do ÚSP již se záměrem umístění na OZR a tedy s vyšším stupněm postižení (viz následující tabulka).

Tabulka č. 30

ÚSP Máj			
Počet uživatelů s omezením nebo zbaveno způsobilosti k právním úkonům	OZR	jiná oš. stanice	celkem
muži	1	0	1
ženy	14	7	21
celkem	15	7	22

Tabulka č. 31

ÚSP Hvízdal			
Počet uživatelů s omezením nebo zbaveno způsobilosti k právním úkonům	OZR	jiná oš. stanice	celkem
muži	0	1	1
ženy	2	0	2
celkem	2	1	3

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.14 Představte si, že jste vy nebo někdo z vašich blízkých seniorem s demencí (jinou ps.dg.). Umístili byste sebe (svého blízkého) v případě nezbytnosti na toto oddělení v tomto zařízení?

Tabulka č. 32

pracovní zařazení	zaměstnán na oddělení	ano	ne	nevím
sociální pracovníci	OZR	5	0	0
	jinde	5	1	0
zdravotníci	OZR	4	0	1
	jinde	4	0	0
celkem oddělení	OZR	9	0	1
	jinde	9	1	0
ostatní	ostatní	2	0	0
celkem		20	1	1

Sociální pracovníci

- X-ano, pokud by to vyžadoval zdravotní stav
- X-ano
- O-ano, je to blízko bydliště. Jinak Loucký Mlýn, protože je tam uzavřená zahrada.
- O-ano, člověk sám doma takovou péči nezajistí
- O-ano
- O-ano, často jiná možnost není, ekonomicky je pro rodinu neúnosné o takového seniora pečovat, je to náročné, doma se nezajistí taková péče, nemají odbornost, někdo na to nemá třeba žaludek (přebalovat, mýt).

Pracovníci sociální péče

- O-ano, na OZR je taková zvláštní poklidná atmosféra, je to svět sám pro sebe
- Xo-ano
- X-ne, nelíbí se mi chování některých sester ke klientům. Nevím kam jinam.
- X-ano, je to pro ně lepší (ostatní na něj nekoukají jako na cvoka)
- X-ano

Vedoucí zdravotní personál

- O-ano
- Xo-ano
- X-ano, po letech práce zde. Každému se může stát že bude OZR potřebovat, že nemůže pečovat o blízkého sám, někdo to psychicky nezvládne, není schopen. Dnes je běžné, že starší člověk si v 50ti nemůže dovolit zůstat doma s 70letou matkou.

Zdravotní sestry

- O-Ano, péče je zde 100%
- O-nevím, nejdřív bych si zjistila jak to kde funguje
- Xo-ano

Nižší zdravotní personál

- O-ano, naprostá kvalita péče
- O-ano

- Xo-ano

Vedení ústavů

- V1 - ano
- V2 - ano

Validita odpovědí na tuto hypotetickou otázku je z hlediska výzkumu sporná, mohou však sloužit jako ukazatel kvality poskytované služby tak, jak ji subjektivně vnímá personál. V drtivé většině (91%) je odpověď respondentů kladná. Tazatel si je vědom, že validita výpovědi může být zkreslena snahou personálu mít nad svým blízkým (a nad péčí mu poskytovanou) přímý dohled. I tento fakt má však určitou vypovídací hodnotu. Potvrzuje teorii, že by se v případě, že se nezačíná budování malých komunitních zařízení, měla síť OZR posílit tak, aby v každé spádové oblasti (cca velikosti okresu) bylo zřízeno alespoň jedno oddělení v rozumné vzdálenosti a dostupné veřejnou dopravou, aby byly umožněny časté návštěvy rodiny. Další zkreslení může být způsobeno loajalitou zaměstnanců. I to však svědčí ve prospěch konkrétního ÚSP.

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.15. Kdybyste mohla v tomto zařízení změnit jednu věc, co by to bylo?

Sociální pracovníci

- X-chybí zde klidnější prostředí, víc zeleně, lavičky, park, zahrada
- X-méně administrativy
- O-systém-celková péče, náhled na lidi, způsob jednání, dodržování práv (např. nebudit v 7, když chce spát do 10, více jim naslouchat, to že jsou dezorientovaní neznámá, že když něco řeknou že je např. bolí, tak že si vymýšlejí, že je to duševní chorobou).
- O-zvětšit celkovou kapacitu zařízení
- O-větší počet zaměstnanců, kteří se individuálně starají o uživatele, aby měli praxi a nemusejí mít vysokou školu, stačí celoživotní vzdělávání.
- O-více zaměstnanců na klienta, lepší individuální péče. Aby někteří zaměstnanci nemuseli mít povinně vysokou školu, pokud mají např. dlouholetou praxi, celoživotně se vzdělávají (školení) a mají kladný vztah k této práci

Pracovníci sociální péče

- O-pracovní dobu. O hodinu dříve ráno nástup, o hodinu dříve domů. Klienti ráno vstávají dříve a kolem 4 už jsou stejně na jakoukoliv aktivitu unavení, mají návštěvy atd. Je to pro ně náročné. Máme málo času s psychologem.
- Xo-komunikace (zdravotníci <-> sociální pracovníci). Pracovníci přímé soc. péče například někdy netuší že byl někdo na operaci apod. (aby změnil pro daného seniora náplň aktivit – ztráta času jiného personálu jen proto, že nemá potřebné informace), že je senior infekční (př. pásový opar) a mohl by někoho nakazit (soc. pracovníka nebo ostatní klienty na skupině).
- X- lepší spolupráci se sestrami, změnit pracovní dobu
- X- pracovní dobu bych posunula o hodinu dopředu (začít o hodinu dříve)
- X- pracovní doba - z důvodu únavy klientů i zaměstnanců bych ji posunula o hodinu

Vedoucí zdravotní personál

- O-aby bylo uzavřené a určené pro psychiatrické seniory celé patro, ne jen polovina, z provozních i kapacitních důvodů
- Xo-finanční ohodnocení, více personálu (v době dovolených, nemoci, nejsou náhrady, obtížně se zvládá provoz)
- X-více odborně vzdělaných zaměstnanců

Zdravotní sestry

- O-vztahy mezi lidmi, komunikace mezi personálem (zdravotníci, podřízení nadřízení)
- O-vadí mi, že se s ležícími a těmi, co nejsou schopni se sami zapojit, nedělá více (sociální sféra), myslím že práce zdravotníků je málo.
- Xo-mezilidská komunikace

Nižší zdravotní personál

- O-čím těžší demence, tím více prahnou po důstojnosti (aby se s nimi zacházelo jako s individualitou třeba při hygieně atd.), více intimního personálního zacházení (nenechávat nahé v koupelně, nesvlékat před ostatními), ale na to není dostatek personálu a musel by dostávat dvojnásob platu. Není to vina

zdravotníků, ale systému zdravotnictví. Mělo by se myslet na člověka jako osobnost a neměli by tu práci vykonávat lidé, kteří k tomu nemají vztah.

- O-směnnost provozu, chtěli jsme 12-čky, ale pracuje se na 3 směny
- Xo-více personálu, lepší komunikace, více času

Vedení ústavů

- V1 - navýšit počet erudovaných zaměstnanců se schopností empatie, kvalifikací, nadšením
- V2 - Zahrada pro psychiatrické klienty

Personál zde dostal možnost vyjádřit se podle vlastního uvážení buď k nenaplněným potřebám svým nebo k potřebám uživatelů, jejichž naplnění je však reálně v možnostech ústavu nebo zřizovatele. Všechny odpovědi se pohybovaly v oblasti reality a mohou sloužit jako odrazový můstek pro drobná zlepšení života klientů i usnadnění práce personálu. Zároveň mohou odhalit některá problémová místa.

V odpovědích se objevily následující okruhy problémů:

- Potřeba zvýšeného počtu personálu - problém mzdových fondů - zřizovatele
- Vzdělání personálu (míněm pravděpodobně nižší zdravotnický personál)
- Pracovní doba některých skupin personálu (sociální pracovníci v přímé obslužné péči upozorňují na vhodnost posunutí pracovní doby na časnější ranní hodinu. Nezávisle na sociálních pracovnících tento názor podpořil i vedoucí zdravotní personál s odůvodněním, že po čtvrté hodině odpolední jsou na organizované aktivity příliš unavení jak uživatelé, tak sociální pracovníci, uživatelé mají návštěvy apod.)
- Vzájemná komunikace personálu (uspořádat čas od času společnou skupinu zdravotníků společně se sociální sférou, řešit aktuální problémy, navrhnout řešení vyhovující oběma stranám)
- Lepší finanční ohodnocení - problém zřizovatele
- Zvýšení kapacity zařízení
- Zvýšení kapacity OZR
- Chybějící zahrada pro uživatele OZR - bezpečné pro veřejnost uzavřené vnější prostory - problém zřizovatele
- Respektování osobnosti uživatelů (intimity) např. při hygieně apod.
- Zavedení volnějšího režimu (nebudit povinně všechny uživatele v 6,30 ráno apod.) - v možnostech vedení ústavu zavést na některém oddělení na zkoušku (40)
- Více se věnovat ležícím po stránce volnočasových aktivit a kontaktu - vyžaduje více personálu a zlepšení technických podmínek, současný je plně vytížený
- Více času na uživatele - dtto

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.16 Máte nějaké vlastní podněty k tomuto rozhovoru?

Sociální pracovníci

- O-málo péče o zdravotní personál (školení, psychohygienu). Málo motivace u zdravotního personálu a skutečného zájmu o lidi – je to pro ně jen práce. Veřejnost je špatně informována o demenci a těchto chorobách, co lidé jimi postižení potřebují a jak se k nim chovat. Lékaři je často nepoučí, měly by existovat snadno dostupné letáky, brožury pro veřejnost, týkající se demencí, Alzheimerova.
- O- na OZR mají o 2 členy personálu a týden dovolené navíc. Pro seniory je psychicky deprimující stěhování i na vedlejší pokoj nebo když se přestěhuje spolubydlící. Pokud senior nechodí a má ps.dg., pak není nutné ho zavírat na uzavřené odd., ošetrovatelská péče je zde stejná. Naše zařízení neumísťuje toxikomany a alkoholiky, jsou nebezpeční svému okolí, narušují soužití, ohrožují ostatní. Bohužel je není kam umístit, pokud vyžadují ústavní péči (nevím zda je bere Libnič), navíc jsou často handicapovaní (trpí DM, na vozíku) a mladí (40 let), žijící v nevyhovujících soc. podmínkách. Zařízení má problém s těmi, co už zde jsou, nové dle vnitřního řádu nepřijímá. Pokud není senior zbaven svéprávnosti nebo nesouhlasí rodina, nelze ho bez souhlasu přestěhovat na OZR. Myslím, že je zde dobrá péče, skvělá vstřícnost vůči personálu, vedení nehází klacky pod nohy, pokud není finanční omezení, nebrání se prospěšným novinkám, alespoň se to vyzkouší.
- O-více finančních prostředků na tvořivou činnost, možnost rozšíření volnočasových aktivit, navíc prostor (místnosti) a navíc zaměstnanci na volnočasové aktivity.

Pracovníci sociální péče

- Xo-zaměstnanci by měli být více vzdělávání v psychopatologii, v komunikačních dovednostech s psychiatrickými klienty (seniory), psychiatrii. Chybí možnost psychohygieny pro personál (i zdravotní sestry), opatření proti syndromu vyhoření, např. změnit patro apod. Sestry jsou někdy tlačeny do něčeho co už je nad jejich síly (práce navíc), chtělo by to více personálu. Aby nebyla práce navíc považována za samozřejmost a nebyla vyžadována automaticky. Aby se nepočítalo, že se člověk potřebné dovednosti a znalosti naučí za pochodu, ale aby měl možnost tréninku při práci. Zaměstnávat lidi, kteří mají pro tuto práci způsobilé nejen odborně, ale i lidsky. Psychiatričtí senioři jsou na to citlivější než ostatní.

Vedoucí zdravotní personál

- O-Je chybou, že se najednou od 1.1. najelo na uzavřené oddělení, ale nebylo to vyřešené dopředu – ani provoz, ani technicky (stavebně). Vše se řešilo za provozu. Mělo se nechat přechodné období. Nastal i problém s psychiatrem, nebyl dopředu informován a nyní, když se počet pacientů zvýšil, nestíhá. Navrhuje, aby měl ústav vlastního psychiatra. Bude se to muset řešit, protože ps. seniorů přibývalo.
- Xo-chybějící dobrovolníci. Na OZR zůstali zdraví senioři, protože nechtějí měnit místo a personál. Na běžné oš. stanici byl i jediný psychiatrický senior náročný,

má to vliv na psychiku zdravých. Myslím si, že by bylo třeba více sociálních pracovníků na patře ráno, bylo by třeba jim změnit pracovní dobu nebo dělat na směny. Odpoledne jsou senioři unavení a sociální pracovníci mají šibeniční pracovní dobu – odcházejí pozdě a nestíhají např. psychohygienu.

Zdravotní sestry

- O-Pro personál je to těžká práce, často nedoceněná. Je problém s komunikací a jednáním nadřízení-podřízení. Z toho pramení velká fluktuace personálu. Zbytečně odcházejí i dobří zaměstnanci, pracovití, profesně schopní. Je to otázka stanice.

Nižší zdravotní personál

- O-OZR by bylo lepší rozdělit na menší, cca poloviční – 20 klientů na stanici max. Institucionální péče je potřebná. Není smysluplné obětovat produktivní věk osamocené péči o dementního seniora. V instituci, kdyby se cokoliv stalo, je o něj okamžitě postaráno, technické zařízení (př. koupelny) ušetří hodně tělesné námahy, poskytují se odborně aktivity atd. Kdyby byli při smyslech, jistě by si nepřáli, aby se jejich děti obětovaly tímto způsobem.
- Xo-je málo personálu – i zdravotní personál by si rád s lidmi popovídal, ale nestíhají to při současném objemu povinností a lidi jsou pak podráždění. Chybějí dobrovolníci. Také by bylo fajn, aby spolu mohl navzájem komunikovat zdravotnický a sociální personál. Obě strany by chtěly, ale není na to čas (a vznikají nedorozumění).

Vedení ústavů

- V1 - Pracovníci přímé obslužné péče - zájemci jsou vyučení s kursem 180 - 200 hodin, což je nedostačující kvalifikace. Nejsou kvalitní, kvalifikace neodpovídá potřebám na poskytovanou službu. Zatěžují kvalifikovaný personál, musí pracovat pod jeho dohledem. To způsobuje také vysokou migraci tohoto typu personálu - nejsou připraveni na práci s lidmi, neumí s nimi komunikovat, nemají motivaci a nejsou to lidé vhodní pro tuto činnost, nemají k ní vztah, většinou přicházejí z úřadu práce a nemají představu, co tato práce obnáší. Novinka - podle zákona 48/97 o veřejném zdr. pojištění par. 22 poskytujeme zvláštní ambulantní péči, zdravotní pojišťovny dnes přispívají na některé zdravotnické úkony, pro ústav je to přínos - (mohou vykazovat pouze zdr. výkony pod kódem 913). Znamená to však, že na určitý počet obyvatel musí připadat větší počet kvalifikovaných sester (2x), například na noční směně, což dále zvyšuje mzdové náklady.
- V2 - bylo by třeba více terapeutů a osobních asistentů, uživatelé by si to zasloužili. Dobrá by byla možnost posílit zdravotní personál v určité denní době kdy je největší nápor (ráno, poledne, večer), umožnit pružnou pracovní dobu. Dobrovolníci docházejí ale to nestačí.

Zde dostali respondenti prostor pro vlastní vyjádření (pokud se nevyjadřovali volně už v průběhu rozhovoru).

V odpovědích se objevily následující okruhy problémů:

- lepší péče o zdravotní personál (psychohygienu, motivace)
- lepší informovanost veřejnosti o problematice demencí (např. formou letáků)

- rozšíření volnočasových aktivit (chybí prostory a personál)
- problém s umístováním toxikomanů a alkoholiků
- nedostatek dobrovolníků
- více personálu
- lépe proškolený a více motivovaný personál přímé obslužné péče
- lépe proškolený zdravotní personál (v komunikačních technikách, psychiatrii)
- pružná pracovní doba
- lepší komunikace zdravotní - sociální personál

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.17 Poskytujete respitní lůžka a jaký je o ně zájem?

S - o respitní lůžka je velký zájem, je plně obsazeno, bylo by zapotřebí více lůžek respitní péče.

S - zájem o respitní lůžka je veliký, jsou téměř vždy obsazena. Na letní měsíce se zamlouvají již v zimě.

I - nemáme respitní lůžka

P- kapacita respitních lůžek (dočasné péče pro odlehčení rodině) pro seniory s demencí je v ČB a okolí nedostatečná a chybí uzavřené odd. na ONP

V - Respitní lůžka -dle nového zákona o soc. službách - neodkladná péče - je velký zájem, ten kdo celoročně pečuje si také potřebuje odpočinout. Hodně uživatelů, kteří zde byli na „respitní péči“ určitý časový horizont a mají do našeho zařízení podanou žádost - vědí kam jdou a lépe se adaptují. Máme 2 lůžka, o rozšíření neuvažujeme, máme danou kapacitu kterou nemůžeme měnit (zřizovací listina, dotace od zřizovatele, z MPSV ...)

V - zájem je velký, jsou dlouhé čekací doby (podle sezóny od 1 měsíce až do půl roku)

Zdroj: Vlastní výzkum

Pracovní profily tázaného personálu (pouze personál DpS Hvízdal a Máj)

Tabulka č. 33

Současná pozice	pracoval se seniory trpícími demencí dříve	V jakém typu zařízení	Jak dlouho	Privítal by pro OZR speciální kvalifikaci	Získal ji před nástupem	Umožňuje ji současný zaměstnavatel
ZVx	ano	DD	> 5 let	ano	ano	ano
Zxo	ano	DD OZR	1 - 5 let	ano	ano	ano
ZVxo	ano	DD OZR	> 5 let	ano	ano	ano
NZP	ano	LDN	1-5 let	ano	ne	ne
Zo	ne	-	-	ne	ne	ne
NZP	ne	-	-	ne	ne	ano
Zo	ne	-	-	ano	ano	ano
NZP	ne	-	-	ano	ne	-
So	ano	Prácheň.S.	<1 rok	ne	ne	ano
Zo	ano	DD	3-4 r.	ano	ne	ano
Sx	ne	-	-	ano	ano	ano
So	ano	DD	1 rok	ano	ano	ano
S	ne	-	-	ne	ano	ano
So	ne	-	-	ano	ano	ano
So	ano	DD	> 5 let	ano	ano	ano
So	ne	-	-	ano	ano	ano
Sxo	ne	-	-	ano	ano	ano
Sx	ne	-	-	ano	ne	ano
Sx	ne	-	-	ano	ano	ano
Sx	ano	DD	> 5 let	ano	ano	ano

S - sociální pracovník

o - pracuje na OZR nebo s uživateli OZR

x - pracuje jinde

xo - dříve pracoval na OZR nebo s jeho uživateli v současném zařízení

Z - zdravotní personál

VZ - vedoucí zdravotní personál

NZP - nižší zdravotní personál

9 z 20 zaměstnanců má zkušenosti z předchozího zaměstnání se seniory trpícími demencí, většinou z domova důchodců.

Pouze 4 zaměstnanci mají zkušenosti z předchozího zaměstnání delší než 5 let.

16 zaměstnanců z 20 je ochotno se vzdělávat - získat speciální kvalifikaci pro OZR.

13 zaměstnanců podobnou kvalifikaci získalo již před nástupem do současného zaměstnání.

17 zaměstnancům z 20 tuto kvalifikaci umožňuje současný zaměstnavatel

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázky č.18 Následující otázky byly kladeny pouze vedení ústavů, lékaři psychiatrického odd. nemocnice ČB a informačnímu pracovníku z DpS Dobrá Voda.

Domníváte se, že kapacita současných rezidenčních zařízení pro seniory s demencí, ps.dg. je v Českých Budějovicích a blízkém okolí dostatečná?

P – ne

V1 – ne

V2 - ne

I – není, čeká se na umístění

Domníváte se, že současně se stárnutím populace bude přibývat seniorů s demencí nebo jinou ps.dg.?

P - ano

Jak ovlivnil nový zákon o sociálních službách složení uživatelů vašeho ústavu?

V1 - Bez navýšení limitu mzdových prostředků bylo vše nutno organizačně přehodnotit, přibýlo administrativy sociálnímu i zdravotnímu personálu, o to méně času zbude na seniory. Stav nově přijímaných seniorů bude v průměru horší a bude s nimi více práce. Zákon neřeší spoustu problémů, které vyplují až časem. Na platnost by měla být přechodná doba (například placení prohlídek). Finančním přínosem jsou příspěvky na péči.

V2 - neovlivnil

P - jako na akutní oddělení na nás neměl vliv

Z jakého důvodu jste se rozhodli založit oddělení se zvláštním režimem?

V1 – Protože jsme už v ÚSP seniory s Alzheimerem i dalšími demencemi měli a časem se syndrom demence rozvíjí u dalších. Měla proběhnout výstavba dalšího sociálního zařízení - bohužel zatím nejsou finance - je stále tento problém v jednání. O zřízení další stanice OZR zatím neuvažuje, nemáme koncepci. Stanice byla od 1.1.07 otevřena z důvodu nutnosti - různých typů demencí přibývá, včetně psych. dg.

V2 - jeho zřízení bylo dáno ve zřizovací listině (ÚSP byl otevřen roku 2003)

Jaké jsou vaše zkušenosti po určité době provozu a dostačuje kapacita OZR požadavkům?

V2 - stavební uspořádání - nemyslelo se na terapie, je málo prostor. Také by bylo třeba více zaměstnanců na terapie. OZR by mělo být menší (popř. rozdělené na 2 stanice), mělo by být v přízemí nebo nižším patře, měli by mít volný přístup na terasu nebo zahradu. Předběžně se podobným oddělením počítá (další OZR). Bylo by pak možné uživatele i třídit na mobilní demence (na OZR) a klidné imobilní demence (normální oš. stanice se zvýšenou oš. péčí).

Pro jaké druhy postižení je OZR určeno – odmítáte některé zájemce?

V1 - Podle zákona 108/2006 o soc. službách je náš ÚSP určen pro osoby se zdravotním postižením (§ 48)., domov pro seniory (§ 49)., a domov se zvl. režimem (§ 50) a

poskytujeme odlehčovací služby (§ 44). Dle vyhlášky 505/ 2006 je odd. určeno pro osoby s chronickou duševní chorobou a se stařeckou, Alzheimerovou a ostatními typy demencí, kteří mají z tohoto důvodu sníženou soběstačnost. Na základě domácího řádu nepřijímáme toxikomany, alkoholiky a bacilonosiče, narušovali by soužití.

Jakým způsobem jsou vybírání zaměstnanci pro práci se seniory s demencí, jinou ps.dg.?

V1 – na OZR byly dodány zkušené sestry, musí mít praktické zkušenosti. Chodí pravidelně na školení, některá (speciálně týkající se psychiatrických seniorů) probíhají v pracovní době na náklady zaměstnavatele. Některé kredity si získávají na vlastní náklady, ale dlouholetým zaměstnancům se část proplácí (na základě rozhodnutí vrchní sestry).

V2 -projdou povinně školením a kursem v průběhu zaměstnání, a to v pracovní době a na náklady ÚSP nebo z fondů EU.

Máte problémy s pomocným personálem?

V2 - Ne. V našem zařízení probíhá kurs pro pečovatele, takže máme možnost si lidi předem ověřit. Někteří chodí vypomáhat i ve volném čase. My pak máme možnost si vybrat ty nejlepší.

Jak se řeší psychohygienu zaměstnanců?

V1 - bude se přijímat psycholog, který bude zaměstnancům 2x týdně k dispozici v rámci psychohygieny a prevence syndromu vyhoření.

V2 - Mají dodatkovou dovolenou a zvláštní příplatek. Dochází psychoterapeut pro klienty, kterého mohou oslovit i zaměstnanci.

Liší se složení a počet zaměstnanců OZR od ostatních stanic?

V1 – ano, na oddělení je o 3 zaměstnance více, dostávají příplatky a mají o týden více dovolené.

V2 - ano, na odd. je o 2 zaměstnance navíc. Mají dodatkovou dovolenou a zvláštní příplatek. Na částečný úvazek dochází psychoterapeut pro klienty, kterého mohou oslovit i zaměstnanci. Jinak v chodu OZR a ostatních stanic nejsou rozdíly.

Mají zaměstnanci, kteří seniora dobře znají, možnost doporučit jeho přemístění na OZR?

V1 - Na procesu se podílí jmenovaná komise, tj. ústavní lékař – psychiatr, vrchní sestra, vedoucí sociálního úseku, ředitel a sociální pracovník provádějící soc. šetření ohledně zájemce.

V2 - Navrhovat k řízení mohou takového seniora na základě psychosociální dokumentace sociální pracovníci, zdravotní sestry (hlásí staniční sestře) a na rozhodování se podílí i rodina.

Jak by dle vašeho názoru měla být zaměstnancům těchto oddělení kompenzována zvýšená psychická náročnost práce aby neztráceli motivaci?

- P - Finanční ohodnocení

Považujete nedostatek komunikace mezi personálem (podřízení-nadřízení, zdravotníci-sociální pracovníci) za vážný problém, zejména v oblasti s velkým psychickým vypětím jako je práce se seniory trpícími demencí?

- P - Ne, tento problém nepozoruji

Domníváte se, že by personál (včetně nižšího a pomocného zdravotnického) měl být speciálně proškolen v problematice seniorů s demencí nebo jinou ps.dg., zejména v projevech nemoci, jejich příčinách a způsoby komunikace s těmito seniory?

- P - ano

Jaký podíl mezi vašimi pacienty (psych. odd. nemocnice ČB) zaujímají v současné době senioři s demencí (jinou ps.dg.)?

- P – jedna čtvrtina

Supluje občas vaše oddělení (psych. odd. nemocnice ČB) jiné instituce (funguje jako nouzové pro umístění seniora, u kterého se náhle rozvinuly příznaky demence nebo jiné ps.dg., o kterého rodina nedokáže sama pečovat?

- P- ano

Míváte potíže s dalším umístěním takového seniora (z akutního psych. odd. nemocnice ČB) zejména do trvalé institucionální rezidenční péče?

- P- ano

Domníváte se, že by OZR mělo být při všech větších domovech pro seniory, alespoň jedno v každém bývalém okrese nebo spádové oblasti?

- P - ano

Domníváte se, že by rozdělení OZR na dvě oddělené části pro různé typy dg. a jejich vnějších projevů mohlo zlepšit kvalitu života zde umístěných seniorů?

- P - ano

Jak řešíte umístování seniorů s demencí nebo jinou ps.dg., kteří jsou zároveň toxikomani, alkoholici apod., které běžné domovy pro seniory s OZR nepřijímají?

- P - jsou již většinou přijímáni

Jak přijímá rodina seniora trpícího demencí jeho umístění na psychiatrické oddělení, OZR, domova se zvláštním režimem? Narážíte stále na stigmatizaci oboru? Vnímá většina osob tuto diagnózu v rodině jako stigma

- P - ne tolik

Ve kterém stádiu choroby považujete za vhodné umístit pacienta s demencí do ústavní péče?

- P - Při nezvládnání pobytu v domácím prostředí

Platí stále ještě limity nároku na úhradu léků na demenci zdravotní pojišťovnou (pojišťovna přispívá na léky na Alzheimerovu demenci, účinné i na některé další demence - inhibitory cholinesteráz - seniorům s MMSE mezi 13 - 20 b)?

- P - ano

Domníváte se, že je veřejnost dostatečně informována o problematice demencí, možnostech péče o seniory s tímto postižením?

- P - ne

Víte o nějakém běžně dostupném informačním materiálu o problematice demencí pro laiky a kde jej lze získat?

- P - Internetové stránky

Považoval(a) byste vytvoření podobného materiálu za přínosné?

- P - ano

Zdroj: Vlastní výzkum

Základní údaje o ÚSP v ČB, poskytujících službu podle § 50 zákona 108/2006 o sociálních službách, Domovy se zvláštním režimem, ve formě OZR

Tabulka č 34

ústav	DpS Hvízdal	DpS Máj	DpS Dobrá Voda
zřizovatel	Město ČB	Město ČB	Krajský úřad
Celková kapacita	163 (270 včetně býv. penzionu)	127	300
Poskytované služby podle paragrafu zákona 108/2006	44,48,49,50	44,48,49,50	49,50
Zpracované standardy kvality	ano	ano	ano
Kapacita OZR	37 osob (23%)	40 osob (31%)	46 osob (15%)
Převis žádostí	ano	ano	ano
OZR začleněno do DpS	< 1 rok	3 roky	min. 10 let
Kapacita respitních lůžek	2	2	0
přijímá toxikomany, alkoholiky, bacilonosiče	ne	ne	ne
Bezbariérový vchod	ano	ano	ano
Osobní věci na pokoji	ano	ano	ano
Vlastní drobný nábytek, lednice	ano	po dohodě	ne
televize, rádio	ano	ano	ano
návštěvy	8-22 hod	Není pevně stanovena doporučeno 9-20 hod.	Kdykoliv včetně možnosti přespání
Snadná dostupnost městskou hromadnou dopravou	ano	ano	ano
přehledné plně informativní webové stránky	ano	ano	méně konkrétních informací

Webové stránky výše uvedených zařízení:

DpS Máj: <http://www.ddmajcb.cz/index.php?nid=3064&lid=CZ&oid=348901>

DpS Hvízdal: http://www.usp-hvizdal.cz/o_nas.htm

DpS Dobrá Voda: <http://www.domov-dobravoda.cz/>

Zdroj: Vlastní výzkum

Další základní údaje o ÚSP vybraných k výzkumu

Tabulka č. 35

ústav	DpS Hvízdal	DpS Máj
rehabilitace	rehab. cvičení, perličkové masáže, Elektroléčba,	elektroterapie, magnetoterapie, vodoléčba, rehab. cvičení
pet terapie	canisterapie, ústavní zvířata (psi)	rybičky, canisterapie
samospráva uživatelů	ano	ne
terapie	arteterapie, ergoterapie, muzikoterapie tréninky paměti skupinové hry	aromaterapie, arteterapie, ergoterapie, tréninky paměti, muzikoterapie, skupinové hry
telefon na pokoji	ano (mimo budovu pouze příchozí)	ano
OZR - naplnění potřeb		
Uspořádání pro snadnou orientaci	Ne - 1 dlouhá barevně nerozlišená chodba	Ne, členité odd., 3 dlouhé chodby
barevné rozlišení dveří, stěn	ne	ne
orientační pruhy na podlaze	ne	ne
objekty napomáhající orientaci (kalendáře...)	ano	ano
bezbariérovost (protiskluzové rampy, rozteče zárubní...)	úzké zárubně, nevyhovující společná koupelna, malá jídelna (společenská místnost)	jídelna přeplněná nábytkem
přírodní materiály (dřevo)	ano	ano
Počet uživatelů na pokoji na OZR (soukromí)	2	2, 1
Volný přístup uživatelů OZR do bezpečného uzavřeného vnějšího prostoru (zahrady)	ne	ne
Umístění OZR v rámci budovy	6. patro (nejvyšší)	3. patro (nejvyšší)
OZR uzavřené (vycházky pouze s doprovodem)	ano	ano
Soc. pracovník - ergoterapeut vyčleněný pouze pro OZR	ano	ano
skupinové aktivity	ano	ano
strukturovaný program	ano	ano
povinný režim (doba vstávání, stravování, koupání atd.)	ano	ano
tělesné cvičení (rehabilitace)	ano	ano

časté procházky	ne denně	ne denně
Volný přístup uživatelů OZR do bezpečného uzavřeného vnějšího prostoru (zahrady)	ne	ne
častý kontakt s personálem a rodinou	ano	ano
příležitosti ke společenskému životu	podle kognitivního, sensorického a zdravotního postižení,	podle kognitivního, sensorického a zdravotního postižení,
vyškolený personál	ne NZP	ano
klidný a stabilní personál	ne NZP	ne vždy
pozorný a citlivý personál	ne vždy	ne vždy
osoby se zkušeností v komunikace	ne všichni	ne všichni
Individuální plán uživatele	ano	ano
individuální péče (volnočasové aktivity)	ano	ano
Doba na soc. individuální péči (OZR)	7 min. na osobu denně (4,3 hod/den/OZR)	nezjištěno
Povinnosti pracovníka soc. péče	individuální práce skupinová práce nákupy, administrativa (indiv. plány, MMSE, příprava), konzultace s uživateli, půjčování knih, doprava uživatelů na aktivity, doprovod vycházky	Jiné pracovní rozdělení. Individuál, vycházky a administrativu (důchody, příspěvky atd.) vykonává jeden pracovník na každou stanici. Terapie zajišťovány dalšími pracovníky. MMSE se nedělá.
Výlety, kulturní akce	ano	ano
Psycholog nebo psychoterapeut	ano	ano
komunikace s rodinou	ano	ano

Zdroj: Vlastní výzkum

5. Diskuze

Cílem práce bylo zmapovat možnosti umístění a kvalitu institucionální péče o seniory trpící demencí nebo jinou duševní poruchou, zejména na odděleních se zvláštním režimem ve vybraných ústavech v Českých Budějovicích.

Jako základ byly analyzovány souhrnné údaje týkající se uživatelů obou ústavů, a to jejich pohlaví, věk, délka pobytu, skóre dosažené v MMSE, umístění na stanici v rámci zařízení, u seniorů se středně těžkou a těžkou demencí rovněž mobilita a způsobilost k právním úkonům. Analyzovány byly údaje všech 127 současných uživatelů DpS Máj a 163 současných uživatelů DpS Hvízdal. V DpS Máj nebylo možné analyzovat skóre dosažené v MMSE, protože se mezitím od pravidelného testování upustilo, doba pobytu byla rovněž zjišťována pouze v DpS Hvízdal, neboť DpS Máj je otevřený pouze tři roky. Dále byly analyzovány dokumenty týkající se chodu obou ústavů (Domovní řád, Plán činnosti sociálních pracovníků) a osobní pozorování.

Rozhovorů se zúčastnilo celkem 22 respondentů z obou zkoumaných ústavů, z toho 20 řadových zaměstnanců na různých pozicích (9 ze zdravotní sféry, 11 ze sociální sféry) 2 členové vedení ústavů, 1 lékař-psychiatr a 1 sociální pracovník ze třetího ústavu.

Současný stav institucionální péče

Převládá názor, že existuje značné množství nevidovaných demenčních pacientů, takže statistiky výskyt demence podhodnocují. Podle rozsáhlých metodicky přesných studií je prevalence demence ve věku 85 let mezi 25 - 35% (14). Jen 10% trpících demencí je mladších 65 let. V ČR se odhaduje 70 -90 tis. osob s demencí starších 65ti let. Z nich 70% je ve věku nad 80 let (33). Závažným důvodem pobytu v ústavní péči je sociální status včetně rodinného stavu. Podle studie žadatelů o přijetí do domova důchodců ženy tvořily 78%, typickým klientem jsou ženy mimo manželství, bez blízké pečující osoby, s funkčními či kognitivními poruchami, po CMP, s Parkinsonovou nemocí a/nebo DM (15).

Věková struktura uživatelů obou domovů, struktura podle pohlaví a stav jejich kognitivních funkcí (tab. č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 11, graf č. 1 až 6) to potvrzují.

Zdravotnictví u nás splňuje služby, které v řadě zemí obstarává sociální péče (12). Výzkumem (otázky č. 18) bylo zjištěno, že akutní lůžka psychiatrického oddělení Nemocnice v Českých Budějovicích jsou v současné době (srpen 2007) obsazena seniory s demencí a jinou duševní poruchou z 25%. Tito senioři jsou ve stavu, který už rodina není schopna pečovatelsky zvládat. Většina z těchto seniorů netrpí akutní poruchou, jejich potíže jsou chronického rázu a vyžadují umístění na ONP a posléze sociální lůžko v některém ÚSP. Na oddělení akutní zdravotní péče jsou umístěni z nedostatku jiných řešení a omezují počet lůžek pro akutní pacienty. Nemocnici chybí uzavřené ONP, kam by bylo možné tento typ pacientů dočasně umístit. Pokud rodina péči nezvládá a stav je ireverzibilní, mohou zde čekat na volné místo v ÚSP i poměrně dlouhou dobu. Kapacita denního stacionáře Domovinka byla již v roce 2004 vytížena ze 136% (17)

V současné době se v Českých Budějovicích nacházejí 4 domovy pro seniory, z nichž Domov Staroměstská je v přechodném tříletém období z penzionu na ÚSP. Zbývající domovy disponují v současné době (srpen 2007) dohromady kapacitou cca 600 lůžek, z toho 123 lůžek na OZR (podrobně viz tab. č. 34). ÚSP Dobrá Voda byl postaven pro účely domova důchodců v roce 1963. ÚSP Hvízdal byl postaven jako ubytovna pro JE Temelín v roce 1989, jako domov důchodců a penzion je používán od roku 1990. ÚSP Máj se nachází v budově bývalého hotelu, která prošla rozsáhlou rekonstrukcí pro účely domova důchodců, provoz zahájen na začátku roku 2004. Z výše uvedeného je zřejmé, že ani jedna budova dnes pravděpodobně neodpovídá požadavkům moderních rezidenčních služeb pro seniory, areálového typu (15). Nejvíce se tomuto požadavku blíží ÚSP Máj s nejmenším počtem uživatelů a nejmodernějším vybavením. Vzhledem k tomu, že ve věku 65 trpí 4-5% populace nějakým projevem demence a 4% populace vyžadují nějakou formu ústavní péče (15), a v ČB se odhaduje nárůst seniorů nad 65 let v roce 2008 na číslo 18.000 osob (17), je zřejmé, že potřeba lůžek pro seniory v zařízeních sociální péče se v Českých Budějovicích bude v roce 2008 pohybovat mezi 720 - 900 místy.

V předkládaném Návrhu základních principů Národního programu přípravy na stárnutí populace v ČR na období 2003-2007 (22) se hovoří o zajištění dostupnosti rezidenčních služeb pro potřebné seniory, zvýšení počtu míst, zkrácení čekací doby a v rámci nové i stávající výstavby prosazovat technické požadavky budov pro osoby s omezenou schopností pohybu a orientací. Komunitní plán města ČB na rok 2004-2008 (17) zmiňuje nedostatečnou kapacitu všech typů zařízení pro nesoběstačné seniory s demencí. Plán zahrnoval zvýšení počtu lůžek pro imobilní a demencí trpící seniory ve stávajících ústavech, vybudování nového DpS, hovořil o požadavku vybudování týdenního stacionáře a celkově zvýšení kapacity respitní péče pro osoby s demencí. Výzkum (tab. č. 35) ukázal, že program ani plán splněny nebyly. V ČB se zvýšil pouze počet lůžek pro osoby s demencí ve stávajících ústavech (DpS Hvízdal) a to na úkor lůžek pro osoby se zdravotním postižením. Vzniklo tím 37 lůžek na OZR, ale vzhledem k tomu, že počet uživatelů DpS Hvízdal trpících středně těžkou a těžkou demencí již dnes tuto kapacitu přesahuje (tab.č.15), není řešením pro žadatele v pořadníku. Výzkum ukázal (tab. č. 17), že ročně se v DpS Hvízdal obmění 25% uživatelů (cca 40 osob), průměrná doba pobytu činí v průměru 3,6 roku, ovšem s klesajícím skóre MMSE obyvatel průměrná doba pobytu stoupá (tab. č. 18).

Nebyl vybudován nový denní ani týdenní stacionář, příprava stavby nového DpS v ČB (přístavba DpS Hvízdal) měla být zahájena v roce 2007, ale z finančních důvodů zahájena nebyla (otázky č. 18). O jeho stavbě se dále jedná. Důvodem je pravděpodobně také skutečnost, že s novým zákonem o sociálních službách (39) došlo ke zrušení penzionu pro seniory v areálu DpS Hvízdal, čímž se zdánlivě uvolnila kapacita pro rozšíření DpS. Jeho bývalí obyvatelé mohou po přechodnou dobu 3 let penzion dále obývat, poté se však budou muset rozhodnout zda podepíší smlouvu s DpS a setrvají, nebo se odstěhují. Zákon však už neřeší kam tyto seniory přemístit (otázky č. 18). Vzhledem k nedostatku dostupného bydlení a k tendenci seniorů neměnit prostředí je pravděpodobné, že většina z nich nenajde jiné řešení než v domově zůstat a podřídit se režimu, a to i přesto že někteří budou stále soběstační. Otázka kvality života seniorů ani kapacity pro nesoběstačné seniory se tím tudíž neřeší. Další problém vyplývá z charakteru stávající budovy, která stavebně nebyla určena pro ústav sociální péče a je

nevhodná pro imobilní a těžce mobilní občany (tabulka č. 35), stavební úpravy by byly nákladné a některé z technických důvodů nejsou možné (bezbariérovost, např. velikost dveří). Kapacitu a technické zázemí současných zařízení pro seniory trpící demencí považují za nedostatečné i tázaní respondenti (otázky č. 15,16,18). Nezbývá než doufat, že se nová Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti, přijatá vládou v únoru 2007 (21) a nový plán rozvoje města ČB (dosud není zpracován) pokusí situaci změnit.

Demence a potřeba institucionální péče

Demence jsou závažné duševní poruchy, které představují značný problém zdravotní, sociální i ekonomický (14). U těžších stadií se 24-hodinová péče stává pro rodinu příliš vyčerpávající, pacient se stává méně předvídatelným a většina pečujících je nucena se uchýlit k ústavní péči (10). Deinstitutionalizace se v zahraničí ukázala jako neuvážená. Instituce se nemají likvidovat, ale přizpůsobovat potřebám (8). Funkci léčebny dlouhodobě psychiatricky nemocných a střediska specializované diferencované péče nelze nahradit jinou formou péče (20). To potvrzuje i výzkum (otázka č. 10, 11), respondenti považují institucionální péči pro určité uživatele za nezbytnou. Podíl uživatelů s kognitivní poruchou je v DpS Hvízdal poměrně vysoký (tab. č. 15), činí téměř polovinu všech uživatelů. Podíl uživatelů v DpS Máj nebylo možné na základě MMSE zjistit, ale vzhledem k tomu že OZR bylo zřízeno již při jeho založení, lze předpokládat (a pozorování to potvrdilo), že všichni stávající uživatelé OZR v DpS Máj trpí středně těžkou a těžkou kognitivní poruchou (40 osob) a další (min. 7 osob) jsou umístěni na stanici pro zdravotně postižené (otázka č. 5a, tab. č. 30), jak se dá předpokládat vzhledem k tomu, že jsou zbaveni způsobilosti k právním úkonům. Tj. minimálně 37% uživatelů DpS Máj trpí středně těžkou a těžkou kognitivní poruchou, což přesahuje kapacitu OZR (tab. č. 34).

Pokud se týká negativ a pozitiv institucionální péče, zdůrazňují respondenti potřebu styku s rodinou (která je částečně naplněna snadnou dostupností všech tří DpS v ČB, disponujících lůžky na OZR, veřejnou dopravou) a důležitost 24-hodinové

odborné péče, dostupnost pomůcek a aktivit, které by nebylo v možnostech rodiny poskytnout (otázky č. 10, 11, tab.č.27). Je výhodné, když klient zná prostředí, do něhož nastupuje. Je považováno za žádoucí, aby zařízení navštívil ještě před vlastním nástupem (15). I další autor uvádí, že pokud má být přesun do stálé institucionální péče úspěšný, je nezbytné aby se dostalo citlivé a zkušené podpory všem jichž se to dotýká. Někdy může pomoci zkušební krátký pobyt na zkušenou. Rovněž kontrola úspěšnosti adaptace po několika týdnech je žádoucí (2). Výzkum prokázal (otázka č.17), že ti co jsou do zařízení přijati na respitní pobyt si často do téhož zařízení podají žádost o trvalý pobyt, protože jsou seznámeni s prostředím, nejdou do „neznámého“ a lépe se pak adaptují. Zde vzniká další možnost využití respitních lůžek (nabídka přechodných navykacích pobytů) při jejich případném rozšíření a může sloužit jako protiargument proti námitce nevytíženosti mimo období prázdnin a dovolených.

Pro a proti integraci

Demenci doprovází mimo jiné ztráta vědomí toho, jak se máme chovat v přítomnosti druhých. S postupem demence je pacient zároveň citlivější na to, jak se k němu chovají druzí (3, 14, 15). V literatuře neexistuje shoda ohledně relativních výhod segregace (speciální ústavy pouze pro osoby s demencí) versus integrace (společně pacienti s fyzickým a mentálním postižením). Avšak literatura uvádí, že nesegregované formy poskytování péče (integrace) jsou pravděpodobně úspěšnější, pokud dezorientovaní pacienti jsou v menšině (2). Uživatelé s těžším stadiem demence mohou být zdrojem deprese a demotivace pro ty, kteří si postupnou dezintegraci své mysli ještě uvědomují. Pozorováním a dotazováním bylo zjištěno, že se tito senioři viditelně distancují od ostatních, odmítají být řazeni do jedné skupiny se seniory se závažnější poruchou a považují toto zařazení za degradaci (otázka č. 5 a,b, tab.č. 23, 24). Například Walsh (37) výslovně nedoporučuje dávat seniory se zachovaným vzhledem do své situace dohromady s uživateli v těžkém stadiu demence, z důvodu jednak rozdílných schopností, jednak proto, že jim je neustále připomínáno co je čeká a že v očích personálu jsou už s nimi na stejné úrovni. Praxe u nás je bohužel jiná. V DpS, kde nebylo zřízeno OZR nebo jeho provoz ještě není ustálený, je stále

integrováno větší množství seniorů s různým stupněm demence než by bylo žádoucí, jak prokázal výzkum (tab. č. 13,14, otázka č. 7).

Ze získaných údajů vyplývá, že většina osob, které s psychiatrickými seniory pracují, považuje integraci s duševně zdravými seniory do jisté míry za prospěšnou a možnou (otázka č. 8), nikoliv však pro uživatele v závažnějším stadiu poruchy, kteří v ÚSP převažují (otázka č. 9, 18). Většinou je také integrací myšlena pouze částečná a dočasná integrace ve smyslu společných kulturních aktivit apod., nikoliv trvalé společné umístění na ošetrovatelské stanici (otázka č. 8). V případě nutnosti (nedostatečná kapacita OZR) je za únosné množství integrovaných uživatelů obecně považováno méně než 10%, max. pak 30% jako krajní hranice možností (otázka č. 7). Přijatelná pro personál i uživatele je zejména trvalá integrace imobilních seniorů s těžkými formami demence, kteří jsou bez výrazných (např. hlasitých) projevů a kteří nepřijdou s ostatními uživateli na stanici v podstatě vůbec do styku. Integrace imobilních seniorů s těžkou demencí na ošetrovatelské stanici pro zdravotně postižené je v obou zkoumaných ÚSP běžnou praxí (viz tab. č. 10,13,14,15,30, otázky č. 6,7,8,9), po trvalé imobilizaci dochází někdy z kapacitních a dalších důvodů k jejich přesunu z OZR zpět na ošetrovatelskou stanici pro zdravotně postižené.

Vznik OZR zaměřených na seniory byl nutností vzhledem k nedostatku míst v psychiatrických léčebnách a domovech se zvláštním režimem a jejich jinému spektru uživatelů. Trvalý převis žádostí o umístění žadatelů s kognitivní poruchou v ČB vedl ke zřízení OZR nejprve v nově otevřeném DpS Máj a vzhledem k počtu stávajících uživatelů služeb (tab. č. 15), u kterých se během 17 let fungování ústavu demence postupně rozvinula, se stalo otevření OZR nezbytností i v DpS Hvízdal.

Personál

V psychiatrii je nutno investovat do lidského potenciálu (12). V průběhu choroby způsobující demenci vyvstávají mnohé zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Optimální péče je tedy poskytována při zapojení mnoha odborníků, z nichž každý je schopen přispět svými znalostmi a dovednostmi. Úspěšnou spoluprací dosáhne multidisciplinární tým takové úrovně služeb, kterou by nebyli schopni jako suma

jednotlivců dosáhnout (2). Nadřízení musí provádět supervizi a nést odpovědnost za vzdělávání a neustálou zpětnou vazbu. Čeho se nedostává po materiální stránce je musí být vynahrazováno lidským faktorem. Optimální péče o osoby s demencí zahrnuje tři základní prvky: dobrý vztah mezi pečovatelem a osobou postiženou demencí, bezpečné prostředí a smysluplné aktivity (40).

Překvapivým výsledkem výzkumu bylo zjištění, že si zdravotní a sociální personál na sebe navzájem pouze nestěžuje. V některých případech se jedni druhých zastávají, snaží se vidět navzájem obtížnost své práce (otázka č.16). Je znát, že v zařízeních vládne snaha o týmovou práci, ale ne vždy je tato snaha korunována úspěchem, konflikty vznikají zejména z nedostatku času (otázky č. 15, 16, 18). Komunikace vážne i přesto, že personál má snahu navzájem komunikovat. Problémem je jeho počet, vytíženost, možná nedostatečně zpracované komunikační kanály.

Jedním ze stresujících faktorů je pro personál problematické chování klienta. To však naznačuje nedostatek souladu mezi jeho potřebami a schopností prostředí těmto potřebám vyhovět. Proto je důležitá prevence. Personál, který používá preventivní přístup lépe odolává syndromu vyhoření (40).

O lidských kvalitách personálu svědčí mimo jiné i fakt, že (otázky č.15, 16) většina z nich nepovažovala za prioritu zvýšení platu, přestože jejich nesmírně psychicky i fyzicky náročná práce není adekvátně ohodnocena (nikoliv vinou vedení, ale nastavení systému, kdy při zvýšeném požadavku na počet a vyšší ohodnocení personálu například zřízením OZR nebyly ústavu zřizovatelem adekvátně zvýšeny prostředky na mzdy). Z mnoha odpovědí je znát skutečný zájem o uživatele a jeho potřeby. Přestože pro některé z nich OZR znamená náročnější práci (otázka č. 2, tab. č. 20), považují jeho zřízení za přínos (otázka č. 1, tab. č. 19)

Většina dotazovaného personálu má kvalifikaci potřebnou pro práci se seniory trpícími kognitivní poruchou, získanou buď před nástupem na současnou pozici, nebo mu byla poskytnuta současným zaměstnavatelem (tab. č. 33). Školení a kurzy, které zaměstnavatel považuje pro danou pozici personálu za nezbytné, jsou personálu hrazeny z fondů zaměstnavatele a EU a probíhají v pracovní době (tab. č. 33, otázky č. 18). U

dlouholetých loajálních zaměstnanců přispívá vedení DpS Hvízdal finančně i na osobní zvyšování kvalifikace (získávání kreditů).

Sociální sféra

Informace o uživatelích - zatímco v jednom z ústavů (DpS Hvízdal) je běžnou praxí pravidelné zjišťování změn kognitivních funkcí uživatelů pomocí testu MMSE (na začátku a na konci adaptačního procesu a poté pravidelně jednou ročně), ve druhém ústavu (DpS Máj) se od této kdysi rovněž zavedené praxe ustoupilo. MMSE (2, viz. příloha č. 1) je sice orientačním, ale přesto důležitým zdrojem relativně objektivních informací pro všechny kategorie personálu (ať už se jedná o uspokojení okamžitých potřeb konkrétního například v podobě úpravy osobního plánu činností seniora nebo informace o potřebě volné kapacity a vyvolání řízení o přesunu některého ze seniorů například na OZR v blízké budoucnosti). Pravidelné zjišťování stavu kognitivních funkcí seniorů tímto způsobem se jeví jako nezbytné, i z hlediska prevence (, mimo jiné proto, že sociální pracovník nemá přístup ke zdravotní dokumentaci seniora a potřebuje alespoň orientačně vědět ve které oblasti má senior největší problémy, jak k němu přistupovat, do jaké činnosti jej zapojovat, má význam rovněž pro vytváření skupin na volnočasové aktivity, trénink paměti apod. (15). Znovuzavedení praxe testování, byť může představovat pro sociální pracovníky další administrativní zátěž, by bylo nesporným přínosem pro obě strany. Rozpoznání pravděpodobného budoucího rozvoje demence u osob, které jsou stále relativně bez symptomů může pomoci zaměřit preventivní léčbu a léčbu k zpomalení jejího rozvoje na ty kteří to potřebují nejvíce. Úspěšná identifikace stavu předcházejícího demenci a včasná intervence může mít značný přínos pro postižené, jejich rodiny i společnost (2).

Sociální personál, který pracuje přímo s klienty, řešil otázku nevhodné pracovní doby (otázka č. 15). Sociální pracovníci v přímé obslužné péči upozorňují na vhodnost posunutí pracovní doby na časnější ranní hodinu. Nezávisle na sociálních pracovnících tento názor podpořil i vedoucí zdravotní personál (otázka č. 16) s odůvodněním, že po čtvrté hodině odpolední jsou na organizované aktivity příliš unavení jak uživatelé, tak sociální pracovníci, uživatelé mají návštěvy apod.

Sociální práce s uživateli je nastavena v každém z DpS jinak. V obou má však OZR v současné době svého kmenového sociálního pracovníka, který nemá na starosti administrativu, ale věnuje se pouze uživatelům (individuální i skupinová aktivizace, ergoterapie, adaptační plány, plány činnosti, MMSE apod.). V DpS Hvízdal má svého kmenového pracovníka každá stanice. Tento systém umožňuje lepší individuální přístup k uživatelům včetně imobilních.

Zdravotní sféra

Většina zdravotníků má pocit, že má málo času na klienta, v době dovolených a vyšší nemocnosti je situace až kritická (otázky č. 15, 16, 18). Jako další problém se jeví fluktuace personálu přímé obsluhy, jeho nízká motivace a nedostatečná kvalifikace. Zatěžují kvalifikovaný personál, musí pracovat pod jeho dohledem (otázka č. 16). Jedním z faktorů snižujících kvalitu ošetrovatelské péče patří kromě nedostatků v dokumentaci a požadavků na sestru z několika míst také vykonávání nekvalifikovaných činností.

Nepřipravenost na tento druh práce způsobuje také vysokou migraci personálu přímé obsluhy - nejsou připraveni na práci s lidmi, neumí s nimi komunikovat, nemají motivaci a nejsou to lidé vhodní pro tuto činnost, nemají k ní vztah, většinou přicházejí z úřadu práce a nemají představu, co tato práce obnáší. Tento druh personálu si zároveň stěžuje na třísměnný provoz - preferovali by 12-ti hodinové směny (otázka č. 15).

Zdravotníci by přivítali možnost posílit zdravotní personál v určité denní době kdy je největší nápor (ráno, poledne, večer), umožnit pružnou pracovní dobu. Dobrovolníci docházejí ale nestačí to (otázka č. 16). Zdravotní pojišťovny dnes přispívají na některé zdravotnické úkony, znamená to však, že na určitý počet obyvatel musí připadat větší počet kvalifikovaných sester, například na noční směně, což dále zvyšuje mzdové náklady.

Zdravotníci rovněž upozorňují na ne zcela šťastné nastavení pracovní doby pracovníků sociální péče a navrhují její úpravu - začátek na časnější hodinu (otázka č. 15, 16).

Psychická náročnost práce na OZR je kompenzována speciálními příplatky a prodloužením dovolené na zotavenou o týden. Stav personálu je posílen o 2, respektive 3 zaměstnance. Vedení uvádí možnost využití odborníka psychologa, psychoterapeuta, docházejícího do DpS za seniory (otázky č. 18). Personál však poukazuje na nedostatečnou možnost psychohygieny (otázka č. 16).

Navrhovaná řešení:

Zdravotně sociální pracovník nebo pracovníci na půl nebo čtvrt úvazku nebo jinou právní formou jako personální rezerva. V plně vytížené ranní a polední špičce by zastupoval ve zdravotní sféře tam, kde chybí stálá pracovní síla z důvodu nemoci, dovolené atd. nebo na patře, kde by byla nejvíce třeba, v dobách mezi tím by pomáhal v sociální sféře s prací na skupinách, kde je takové síly také nejvíce třeba v dopoledních vytížených časech (hygiena imobilních apod.). Vzhledem k tomu, že by se tím vytvořila žádoucí nedostatková pracovní místa na půl (čtvrt) úvazku např. pro matky na mateřské dovolené, matky s malými dětmi, osoby které potřebují získat praxi, bylo by vhodné, aby na vytvoření podobného místa přispíval např. úřad práce, případně by vhodným osobám (například s pedagogickým nebo zdravotním vzděláním) umožnil krátké školení zaměřené na seniory, demence, ošetrovatelskou péči, přímo v místě nástupu. Takto zaměstnané osoby by zůstaly v kontaktu s pracovním procesem a snáze by pak později v případě potřeby nalézaly místo na plný úvazek.

Upravit pracovní doby pracovníkům sociální péče (posun příchodu i odchodu o hodinu dříve), aby lépe vyhovovala jak uživatelům, tak zaměstnancům.

Poskytnout zaměstnancům možnost školení (formou praktické výuky komunikačních technik) v komunikaci jak s postiženými seniory , tak mezi sebou navzájem (3, 23, 40).

Zajistit zaměstnancům psychohygienu a systém motivací (i jiné než finanční ocenění, např. možnost využití stávajících služeb, poskytovaných uživatelům, k regeneraci zdarma přímo v místě, např. masáže, vodoléčbu, cvičení, služby psychoterapeuta apod., zajistit sponzorsky např. přenosné permanentky do bazénu, sauny, solných jeskyní) tak aby nedocházelo k jejich fluktuaci. Problém s pomocným

zdravotnickým personálem (velká fluktuace, nízká motivace, nedostatečné proškolení) v jednom ze zařízení nepocítují, protože zde probíhá školení na ošetřovatele v rámci rekvalifikace. Toto školení umožňuje ústavu vybírat si z budoucích adeptů nejkvalitnější personál. Obdobná spolupráce by mohla pomoci vyřešit problém i ve druhém zařízení.

Vytvořit funkční oficiální komunikační systém na základě podnětů zaměstnanců tak, aby se potřebné informace, nezbytně nutné k organizaci práce, dostaly ke všem zaměstnancům včas. Najít čas v pracovní době a uspořádat čas od času společnou supervizi zdravotního a sociálního personálu, kde by se probraly aktuální problémy (nejlépe s nezávislým supervizorem zajištěným například sociálním odborem) a společně se navrhlo jejich řešení.

Aktivita

Smysluplná aktivita je nepostradatelnou součástí péče o seniory s demencí (2, 40), ať už se jedná o aktivity individuální či skupinové (14, 37). Po této stránce jsou uživatelé obou DpS dostatečně uspokojeni (tab. č. 35). Samozřejmostí jsou v obou DpS individuální plány uživatelů, jejichž plnění se čtvrtletně hodnotí a přizpůsobuje zdravotnímu stavu a prioritám uživatelů ve spolupráci s nimi. Šíře poskytovaných aktivit je poměrně velká (tabulka č. 35), problém je pouze s kapacitou prostor (otázky č. 16, 18). Nechybí moderní druhy terapií jako je trénink paměti, ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, animoterapie (37), aromaterapie, doporučených literaturou (2). Skupiny (počet a složení) je nutné přizpůsobovat schopnostem uživatelů a u seniorů s demencí vyžaduje skupina nejméně 2 členy personálu (14, 37). Vzhledem k dostupnému počtu sociálních pracovníků a spektru činností které vykonávají (tab. č. 35) je pak méně času na individuální práci (otázky č. 15,16,18), na OZR DpS Hvízdal má sociální pracovník vyčleněno v průměru 4,3 hodiny denně na individuální péči, to je při 37 uživatelích 7 minut denně na osobu včetně nákupů (tab. č. 35). Imobilním je věnováno více času, vzhledem k možnosti mobilních účastnit se skupinových aktivit.

Prostředí

S výjimkou pacientů v nejtěžším stadiu demence má prostředí, které seniora s demencí obklopuje, klíčový význam pro kvalitu života. Poskytuje či napomáhá smyslové a sociální stimulaci a je tedy potenciálně významným terapeutickým prostředkem. Prostředí musí být bezpečné, bezbariérové, funkční, příjemné a umožňující snadnou údržbu (2). Bohužel někdy dostává snadná údržba přednost před příjemným prostředím. Kvalita života někdy spočívá v drobných detailech, například v možnosti imobilního uživatele těšit se z pohledu na živé rostliny v pokoji, o které se však musí postarat personál, protože sám toho už není schopen.

Personál OZR se snaží zajistit maximální specializovanou péči ve víceméně provizorních podmínkách. Z nového zákona o sociálních službách (39) zcela vypadla koncepce komunitního plánování a není ošetřena situace ohledně duševně nemocných osob včetně seniorů. Původní komunitní plán města Českých Budějovic (22) počítal s výstavbou nového ÚSP, od tohoto plánu však bylo prozatím (údajně z ekonomických důvodů) upuštěno (otázky č. 18). Jako nešťastné se jeví rovněž paušální zrušení penzionů pro seniory bez další návaznosti. DpS Hvízdal sice z hlediska moderní koncepce malých specializovaných zařízení navazujících na komunitní ambulantní služby (2, 4, 6, 15, 14, 38) není ideálním řešením situace nesoběstačných seniorů, ale každopádně zde byla zajištěna kontinuita areálovým způsobem (15), vyhovujícím starším osobám s kognitivním deficitem, pro které je každá změna prostředí nevhodná a zatěžující (10). Změna prostředí je ve stáří vůbec závažný stresor. Adaptace je ztížena, probíhá delší dobu a je negativně pocíťována i při přestěhování do výhodnějších podmínek (15), což potvrzuje i praxe (otázka č. 16). Uživatelé penzionu byli relativně samostatní, nepodléhali režimu, ale zároveň měli možnost využívat služby domova pro seniory (stravovací, léčebné procedury apod.) a účastnit se kulturních akcí. V případě naléhavé potřeby byl snadno dostupný vyškolený zdravotní personál (v rámci jednoho patra byla umístěna v jednom křídle budovy ošetřovatelská stanice domova důchodců a ve druhém křídle bytové jednotky penzionu pro seniory, obě byly volně propojeny chodbou bez omezení přístupu k sesterně se čtyřadvacetihodinovou službou). Manželské páry s odlišným zdravotním stavem nebo přátelé (kdy jeden byl uživatelem penzionu a druhý domova důchodců) mohli být v neustálém kontaktu. Uživatel

penzionu se při zhoršení zdravotního stavu pouze přesunul v rámci budovy na jiné oddělení. (V případě zhoršení duševní choroby by v současné době mohl být přesunut na OZR). Tím se odbouralo pro ně značně stresující přesouvání seniorů ze zařízení do zařízení, které je dnes stále poměrně běžné. Zrušením penzionu byla tato kontinuita nyní částečně narušena.

Oba ÚSP jsou umístěny v budovách, které původně sloužily naprosto jinému účelu a přestože jeden z nich prošel rozsáhlou rekonstrukcí, základní situace budov byla předem dána a nebylo možné ji zásadně měnit, přizpůsobit ji dokonale potřebám uživatelů i personálu. Ani jedna z budov není dokonale bezbariérová, chybí zde větší prostory pro společné kulturní činnosti (jsou suplovány v jednom případě jídelnou, ve druhém vestibulem, kde je prostředí poměrně rušivé), kde by bylo možné shromáždit větší počet obyvatel domova. Chybí zázemí pro rozšíření dílen, místnosti pro personál mají nedostatečnou kapacitu, chybí prostor pro rozšíření služeb, terapií (otázky č. 16, 18). Problémy při vytváření vhodného prostředí ve stávajících budovách vznikají například také díky požárním a dalším předpisům. Ani jedno zařízení nedisponuje pozemky, kde by bylo možné oplotit, upravit podle potřeby a vytvořit uzavřené bezpečné vnější prostředí, kam by i uživatelé s těžší kognitivní poruchou mohli samostatně vycházet (otázka č. 15). V okolí obou ÚSP jsou přítom volné zelené plochy k dispozici. V obou ÚSP se OZR nachází v nejvyšším patře budovy, čímž jsou jeho uživatelé ještě více izolováni. Přístup do prostor mimo budovy a pravidelný pohyb venku přitom patří mezi základní potřeby uživatelů s demencí **(10)**.

V ÚSP Hvízdal například poměrně úzké chodby neumožňují například větší výzdobu nebo větší koutek k posezení přímo na patře pro hůře se pohybující uživatele, nelze například vytvořit zátiší s květinami (kromě prostoru pod oknem na konci chodby). Omezené množství a vytížení personálu brání například umístění rostlin v pokojích takových uživatelů, kteří by nebyli schopni o ně pečovat, ale jejichž kontakt s vnějším světem je minimální (OZR, imobilní) a pro které by přítomnost živé přírody mohla být výrazným zlepšením kvality života **(40, 2)**.

Jako nedostupné se zatím jeví například vybudování otevřené zastřešené terasy s rostlinami, kde by se mohli uživatelé OZR bezpečně procházet nebo kam by bylo

možné alespoň čas od času vyvézt na čerstvý vzduch zcela imobilní uživatele. Úzké zárubně dveří, které z technických důvodů nelze přebudovat, způsobují personálu i uživatelům potíže při pohybu s vozíky a chodítky, z pokoje nelze vyvézt postel, takže zcela imobilní uživatelé jsou víceméně bez možnosti kontaktu s vnějším světem. Mobilní uživatelé OZR jsou při odchodu mimo budovu odkázáni na doprovod personálu, takže vzhledem k jeho omezenému počtu a vytíženosti nemohou vycházet denně, jak by odpovídalo jejich potřebám (5, 40). S tím souvisí problém se zajištěním bezpečnosti uživatelů OZR. Dosud nevyšla prováděcí vyhláška a v podstatě zatím neexistují jasně daná pravidla jak má OZR vypadat, v čem spočívá zvláštní režim a jak má být zajištěno bezpečí mobilních uživatelů s kognitivní poruchou, která se projevuje dezorientací a blouděním apod.- koncepce OZR není dosud bohužel dořešena technicky ani legislativně (otázky č. 5a, 18). V ÚSP Hvízdal je problém navíc posílen existencí pouze jednoho technického výtahu, který slouží k dopravě stravování, prádla apod. ale zároveň i imobilních uživatelů a vozíčkářů a není možné ho využívat jako volně přístupného pro uživatele OZR, protože by mohli narušovat plynulost obsluhy.

Dispozice a vnitřní členění budovy ÚSP Máj jsou zase orientačně poměrně složité například pro seniora s těžší demencí (2), stanice OZR je příliš velká, členitá a rozlehlá, náročná na obsluhu nejen ve dne, ale zejména v noci, kapacita stanice je 40 uživatelů (tuto situaci problematicky zvládá jak personál, tak uživatelé). Výhodou je zde technický výtah v zadní části budovy, takže pro uživatele a návštěvy jsou k dispozici dva přední výtahy, které se jeví jako volně použitelné a posilují pocit že oddělení je otevřené, slouží jako alternativní způsob zabezpečení OZR (2, 5, 40). K jejich použití je potřebný čip a stisknutí zvláštní kombinace tlačítek, která uživatelům OZR není známa. Pokud se týká dalších částí budovy, v některých místech jsou příliš úzké únikové cesty a je zde z požárních důvodů zakázána například větší výzdoba nebo možnost sezení, které je pro obtížněji se pohybující seniory nebo vozíčkáře nezbytné, pokud se je personál snaží aktivizovat a motivovat k činnosti, sociálním kontaktům s ostatními obyvateli, to jest k co nejdelšímu udržení pocitu soběstačnosti (5).

Řešení krátkodobé:

OZR - orientační pomůcky (barevné pásy na podlaze, na stěně, označené v určitých intervalech symboly - například příborem - které vedou obyvatele určitým směrem - například do jídelny, barevné odlišení například podlah a stěn podle jednotlivých částí oddělení, vypínače a dveře které barevně kontrastují se stěnou, rozlišené ložní prádlo pro jednotlivé pokoje pro lepší orientaci, umístění osobních věcí, fotografií apod. na dveře pro lepší orientaci obyvatel, jasné osvětlení, stěny pokojů jiné než bílé, umístění stimulů (rodinné fotografie, oblíbený obraz, kalendář) (2). Hledat dobrovolníky i v rámci církevních organizací, studentů jiných než zdravotních škol (například studenti zahradnických škol by v rámci praxe nebo sponzorsky mohli celoročně pečovat o náročnější údržbu zeleně ve vnitřním prostoru budovy atd.). Zřizovatel by měl oběma ÚSP pomoci získat pozemek vhodný k vytvoření uzavřené zahrady a poskytnout prostředky na pracovní sílu (například spolehlivou osobu z řad uchazečů o zaměstnání, nebo například osobu částečně handicapovanou s příspěvkem od úřadu práce apod.), která by o tyto pozemky pečovala (zároveň by tato osoba mohla udržovat i zeleň ve vnitřních prostorách). Zahrada nemusí být jen zdrojem odpočinku v přírodě. Pomoc při údržbě zahrady by zároveň mohla posloužit jako zajímavý a prospěšný zdroj fyzické činnosti v rámci ergoterapie pro zájemce z řad uživatelů, včetně uživatelů OZR, zahrada by umožnila chov drobných zvířat pro potěšení a v rámci animoterapie (2, 9, 10, 15). Prostory zahrady by umožnily i hraní drobných společenských a sportovních her v přírodě, cvičení nebo pořádání společenských a kulturních akcí a částečně tak vyřešily nedostatek potřebných prostor uvnitř budovy. Žádoucí je umístění krytého prostoru k posezení a rovněž umístění bezpečného vodního prvku (např. drobné fontánky), bezpečně umístěných krmítek pro ptáky apod. (2).

Stanici OZR v ÚSP Máj by bylo třeba rozdělit na dvě menší stanice (otázky č. 18), zabezpečit balkon v místě jídelny a umožnit vycházení a pobyt uživatelů na něm. V ÚSP Hvízdal postupně s odchodem stávajících obyvatel bývalého penzionu vytvořit druhou stanici OZR v druhém křídle budovy, případně stanici zcela přesunout do budovy bývalého penzionu a to do nejnižšího patra, s pozdější možností vytvoření bezpečného volného přístupu (např. formou vnějšího výtahu nebo rampy) na uzavřený pozemek. Uživatelé OZR však budou i na uzavřeném pozemku v rámci vlastní

bezpečnosti vyžadovat nějakou formu dozoru (je třeba počítat například s pikou, suicidálními pokusy apod.), dozor však bude snazší a personálně méně náročný než při vycházkách do otevřených prostor okolního sídliště. K financování podobného projektu by měl přispět zejména zřizovatel, část by bylo možné získat sponzorsky (například zeleň k osazení). Je vhodné do sponzorských projektů zainteresovat rodiny postižených seniorů (rodina může mít zajímavé kontakty nebo přímo firmu, která by mohla zapůjčit např. stroje k úpravě pozemku atd.).

Řešení střednědobé:

Rychlá legislativní úprava a vytvoření koncepce OZR, vyřešení problému opatrovnictví, bezpečnosti (uzavření-otevření) oddělení, vzdělání a navýšení personálu. Umožnit více ústavům vytvoření OZR s rozumnou kapacitou a lepším technickým a personálním zabezpečením (tato oddělení by byla určená jak pro příjem nových uživatelů s demencí, tak pro umístění stávajících, u nichž se některá z forem demence rozvinula během pobytu, aby nebylo nutné je přesouvat do jiných zařízení). K vyřešení bude muset přispět jak zákonodárny sbor (pod tlakem organizací typu ČALS), tak zřizovatelé jednotlivých zařízení.

Řešení dlouhodobé:

Vytvoření koncepce komunitních zařízení napojených na kvalitní specializovanou institucionální péči po vzoru zemí, kde podobnou koncepci již uplatňují, naplánování výstavby a zahájení realizace. K financování podobného projektu by mělo být možné získání zdrojů například z EU

Právní aspekty ústavní péče o seniory s demencí

V souvislosti se zavedením standardů kvality (32) a nového zákona o sociálních službách (39) do praxe jsou na ústavy sociální péče kladeny vyšší požadavky ohledně dodržování pravidel a právní stránky jednání s uživatelem a jeho rodinou a jsou tlačeny k nepopulárním opatřením. Rodiny seniorů trpících kognitivním deficitem považují jejich omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům stále za krajním řešením. Ať už

byl důvodem strach z jednání se soudem a spletitosti českého právního systému, snaha uchránit seniora od přítomnosti při procesu a stigmatizace nebo ekonomická stránka věci, rodiny se snažily tomuto procesu vyhnout a přenést odpovědnost na sociálního pracovníka. Zaměstnanci ÚSP tak museli do nedávné doby nacházet v otázkách právních úkonů nouzová provizorní řešení na hranici zákona. Ve snaze vyhovět rodině a přitom vyřešit potřebu jakéhokoli jednání, jehož senior nebyl schopen, byla běžnou praxí dohoda, kdy rodina, která k tomu de iure neměla oprávnění, rozhodovala de facto za seniora ve všech potřebných úkonech (2, 16, 25). V některých ústavech počet seniorů trpících středně těžkou a těžkou demencí a často už se nedokážou ani podepsat (není orientován místem a časem, osobu, nechápe abstrakci) (10) stále vysoce přesahuje počet osob, které mají ustanoveného opatrovníka (otázka č. 4 tab. 22, otázka č. 13 tab. 29, tab. č. 30, 31). Vzhledem k možnosti nařčení ze střetu zájmů se ústavy sociální péče bály brát na sebe břemeno opatrovnictví a v případě, že nespolupracující rodina odmítala vyvolat řízení o zbavení svéprávnosti nebo postižený rodinu neměl nebo s ní neudržoval kontakt, docházelo k patovým situacím. Podobný problém podle výzkumu řešili i zaměstnanci obou DpS, zmiňují se o něm jak zdravotníci, tak sociální pracovníci (otázka č. 4 tab. 22, otázky č. 12, 13 tab. 29, otázka č. 16).

S přijetím nového zákona o sociálních službách (39), zavedením standardů kvality a povinně písemně zpracovaných standardů jednání s uživateli (32, 18) byly ÚSP dotlačeny učinit v této věci nekompromisní rozhodnutí. Pokud uživatel není schopen právních úkonů, je rodina požádána o omezení nebo zbavení způsobilosti a stanovení opatrovníka. Například ÚSP Hvízdal má zpracovaný písemný materiál, který předává jako doporučení rodině postiženého seniora - nového zájemce o sociální péči. Obsahuje informace na koho se má obrátit, jaké dokumenty budou třeba k soudnímu jednání a pro jaké právní úkony je vhodné žádat o oprávnění pro zastupování seniora opatrovníkem. Problém nastává u stávajících obyvatel, jejichž rodina byla zvyklá na výše uvedenou dosavadní praxi.

Ve srovnání například s hospicovou péčí vyvstávají některé etické otázky. Někdy jsou při životě v podstatě uměle udržováni senioři s nulovou kvalitou života v terminálním stadiu, kteří, pokud by bylo v jejich možnostech komunikačních, by

například odmítli stravu. Příbuzní však často trvají na udržení při životě za každou cenu a zdravotníci pod tlakem možné žaloby ze zanedbání péče, pokud by byla například konstatována smrt z podvýživy či dehydratace, krmí seniora který se nemůže bránit víceméně proti jeho vůli.

Péče v případě neléčitelné choroby v terminálním stadiu by měla být zaměřena na paliativní péči a směřovat k minimalizaci utrpení a zachování důstojnosti. Je pravděpodobné, že většina seniorů v terminálním stadiu v instituci vyžaduje pouze péči zaměřenou na úlevu od bolesti a zajištění maximální bio-psycho-sociální pohody spíše než intenzivní léčbu. Neúčelné prodlužování života nadměrnou intervencí je morálně stejně neodůvodnitelná jako aktivní euthanasie (2). Odhad situace není pro personál snadný a řešením může být snad pouze osvěta.

Otázka omezovacích prostředků viz. Prostředí.

Informovanost veřejnosti a rodiny

Se stárnutím populace a zvýšeným výskytem demencí v populaci (34, 38, 2, 15) bude třeba lépe informovat veřejnost o možnostech péče o seniory s tímto handicapem. V současné době se například ani na internetu ani jinde nedozvíte nic přesnějšího o možnostech jejich umístění do ÚSP v konkrétní lokalitě (kompletní seznam ÚSP které tuto službu nabízejí, jak jsou kapacitně vytíženy, co nabízejí speciálně psychiatrickým pacientům, možnosti respitní péče,). Přesto je v současnosti internet nejdostupnějším zdrojem informací (otázky č. 18.)

Nejlepší v tomto směru se zdají být stránky informačního serveru pro seniory, www.gerontologie.cz, kde se lze dozvědět na jakou instituci se obrátit v případě potřeby ústavní péče a co je k tomu potřeba, další podobné stránky lze nalézt na www.alzheimer.cz. Pro počítačově gramotné není problém najít tyto stránky pod klíčovými slovy „Alzheimer, demence, pomoc“. Dobře zpracované jsou rovněž stránky Prácheňského sanatoria www.alzheimercentrum.cz. Pro oblast Českých Budějovic některé informace získat na webových stránkách magistrátu města - sekce Průvodce sociálními službami města ČB <http://www.c-budejovice.cz/CZ/04/SocialWork/> je podrobně zpracována. Naproti tomu o krajských zařízeních (Domov se zvláštním režimem Libníč, DpS Dobrá Voda) se na stránkách krajského úřadu mnoho dozvědět

nelze, Libnič nemá ani vlastní webové stránky. V budoucnosti se má stát kvalitním informačním materiálem registr poskytovatelů sociálních služeb.

Z informací získaných rozhovory (otázky č. 16, 18) lze odvodit, že veřejnost není dostatečně informována o problematice demencí. Informace se sice dají volně získat na internetu (stránky ČALS - České Alzheimerovské společnosti a jiné)

<http://www.alzheimer.cz/?PageID=497>,

http://www.stari.cz/img/prirucka_pecovatele.pdf

http://www.gerontologie.cz/files/alzheimerova_nemoc_v_rodine.pdf

http://www.gerontologie.cz/files/brozura_pro_pacienty.pdf

kde lze například nalézt a zdarma stáhnout příručky s podrobným popisem projevů demence, praktickými radami jak o člověka s demencí pečovat, na jaké finanční příspěvky a pomůcky má nárok postižený i pečující, nebo pěkně zpracované stránky Prácheňského sanatoria <http://www.alzheimercentrum.cz/li.htm>

V generaci 50+, mezi kterou patří pravděpodobní pečovatelé, a v určitých sociálních vrstvách obyvatel i v generaci mladší ale nelze v současné době počítat s plošnou počítačovou gramotností a praxe potvrdila (otázky č. 16, 18) že vytvoření letáků pro veřejnost by bylo přínosem.

Řešení pro praxi

Vytvoření informačního materiálu pro pečovatele a rodiny seniora s duševní poruchou, nejlépe týmem odborníků na problematiku (např. ČALS, která má podobný projekt v plánu). Tento informační leták by měl být volně přístupný na příslušných úřadech na které se rodiny obracejí ohledně pomoci a umístění seniora (např. odbory sociálních věcí), ve všech zařízeních které poskytují těmto seniorům služby (denní stacionáře, poradny, ÚSP, psychiatrické léčebny atd.) a měl by mimo jiné pomoci destigmatizovat psychiatrii a postižené. Tento materiál by měl obsahovat stručné poučení o demencích, jak se projevují (včetně příkladů z praxe pro lepší pochopení), stručný návod jak s postiženým jednat (např. desatero komunikace vytvořené NRZP) opět včetně příkladů z praxe, seznam organizací a úřadů, na které se lze obrátit, webové

stránky na kterých lze najít pomoc a poučení, seznam publikací s podrobnějšími informacemi pro pečující atd..

Informační plakát s desaterem komunikace se seniory trpícími demencí, vytvořený NRZP, by měl viset ve všech ústavech pečujících o tyto seniory. Informační plakát nebo leták, určený návštěvám seniorů, individuální, vytvořený konkrétní organizací podle místní situace. Rodiny si často připadají v prostředí OZR cizí, přijdou strávit čas se svým blízkým seniorem, ale nevědí čím ho naplnit, jaké schopnosti mu zůstaly zachovány, netuší a bojí se zeptat zda ho smějí vzít ven a jak, zda si lze půjčit vozík, jak daleko a kam se vypravit atd. To co sestřám nebo sociálním pracovníkům připadá samozřejmé může pro rodinu seniora být novinkou a vylepšením a zpestřením návštěv (40) může pomoci udržet jejich vztah a zlepšit tím jeho kvalitu života. Měl by obsahovat například návrhy vhodné činnosti, poučení o tom, co je pro seniora v ústavní péči nejcennější (tj. komunikace s rodinou, styk s vnějším světem, dotyky, v případě ztráty verbálně komunikovat navrhnout alternativní formy komunikace, ostatní smyslové vjemy při ztrátě sluchu či zraku - čich, hmat, chuť), jak reagovat v případě problému, zda je vhodné přijít s dětmi (40), kam je v okolí vhodné jít na procházku, do cukrárny, na nákupy, atd. U každého seniora by bylo vhodné vypracovat v tomto směru individuální návrh (podle zachovaných schopností, zdravotního stavu a preferencí seniora). Preference (jídel, oblíbených činností atd.) u seniorů s demencí se mění a v ÚSP se může ze seniora stát zcela jiný člověk než jak ho rodina znala (40).

Přínos OZR

Výzvou pro současnou společnost je zajistit, aby se stáří, bez ohledu na disabilitu, stalo pozitivním zážitkem, obdobím spokojenosti a pocitu smyslu života, obdobím nezávislosti a sebeurčení po tak dlouhou dobu, jak je to v jejích možnostech (2).

Výzkumem bylo zjištěno, že převážná většina personálu obou DpS považuje vznik OZR (36, 39) za prospěšný (otázka č. 1, tab. č. 19, otázka č. 8) a to bez ohledu skutečnost, že práce na OZR klade na personál větší nároky než na běžném oddělení, zmiňují zejména psychickou zátěž (otázka č. 2, tab. č. 20) a personál DpS Hvízdal

zmiňuje, že se dosud nevytříbila klientela OZR (tab. č. 13, 14, otázka č. 5a tab. č. 23, otázka č. 5b tab. č. 24,). Rovněž psychiatr považuje vznik OZR za přínosný. Problém představují zejména nedostatky technického rázu (stavební uspořádání).

Oba ústavy přistupují k potřebám seniorů s demencí s ohledem na ně i jejich rodiny. Přesun stávajícího nebo umístění nově přijímaného seniora na OZR, často významný krok v životě uživatele a jeho rodiny, neprobíhá unáhleně a bez rozmyslu, okamžitě při zhoršení zdravotního stavu. Posouzení není pouze záležitostí lékaře - psychiatra, který vidí uživatele pouze čas od času, ale podílí se celý tým (schvalovací komisi tvoří ředitel ústavu, vedoucí sociálního úseku, sociální pracovník který prováděl sociální šetření, vrchní sestra a lékař - DpS Hvízdal, viz otázka č. 18). Podněty nadřízeným mohou dávat i řadoví zdravotníci a sociální pracovníci (otázka č. 3, tab. č. 21). Personál upozorňuje na následující problémy (otázka č. 16): v DpS Hvízdal je to zřízení OZR „za pochodu“, kdy nebylo zcela vyřešeno jeho fungování ani technicky ani provozně, smluvní psychiatr za současných podmínek nebude pravděpodobně přibývajícím množství uživatelů s demencí zvládat. Zmiňují také otázku uzavřenosti oddělení (otázka č. 2, 5, 16), (považují omezení možnosti odchodu uživatelů OZR bez doprovodu za nezbytné), v případě že by se muselo oddělení otevřít bez náhradního řešení kontroly odchodů (zatím není koncepce zcela ujasněná), obávají se, že nebude zcela plnit svoji funkci (**2, 5, 18, 19**).

V DpS Hvízdal řeší OZR nedostatek kvalitních motivovaných stálých pro tuto práci odborně připravených pracovníků přímé obslužné péče, celkově vyšší potřebu personálu, navýšení mzdových prostředků (otázky č. 15, 16, 18). Zmiňují také nedostatečnou možnost psychohygieny. Od personálu obou DpS padl návrh na rozdělení OZR na dvě části (pro různé diagnózy a stupně postižení), za vhodné považuje toto řešení i psychiatr (otázky č. 18).

Péče poskytovaná na obou OZR se v zásadě neliší od jiných oddělení (otázka č. 12). Jde spíše o způsob komunikace a jednání s uživateli, způsob a tempo jakým je stejná péče nabízena a poskytována (tab.č. 34, 35). Podle vyjádření jednoho z členů personálu DpS Hvízdal má OZR zvláštní poklidnou atmosféru, nestresující prostředí,

kde se personál přizpůsobuje tempu a možnostem uživatele, používá alternativní způsoby komunikace. Návštěvy jsou možné po celý den (tab. č. 35).

Přínosem OZR je také jejich relativní dostupnost pro rodinné příslušníky. Všechna zařízení v ČB jsou snadno dostupná veřejnou dopravou (tab. č. 34). Oproti tomu specializované ústavy (v JČ Domov se zvláštním režimem Libnič a Léčebna Lnáře, Prácheňské sanatorium) jsou pro většinu rodinných příslušníků z Českých Budějovic dostupné podstatně hůře. Častější návštěvy mohou kvalitu života postiženého seniora v institucionální péči výrazně zvýšit - rodina má možnost pomáhat při hygieně, účastnit se společně s ním volnočasových aktivit, brát seniora častěji na procházky, je emocionální oporou (3).

Výzkum potvrdil, že psychiatrie potřebuje více zdrojů lidských, materiálních i finančních a těsnější spolupráci s institucemi sociální péče (20). Výzkum dále prokázal, že funkci léčebny dlouhodobě psychiatricky nemocných a střediska specializované diferencované péče lze v případě seniorů trpících demencí nahradit jinou formou péče (20), a to péčí na specializovaných odděleních (OZR) zřizovaných v domovech pro seniory.

6. Závěr

S narůstajícím podílem seniorů a zároveň i jejich narůstajícím věkem se zvyšuje výskyt duševních poruch v populaci seniorů. Senioři se středně těžkou a těžkou kognitivní poruchou vyžadují 24-hodinovou péči, kterou jim rodina nemůže poskytnout. Jsou tedy odkázáni na specializovanou péči institucionální.

Kapacita zařízení, která jsou schopna poskytovat adekvátní péči seniorům trpícím duševní poruchou, zejména různými typy demencí, ať už se jedná o denní stacionáře, respitní lůžka, ONP s uzavřeným oddělením nebo oddělení se zvláštním režimem při domovech pro seniory, je v ČR i v Českých Budějovicích a nejbližším okolí, nedostatečná nebo potřebné zařízení vůbec neexistuje.

V ČR chybí ucelená koncepce psychiatrické péče. Plánovaná výstavba moderně koncipovaných a potřebám seniorů postižených demencí odpovídajících zařízení komunitní i institucionální péče se nerealizuje, o potřebných změnách v legislativě se pouze hovoří a obor psychiatrie je celkově nedostatečně financován.

Oddělení se zvláštním režimem zřizovaná při domovech pro seniory jsou v současnosti důležitým mezičlánkem v soustavě péče o duševně nemocné seniory. Zaujímají postavení mezi domácí a ambulantní péčí a specializovaným ústavem pro osoby postižené duševními poruchami. OZR nahrazují dosud chybějící síť moderních komunitních zařízení rodinného typu specializovaných na seniory, která by zahrnovala víceúrovňovou péči včetně oddělení pro seniory s kognitivními poruchami. Kvalita péče na obou zkoumaných odděleních se zvláštním režimem je, vzhledem k daným technickým a finančním podmínkám, díky dobrému managementu relativně dobrá, velkou roli hraje lidský faktor, motivace a osobní kvality přijímaného personálu. Oba ústavy jsou také pro blízké osoby snadno dostupné městskou dopravou, v dosahu přírody, oba se nacházejí v komunitě s hustou zástavbou a vybudovanou infrastrukturou. Lze konstatovat, že vedení obou ústavů se snaží o moderní přístup k práci s psychiatrickými seniory. Personál se pravidelně účastní školení, zkoušejí se nové postupy a aktivity, osvědčené se zavádějí trvale do praxe. V mnoha oblastech je znát snaha o týmovou práci a spolupráci. Personál sociální sféry vypomáhá v kritických časech zdravotníkům s podáváním stravy zdravotně postiženým seniorům, doprovází

uživatelé k lékaři, je znát snaha o spolupráci a pochopení náročnosti práce druhého. Snaha o individuální přístup, zejména u seniorů imobilních a s kognitivními poruchami, je opět limitována pouze množstvím personálu, nikoliv jeho schopnostmi a přístupem k uživatelům. Přístup orientovaný na klienta a jeho potřeby se projevuje i v celkové atmosféře. Prostředí obou zkoumaných domovů pro seniory nepůsobí ani stísněně, ani depresivně, rozhodně nepřipomínají tzv. odkladiště starých a nemocných a čekárnu na smrt

Problémy organizačního rázu jsou způsobeny převážně nedostatkem mzdových prostředků a z toho vyplývajícím limitovaným množstvím kvalifikovaného personálu (zejména v době dovolené, nemoci) spíše než systémovou chybou.

V důsledku demografických změn a deficitu jiných řešení oddělení se zvláštním režimem v domovech pro seniory přibývá, avšak jejich kapacita stále ještě roste pomaleji než počet zájemců o umístění. A to přestože se služby domovů pro seniory s novým zákonem o sociálních službách stále více zaměřují směrem od seniorů relativně soběstačných k seniorům se závažnějším postižením tělesným i duševním. Při zřizování oddělení se zvláštním režimem se ústavy sociální péče potýkají s legislativními, personálními, finančními a technickými problémy.

Vedení ústavů rovněž dosud chybí jednotná funkční koncepce těchto oddělení, podle které by se při jejich zakládání mohlo řídit. Problematika OZR se úzce dotýká citlivých otázek lidských práv, zejména v případě omezovacích prostředků. Specializované ústavy mají v případě akutní potřeby medikace nebo užití jiných prostředků k dispozici lékaře a často sídlí v budově obklopené oplocenými pozemky, kde nejsou zamčené dveře budovy nutností. OZR jsou zařízení sociální, nikoliv zdravotní péče, jsou zakládána v budovách, kde se s něčím podobným nepočítalo, které vlastními pozemky často nedisponují a do popředí se dostává na jedné straně otázka bezpečnosti uživatelů, na druhé kvalita jejich života. Vzhledem k tomu, že vznikem OZR zřizovatel řeší problém nedostatečné kapacity specializovaných ústavů, měl by věnovat pozornost rovněž tomu, jakou kvalitu péče na těchto odděleních umožní svým přístupem vedení a personálu Domovů pro seniory poskytovat. Ať už se jedná o investice do zařízení, které by personálu usnadněním práce pomohlo získat více času

pro komunikaci s uživateli, mzdové prostředky umožňující individualizovanou péči, prostředky na ochranný systém, který by zajistil bezpečnost uživatelů, ale zároveň zachovával jejich lidská práva, nebo zajištění pozemků a investic pro vybudování bezpečného vnějšího prostoru a bezpečné bezbariérové přístupové cesty k němu.

Řešení většiny těchto problémů není v možnostech vedení ústavů, ale je v reálných možnostech zřizovatele. Pro zdokonalení dvou uvedených OZR však bylo možné navrhnout i některá rychlá organizační a technická opatření, která mohou zlepšit a usnadnit péči o jejich uživatele a v důsledku toho i kvalitu jejich života.

Práce může sloužit vedení ústavů jako podklad pro drobné organizační a technické změny. S její pomocí lze rovněž poukázat na nedostatky, jejichž náprava je v pravomoci a možnostech zřizovatele.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BAUDYŠ, P., LIBIGER, J. Psychiatrie a etika. 1. vydání. Praha: Galén, 2002. 156 s. ISBN 80-7262-104-1
2. BAYER, A., REBAN, J. Alzheimer's disease and related conditions A dementologist's handbook. 2. přepracované vydání. Rudolfov: MEDEA, 2004. 330 s. ISBN 80-239-2529-6
3. BUIJSSEN, H. Demence, Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. 136 s. ISBN - 80-7367-081-X
4. ČALS, Denní centrum pro lidi postižené demencí - Vážka [on line] [cit. 2007-08-10]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/?PageID=574>
5. ČALS, Doporučení Evropské alzheimerovské společnosti k použití omezujících prostředků v péči o pacienty s demencí, [on line] [cit. 2007-08-10]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/?PageID=551>
6. ČALS, *Charakteristika rezidenčního oddělení Vážka*, [on line] [cit. 2007-08-10]. Platný <http://www.alzheimer.cz/?PageID=575>
7. ČERMÁK, M. Identifikace pacientů ve zdravotnických zařízeních. *Zdravotnické noviny*. Praha: Strategie 2006, roč. 55, č. 4, str. 12-13. ISSN 0044-1996
8. DAVID, I. Deinstitutionalizace v zahraničí se ukázala jako neuvážená. *Zdravotnické noviny*. Praha: Strategie 2006, roč. 55, č. 8, str. 11. ISSN 0044-1996
9. DÖRNER, K., PLOG, U. Bláznit je lidské. 1. vydání Praha: Grada, 1999. 356 s.. ISBN 80-7169-628-5
10. FORTINASH, K. M., HOLODAY WORRET, P. A. Psychiatric Nursing Care Plans. 4. vydání USA, St. Louis (Missouri): Mosby, 2003. 404 s. ISBN 0-323-01482-8
11. FRIEDLOVÁ, K. *Co je to bazální stimulace* [on line] [cit. 2007-08-10]. Dostupné z: http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php, srpen 10, 2007
12. HÖSCHL, C. Psychiatrie je meziresortní obor. *Zdravotnické noviny*. Praha: Strategie 2006, roč. 55, č. 8, str. 9. ISSN 0044-1996

13. JANIŠOVÁ, I. *Práce s klientem s rizikem v chování*, [on line] [cit. 2007-08-08].
Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/4035/manual.pdf>
14. JIRÁK, R. a kol. *Demence*. Praha: MAXDORF, 1999. 226 s. ISBN 80-85800-44-6
15. KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
16. KLIMENTOVÁ, E. Validací terapie jako cesta naplnění standardů kvality sociálních služeb pro klienty staršího věku s poruchami orientace. In: *Autonomie ve stáří*. Ostrava: ZSF Ostravské univerzity v Ostravě, 2004. 245 s. ISBN 80-7326-026-3
17. Komunitní plán sociálních služeb města České Budějovice pro období 2004 - 2008 [on line] [cit. 2007-08-08]. Dostupné z: <http://www.cbudejovice.cz/CZ/04/SocialWork/20041214-001.htm>
18. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1. vydání. Praha: Triton, 2005. 79 s. ISBN 80-7254-662-7.
19. KRAUS, V. Všechno je jen otázka peněz. *Zdravotnické noviny*. Praha: Strategie 2006, roč. 55, č. 4, str. 14. ISSN 0044-1996
20. LIBIGER, J. Obor potřebuje více zdrojů. *Zdravotnické noviny*. Praha: Strategie 2006, roč. 55, č. 8, str. 13. ISSN 0044-1996
21. MPSV. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb* [on line] [cit. 2007-08-10]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/3857>
22. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 – 2007 [on line] [cit. 2007-03-16]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/1057>
23. Národní rada zdravotně postižených ČR. Desatero komunikace s pacienty se zdravotním postižením [on line] [cit. 2007-08-08]. Dostupné z: http://www.rezidencnipece.cz/priloha/RP_02-2006_priloha.pdf, srpen 8, 2007
24. Občanské sdružení pomoci duševně nemocným ČR. *Dopis MPSV - chceme úpravu legislativy pro duševně nemocné*, [on line] [cit. 2007-08-10]. Dostupné z: <http://www.spdn-cr.org/aktuality/dopis-mpsv-chceme-upravu-legislativy-pro-dusevne-nemocne/>

25. Občanské sdružení QUIP. Život do svých rukou [on line] [cit. 2007-08-08].
Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000175.pdf>
26. Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách [on line] [cit. 2007-08-10]. Dostupné z:
http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev2.pdf
27. PĚČ, O. Vycházíme z potřeb pacientů. *Zdravotnické noviny*. Praha: Strategie 2006, roč. 55, č. 8, str. 10. ISSN 0044-1996
28. Prácheňské sanatorium o.p.s. Co je to za nemoc [on line] [cit. 2007-08-12].
Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/6b.htm>
29. Program Zdraví 21: *Zdravé stárnutí, Cíl 6: zlepšení duševního zdraví* [on line] [cit. 2007-08-10]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/data/c2388/lib/Cil_6.pdf
30. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. Psychiatrie. 1. vydání. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8
31. SOUKUPOVÁ, I. Bezbariéroví zdravotníci. *Zdravotnické noviny*. Praha: Strategie 2006, roč. 55, č. 5, str. 12-13. ISSN 0044-1996
32. Standardy kvality sociálních služeb [on line] [cit. 2007-08-08]. Dostupné z:
<http://www.mpsv.cz/cs/3950>
33. TOPINKOVÁ, E. Geriatrie pro praxi. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6
34. United Nations Programme on Ageing. *The Ageing of the World's Population* [on line] [cit. 2007-08-08]. Dostupné z:
(<http://www.un.org/esa/socdev/ageing/popageing.html>)
35. Výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP. *Usnesení ze dne 2.5. 2007*, [on line] [cit. 2007-08-10]. Dostupné z:
<http://www.ceskapsychiatrie.cz/Cz/News.aspx?Id=10&IsArchiv=false>, srpen 10, 2007
36. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách [on line] [cit. 2007-08-12]. Dostupné z:

http://www.sagit.cz/pages/uz.asp?tema_id=1145&cd=160&typ=r&refresh=yes&det=1147&levelid=590950, srpen 12, 2007

37. WALSH, D. Skupinové hry a činnosti pro seniory. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 204 s. ISBN 80-7178-970-4
38. WHO. *What is the effectiveness of old-age mental health services* [on line] [cit. 2007-08-10]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/mentalservice/20040721_11
39. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách: Ostrava: Sagit, podle stavu k 22. 1. 2007, 256 s. ISBN 978-80-7208-608-5.
40. ZGOLA, M. J. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1. vydání. Praha: Grada, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9

8. Klíčová slova

Stárnutí

Demence

Institucionální péče

Integrace

Kvalita a dostupnost péče

Oddělení se zvláštním režimem

9. Přílohy

Příloha č. 1

Test MMSE - Mini Mental State Examination

Test MMSE je standardem pro vyšetřování poruch paměti u demencí. K provedení testu budete potřebovat asi čtvrt hodiny času. Připravte si několik čistých papírů, psací potřeby a hodinky a samozřejmě chvíli času svého blízkého. Vyberte pokud možno klidné prostředí bez rušivých vlivů. Vyžadujte plnou spolupráci testované osoby. Pozorně si přečtěte zadání každého úkolu a připravte se na jednotlivé úkoly. Každou otázku položte nejvýše třikrát. Pokud testovaný neodpovídá, skórujte "0". Akceptujte jakoukoliv odpověď, nepouštějte se do diskusí. Za každou správnou odpověď přiřipíte 1 bod.

1. Orientace

Položte nemocnému následující otázky:

"Které je roční období?"

"Který máme nyní rok?"

"Kolikátého je dnes?"

"Který den v týdnu je dnes?"

"Který je měsíc?"

"Ve kterém jsme městě?"

"Ve kterém jsme okrese?"

"V jaké jsme zemi?"

"Jak se jmenuje místo, kde teď jsme?"

"V kolikátém jsme poschodí?"

2. Opakování a paměť

Upozorněte nemocného, že budete vyšetřovat paměť:

"Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte. Za několik minut se Vás na tyto předměty znovu zeptám."

LOPATA ŠÁTEK VÁZA

"A nyní prosím slova zopakujte."

LOPATA ŠÁTEK VÁZA

Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy dokud si je nezapamatuje. Maximálně však pětkrát. Je to podmínka pro další úkoly.

3. Pozornost a počítání

"Nyní odečtete od 100 vždy číslo 7. Až odečtete pětkrát za sebou, skončete."

93 86 79 72 65

Jestliže testovaný udělá chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

Alternativa: Pokud testovaný nechce počítat, vyzvěte jej:

"Hláskujte pozpátku slovo POKRM."

M R K O P

4. Vybavování

"A teď prosím zopakujte slova, která jsem Vám před chvílí říkal."

LOPATA ŠÁTEK VÁZA

5. Poznání předmětů

"Co je to?" Ukažte hodinky.

"Co je to?" Ukažte tužku.

6. Opakování

Vyzvěte nemocného, aby po Vás opakoval následující větu:

"První pražská paroplavba."

7. Stupňovaný příkaz

Položte před pacienta čistý papír.

"Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej napůl a dejte ho na podlahu."

1. stupeň: uchopení papíru do pravé ruky
2. stupeň: přeložení papíru na polovinu
3. stupeň: položení papíru na podlahu

8. Reakce na psaný pokyn

Napište na papír čitelný pokyn "ZAVŘETE OČI".

Ukažte pacientovi napsaný pokyn a vyzvěte jej:

"Přečtěte, co je tady napsáno, a udělejte to."

9. Psaní

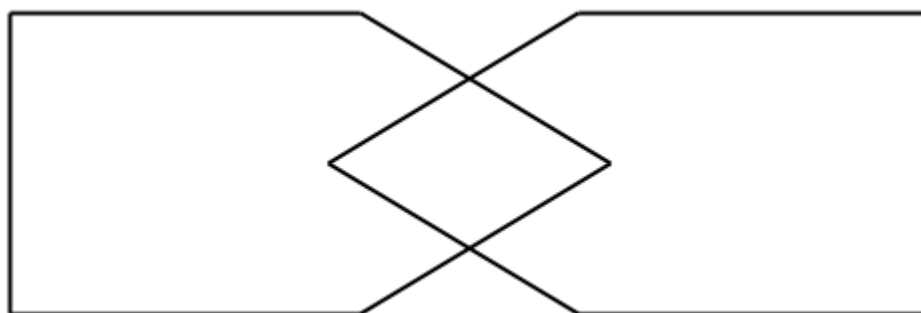
Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej:

"Napište libovolnou větu."

Věta musí být smysluplná a napsaná spontánně. Může obsahovat chyby, ale musí mít podmět a přísudek.

10. Malování podle předlohy

Dejte pacientovi opět papír a psací potřeby. Požádejte ho, aby podle předlohy nakreslil následující obrazec.



Pro započítání bodu musí být zachováno všech 10 úhlů a dva musí být v překřížení.
Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník. Roztřesení a rotace obrazce nevedí.

Celkové skóre (0-30):.....

Hodnocení:

27-30 bodů	bez poruchy kognitivních funkcí
26-25 bodů	hraniční stav
18-24 bodů	lehká demence
9-17 bodů	středně těžká demence
< 9 bodů	těžká demence