



Kraj Vysocina

CURATIO®



TENTO PROJEKT JE SPOLUFINANCOVÁN EVROPSKÝM SOCIÁLNÍM FONDEM A STÁTNÍM ROZPOČTEM ČR

## KDE NÁM UTÍKAJÍ PENÍZE?

### Výsledky dotazníkového výzkumu akreditované vzdělávací instituce CURATIO®

Autoři: PhDr. Marie Hermanová, Ing. Jiří Herman; ([hermanova@curatio.cz](mailto:hermanova@curatio.cz)).

## Souhrn

O stáří se v poslední době mnoho mluví a píše. Má to své důvody. Struktura společnosti se výrazně mění. Stárnoucích a starých lidí na celém světě přibývá. A tito lidé potřebují pomoc. Stáří je etapa života, která je zatížena vysokou nemocností, polymorbiditou, polypragmazií a zhoršováním fyzické a kognitivní zdatnosti a soběstačnosti. Zdravotní stav a invalidita starší populace se u nás trvale zhoršuje. Samostatným problémem se stává výskyt demence u osob nad 65 let.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách upravuje podmínky poskytování pomoci podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Rizika a úskalí posuzování zdravotního stavu seniorů se syndromem demence pro účely sociálních služeb tedy získání příspěvku na péči lze zatím jen předpokládat. Jedná se o nový systém sociálního zabezpečení, se kterým je třeba pracovat tvůrčím způsobem.

Výsledky naší práce ukazují potřebu přehodnotit stávající metodiku práce posudkových lékařů při určování výše příspěvku na péči u seniorů se syndromem demence nebo s demencí.

**Klíčová slova:** příspěvek na péči, senior se syndromem demence, demence, zákon o sociálních službách.

## Úvod

Současné studie ukazují (2), že výskyt demencí stoupá s věkem: v populaci osob starých 75 let se odhaduje výskyt demence na 15%, v populaci starší 80 let roste výskyt na 20 až 40%. Lze očekávat, že tito nemocní pro své chronické a trvale se zhoršující onemocnění s vysokým invalidizujícím potenciálem budou častými klienty zařízení sociálních služeb, především pak domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem.

V letech 2006 – 2008 jsme realizovali v rámci Operačního programu Rozvoje lidských zdrojů (OPRLZ) projekt financovaný Evropským sociálním fondem „Vzdělávací programy pro pracovníky sociální služby“ (více o projektu na [www.curatio.cz](http://www.curatio.cz)). Jeden z připravovaných modulů v našem projektu byl zaměřen na problematiku seniorů se syndromem demence. Během pilotního ověřování jsme zaznamenali požadavky domovů pro seniory na vzdělávání pracovníků v sociálních službách (PSS) v této oblasti a také jsme se často setkávali s názorem, že zařazování klientů se syndromem demence do funkčních skupin podle § 9 zákona číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, neodpovídá skutečnému stavu klienta a že pravděpodobně dochází k zařazení těchto klientů do „levnějších“ funkčních skupin.

Rozhodli jsme se tyto znepokojující informace ověřit.

## 1. Cíl výzkumu

Provedli jsme dotazníkové šetření a zmapovali stav klientů v pobytových zařízeních sociálních služeb. Dotazník jsme sestavili a následně vyhodnocovali s cílem získat následující údaje:

- Celkový počet/procento klientů podle výše přiznaného příspěvku na péči.
- Celkový počet/procento klientů se syndromem demence nebo s diagnostikovanou demencí.
- Počet ošetřovatelských intervencí u klientů, které provádí všeobecné sestry v sociálních službách u jednotlivých funkčních skupin klientů.
- Porovnání výsledků našeho dotazníku se statistikou zřizovatele domovů pro seniory.

Výsledky dotazníku lze využít pro:

- Potvrzení potřeby a počtu lůžek pro klienty s demencí pro oddělení se zvláštním režimem.
- Zdůvodnění důležitosti vzdělávání PSS v problematice péče o seniory se syndromem demence a s demencí.
- Stanovení počtu/procenta seniorů podle výše příspěvku na péči, kteří potřebují ošetřovatelské intervence.
- Podle výše příspěvku na péči specifikovat ošetřovatelské intervence.

## 2. Metoda výzkumu

Výzkum byl realizován díky významné pomoci a ve spolupráci s Odborem sociálních věcí a zdravotnictví Krajského úřadu kraje Vysočina a účastníky šetření byla všechna pobytová zařízení sociální služby - domovy pro seniory, jejichž zřizovatelem je kraj Vysočina. Výzkum probíhal v červnu 2007 a zapojilo se do něho 12 zařízení s celkovým počtem 1439 klientů.

Výchozí a nejdůležitější podmínkou dotazníku bylo, že musí vycházet ze standardně používaného hodnocení seniorů. Při sestavování dotazníku jsme proto použili metodiku:

- Test základních všedních činností podle Barthelové (Topinková E., Geriatrie v praxi, Galén 2005),
- Mini-Mental State Examination (Topinková E., Geriatrie v praxi, Galén 2005).

Před vlastním zahájením dotazníkového průzkumu jsme měli v prostorách KÚ kraje Vysočina setkání s vedoucími ošetřovatelských úseků a vrchními sestrami vybraných domovů pro seniory. Na této schůzce byly účastníci seznámeni s cílem výzkumu a s obsahem připraveného dotazníku. Na základě jejich zpětné vazby byla provedena korektura připraveného dotazníku a doplněny údaje, které by měly pomoci splnit cíle výzkumu.

V tabulce 1 přikládáme dotazník funkčního hodnocení klienta, který byl ve výzkumu použit. Jednotlivé položky dotazníku byly sestaveny tak, aby umožnily objektivně klienta vyhodnotit, aby odrážely jeho funkční zdatnost jak v rovině fyzické, tak kognitivní a současně korespondovaly s metodikou posuzování zdravotního stavu klienta, kterou používají obecní úřady obcí s rozšířenou působností pro účely stanovení výše příspěvků klientů na péči. Vyplněním dotazníku byly pověřeny všeobecné sestry v přímé obslužné péči, které nejlépe znají celkový stav svých klientů. Všeobecné sestry měly za úkol v každé otázce 1 až 19 zakroužkovat vždy pouze jednu odpověď.

Rovněž jsme kladli důraz na fakt, že sestrou hodnocené činnosti se musí posuzovat v duchu zákona o sociálních službách – aby byl klient označen jako **způsobilý** vykonávat určitou činnost, musí tuto činnost dokázat **vykonávat samostatně, spolehlivě, opakovaně a dlouhodobě**.

V závěru náš dotazník obsahuje výčet výkonů odbornosti 913, které u dotazovaného klienta provádí všeobecná sestra v sociálních službách.

Z důvodů ochrany osobních údajů nebyl v dotazníku klient jmenován, ale vyplněné dotazníky se nám vracely pouze očíslované, tedy anonymní.

Tabulka 1: Dotazník funkčního hodnocení klienta.

1	Chůze po rovině	<input type="checkbox"/> bez pomoci	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede
2	Přesun na lůžko/židli, invalidní vozík a zpět	<input type="checkbox"/> bez pomoci	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede
3	Najedení a napití se	<input type="checkbox"/> bez pomoci	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede
4	Osobní hygiena	<input type="checkbox"/> bez pomoci	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede
5	Oblékání / svlékání	<input type="checkbox"/> bez pomoci	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede
6	Použití WC	<input type="checkbox"/> bez pomoci	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede
7	Udržování pořádku	<input type="checkbox"/> bez pomoci	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede
8	Samostatné nákupy věcí denní potřeby, placení v obchodě	<input type="checkbox"/> bez pomoci	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede
9	Ohřát vodu a uvařit si kávu, vypnout sporák	<input type="checkbox"/> bez pomoci		<input type="checkbox"/> neprovede
10	Udržovat pozornost, porozumět a hovořit o TV programech, časopisech	<input type="checkbox"/> bez pomoci		<input type="checkbox"/> neprovede
11	Hraní společenských her	<input type="checkbox"/> bez pomoci	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede
12	Pamatovat si současné události	<input type="checkbox"/> bez pomoci		<input type="checkbox"/> neprovede
13	Pamatovat si jména, rodinné události, svátky, léky a jejich užívání	<input type="checkbox"/> bez pomoci		<input type="checkbox"/> neprovede
14	Komunikace	<input type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> mluvení nebo porozumění porušeno, porucha sledování konverzace	<input type="checkbox"/> ztráta schopnosti porozumět mluvenému slovu a mluvit
15	Emoce	<input type="checkbox"/> normální reakce	<input type="checkbox"/> porucha (např. při depresi)	<input type="checkbox"/> nejsou přítomny
16	Udrží si své zájmy, koníčky a záliby	<input type="checkbox"/> bez pomoci	<input type="checkbox"/> s pomocí	<input type="checkbox"/> neprovede
17	Noční klid, denní/noční rytmus	<input type="checkbox"/> normální	<input type="checkbox"/> budí se v důsledku péče (polohování, výměna pln, aj.)	<input type="checkbox"/> potřebuje dohled (neklidný)
18	Sociální chování	<input type="checkbox"/> společenské	<input type="checkbox"/> slovně agresivní	<input type="checkbox"/> fyzicky agresivní
19	Prostorová orientace	<input type="checkbox"/> orientován	<input type="checkbox"/> ztrácí se na neznámých místech	<input type="checkbox"/> ztrácí se na známých místech

**U DOTAZOVANÉHO KLIENTA PROVÁDÍME (alespoň 1x týdně):**

20. Odběr nebo orientační vyšetření biologického materiálu (alespoň 1x za 3 měsíce) .....
21. Aplikace injekcí i.m., s.c. včetně Inzulínu .....
22. Aplikace léčebné terapie ústy, do očí, nosu, uší .....
23. Příprava a aplikace ordinované infuzní terapie .....
24. Aplikace inhalační léčebné terapie včetně kyslíkové terapie .....
25. Péče o ránu .....
26. Klyzma, laváže, ošetření permanentních katétrů, zavádění perm. kat. u žen (alespoň 1x za měsíc) .....
27. Zavádění nasogastrické sondy .....
28. Péče o sondu (PEG) .....
29. Vyšetření stavu pacienta přístrojem (např. EKG, glykémie) .....
30. Ošetření kožních lézí přístrojem .....
31. Edukace klienta pro aplikaci Inzulínu .....
32. Ošetření stomií .....
33. Měření TK (alespoň 1x za měsíc) .....
34. DOPLŇTE pro tohoto klienta další prováděné činnosti, za které je zodpovědná všeobecná sestra:

.....

### 3. Harmonogram

Dotazníkový výzkum se uskutečnil v rámci projektu OPRLZ a času nebylo nazbyt, proto jsme měli poměrně nabitý harmonogram pro výzkum a vyhodnocení:

1. Dotazníkové šetření proběhlo v domovech pro seniory, jejichž zřizovatel je kraj Vysočina, v květnu a červnu 2007.
2. Statistické vyhodnocení dotazníku jsme provedli v červnu až srpnu 2007. Pro zajímavost uvádíme, že jsme zpracovali cca 31500 položek.
3. První výsledky dotazníkového šetření byly k dispozici v září až říjnu 2007.
4. Porovnání našich výsledků dotazníku s databází kraje Vysočina jsme provedli v prosinci 2007.

### 4. Vyhodnocení dotazníku

Při vyhodnocování dotazníku jsme se snažili zachovat kompatibilitu s posuzováním klientů podle § 9 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění. Z tohoto důvodu jsme museli přiřadit otázky našeho dotazníku k významově shodným kritériím § 9 zákona č. 108/2006 Sb.; zároveň jsme brali do úvahy i bližší vymezení jednotlivých úkonů a způsob jejich hodnocení, tak jak jsou uvedeny ve vyhlášce č. 505/2006 Sb.

Pro lepší přehlednost a názornost uvádíme převodní tabulku 2. V prvním sloupci jsou položky z § 9 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který definuje metodiku posuzování zdravotního stavu klienta určenou obecním úřadům obcí s rozšířenou působností. Ve druhém sloupci jsou uvedena čísla položek našeho dotazníku, které nejvíce odpovídají položce uvedené v zákoně.

Tabulka 2: Přiřazení úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti k dotazníku

1. PÉČE O VLASTNÍ OSOBU (§ 9 zákona č. 108/2006 Sb.)		odpovídající otázky v dotazníku
a)	příprava stravy	9
b)	podávání a porcování stravy	3
c)	přijímání stravy, dodržování pitného režimu	3
d)	mytí těla	4
e)	koupání nebo sprchování	4
f)	péče o ústa, vlasy, nehty, holení	4
g)	výkon fyziologické potřeby včetně hygieny	6
h)	vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh	2
i)	sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě	2
j)	stání, schopnost vydržet stát	2
k)	přemísťování předmětů denní potřeby	7
l)	chůze po rovině	1
m)	chůze po schodech nahoru a dolů	1
n)	výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení	5
o)	oblékání, svlékání, obouvání, zouvání	5
p)	orientace v přirozeném prostředí	19
q)	provedení si jednoduchého ošetření	13
r)	dodržování léčebného režimu	13

2. SOBĚSTAČNOST (§ 9 zákona č. 108/2006 Sb.)		odpovídající otázky v dotazníku
a)	komunikace slovní, písemná, neverbální	10
b)	orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí	19
c)	nakládání s penězi nebo jinými cennostmi	8
d)	obstarávání osobních záležitostí	10
e)	uspořádání času, plánování života	12
f)	zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku	16
g)	obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování)	8
h)	vaření, ohřívání jednoduchého jídla	9
i)	mytí nádobí	7
j)	běžný úklid v domácnosti	7
k)	péče o prádlo	7
l)	přepírání drobného prádla	7
m)	péče o lůžko	7
n)	obsluha běžných domácích spotřebičů	9
o)	manipulace s kohouty a vypínači	9
p)	manipulace se zámkem, otevírání, zavírání oken a dveří	9
q)	udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady	7
r)	další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti	7

Pro zajištění maximální možné objektivity hodnocených údajů bylo třeba otázkám 1 až 19 našeho dotazníku přiřadit jejich číselnou hodnotu - body, na základě kterých bychom provedli následné rozdělení klientů do funkčních skupin podle jejich schopnosti provádět jednotlivé úkony.

Na tomto místě si dovolíme malé odbočení a zopakujeme si metodiku pro posuzování klienta. Při hodnocení schopnosti provádět úkony se hodnotí vždy řada činností, které jsou obsahem každého úkonu a k prokázání neschopnosti postačuje prokázání neschopnosti zvládat alespoň jednu z činností. Neschopnost zvládat úkon může být zjištěna v oblasti psychické (rozpoznání potřeby úkonu), v oblasti fyzické (úkon provést) nebo v oblasti psychické či smyslové (ověřit správnost provedení úkonu).

**Za neschopnost se považuje takový stav, kdy posuzovaná osoba není schopna DLOUHODOBĚ, SAMOSTATNĚ, SPOLEHLIVĚ A OPAKOVANĚ rozpoznat potřebu úkonu nebo úkon fyzicky provádět, případně provádět kontrolu správnosti provádění úkonu, a proto potřebuje pomoc nebo dohled jiné fyzické osoby.**

Při hodnocení úkonů pro účely stanovení stupně závislosti podle § 8 zákona č. 108/2006 Sb. se úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti sčítají. Pokud je osoba schopna zvládnout některý z úkonů uvedených v tabulce 2 jen **částečně** (= osoba nezvládá alespoň jednu z činností uvedených ve vymezení úkonu), považuje se takový úkon pro účely hodnocení za **úkon, který není schopna zvládnout**.

Vraťme se k přiřazení otázek našeho dotazníku k významově shodným kritériím § 9 zákona č. 108/2006 Sb. a k určení bodové hodnoty každé dotazníkové položky. V tabulce 3 přinášíme kompletní přehled přiřazení dotazníkových otázek. Celkový součet bodového ohodnocení klienta vychází z kladně zodpovězených otázek (1 bod PROVEDE, 0 bodů PROVEDE ČÁSTEČNĚ, 0 bodů NEPROVEDE). Postupovali jsme následujícím způsobem:

Dotazník, otázka 1. Chůze po rovině v zásadě odpovídá dvěma položkám v tabulce 2, a to položce 1L a 1M. Proto jsou otázce dotazníku č. 1 přiděleny dva body;

pokud klient tuto činnost provede, dostává dva body, pokud tuto činnost neprovede nebo ji provede pouze částečně, dostává nula bodů.

Dotazník, otázka 2. Přesuny v zásadě odpovídají třem položkám v tabulce 2, a to 1H, 1I a 1J. Proto jsou otázky dotazníku č. 2 přiděleny tři body; pokud klient tuto činnost provede, dostává tři body, pokud tuto činnost neprovede nebo ji provede pouze částečně, dostává nula bodů. Atd.

Při pohledu na tabulku 3 si dovolíme prohlásit, že **hodnotící kritéria zákona č. 108/2006 Sb. pro přiznání výše příspěvku na péči jsou nastavena nevhodně**. Na některé (obdobné) činnosti se zákon dotazuje vícekrát (např. hygiena, péče o domácnost, běžné činnosti v domácnosti), na některé dovednosti klienta se zákon, resp. posudkový lékař a hodnotící sociální pracovník, neptá vůbec (např. poruchy nálady - deprese, stavy úzkosti nebo poruchy chování).

Výše uvedené prohlášení lze zevšeobecnit. V hodnocení klientů podle zákona o sociální službě dominuje fyzická oblast (činnosti denní potřeby ve vztahu k osobě samé a k jejímu prostředí/domácnosti). Minimálně je zde řešena oblast psycho-sociální a právě v této oblasti najdeme příznaky syndromu demence, které představují pro nemocného a jeho okolí významný problém a zátěž, a ve většině případů jsou tyto stavy důvodem přijetí do pobytového zařízení sociální služby.

Jedním z cílů dotazníku bylo určit počet klientů s demencí nebo se syndromem demence, proto jsme v tabulce 3 označili úkony, které jsme pro toto hodnocení klientů použili. Z našeho pohledu dotazované položky 10, 12, 13, 19 lze označit jako jisté známky demence.

Tabulka 3:

OTÁZKY V DOTAZNÍKU		odpovídající úkony dle § 9 zák. č. 108/2006 Sb. včetně bodové hodnoty otázky pro statistiku	jisté příznaky demence	
1	Chůze po rovině	1L, 1M	2	
2	Přesun na lůžko/židli, invalidní vozík a zpět	1H, 1I, 1J	3	
3	Najedení a napití se	1B, 1C	2	
4	Osobní hygiena	1D, 1E, 1F	3	
5	Oblékání / svlékání	1N, 1O	2	
6	Použití WC	1G	1	
7	Udržování pořádku	1K, 2I, 2J, 2K, 2L, 2M, 2Q, 2R	8	
8	Samostatné nákupy věcí denní potřeby, placení v obchodě	2C, 2G	2	
9	Ohřát vodu a uvařit si kávu, vypnout sporák	1A, 2H, 2N, 2O, 2P	5	
10	Udržovat pozornost, porozumět a hovořit o TV programech, časopisech	2A, 2D	2	X
11	Hraní společenských her			
12	Pamatovat si současné události	2E	1	X
13	Pamatovat si jména, rodinné události, svátky, léky a jejich užívání	1Q, 1R	2	X
14	Komunikace			
15	Emoce			
16	Udržuje si své zájmy, koníčky a záliby	2F	1	
17	Noční klid, denní/noční rytmus			
18	Sociální chování			
19	Prostorová orientace	1P, 2B	2	X

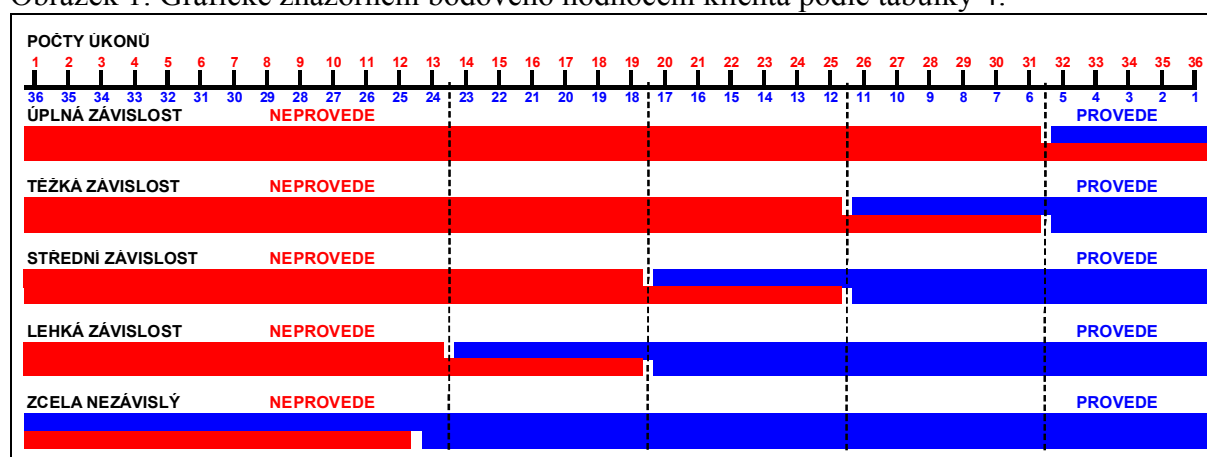
Na výstupu dotazníkového šetření už pracujeme s bodovým hodnocením klienta, které je kompatibilní s posuzováním klienta dle zákona o sociálních službách, viz tabulka 4. Větší názornost rozdělení do funkčních skupin podle bodového hodnocení získáme z obrázku 1.

*Poznámka: Upozorňujeme na lehce matoucí terminologii zákona o sociálních službách, který říká, že např. klient je posuzován jako lehce závislý, pokud **nezvládá více jak 12 úkonů**. V praxi to znamená, že zvládne-li 12 úkonů, je zařazen do zcela nezávislých; aby byl zařazen jako lehce závislý, musí nezvládat 13 úkonů a více.*

Tabulka 4: Bodové hodnocení klienta (= součet všech úkonů, které klient **provede**)

	bodové hodnocení klienta od - do		funkční skupina
úplná závislost	0	5	IV
těžká závislost	6	11	III
střední závislost	12	17	II
lehká závislost	18	23	I
zcela nezávislý	24	36	---

Obrázek 1: Grafické znázornění bodového hodnocení klienta podle tabulky 4:



## 5. Výsledky výzkumu 1: rozdělení do skupin podle závislosti.

Do statistického hodnocení vstupovalo 1439 dotazníků, během zpracování bylo z důvodu neúplného vyplnění dotazníku v bodech 1 až 19 vyřazeno 112 dotazníků (7,8%).

Jako první krok jsme vyhodnotili jednotlivé dotazníky a rozdělili klienty do pěti funkčních skupin, viz tabulka 5.

Tabulka 5: Výsledky dotazníkového šetření, statistika CURATIO.

	zcela nezávislý 0 Kč	lehká závislost 2000 Kč	střední závislost 4000 Kč	těžká závislost 8000 Kč	úplná závislost 11000 Kč	Celkem
Domov pro seniory						
Havlíčkův Brod	9	10	7	14	14	54
Ždírec	12	9	15	20	55	111
Onšov	7	5	9	7	14	42
Proseč-Obořiště	17	9	5	10	23	64
Proseč u Pošné	9	8	6	18	22	63
Humpolec	40	14	22	45	42	163
Třebíč-Koutkova,Kubešova	49	11	17	31	50	158
Třebíč - Manž.Curierových	48	16	19	29	72	184
Velký Újezd	25	23	15	24	34	121
Náměšť n/Oslavou	38	6	13	12	15	84
Mitrov	15	8	18	20	63	124
Velké Meziříčí	12	17	13	29	88	159
<b>celkem</b>	<b>281</b>	<b>136</b>	<b>159</b>	<b>259</b>	<b>492</b>	<b>1327</b>
<b>%</b>	<b>21,2%</b>	<b>10,2%</b>	<b>12,0%</b>	<b>19,5%</b>	<b>37,1%</b>	<b>100,0%</b>

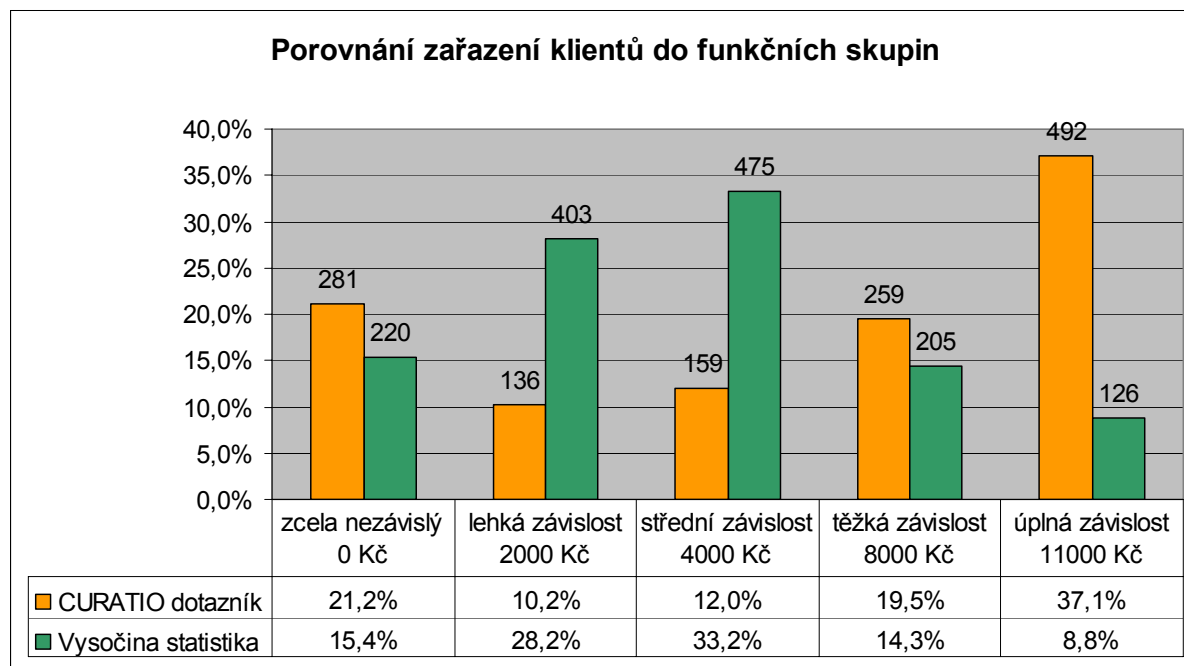
Další krokem bylo porovnání našich výsledků se statistikou kraje Vysočina, kterou nám poskytl Odbor sociálních věcí a zdravotnictví Krajského úřadu kraje Vysočina a která byla platná k 30. červnu 2007, viz tabulka 6.

Tabulka 6: Statistika kraje Vysočina k 30. 6. 2007. *Tabulka obsahuje počty klientů, kteří byli zařazeni posudkovými lékaři ke dni 30.6.2007 do některé z funkčních skupin podle výše příspěvku na péči.*

Počet klientů	0 Kč	2 000 Kč	4 000 Kč	8 000 Kč	11 000 Kč	Celkem
DD Havlíčkův Brod	8	15	24	8	13	68
DD Ždírec	5	46	49	15	1	116
DD Onšov	5	8	21	7	0	41
DD Proseč Obořiště	8	16	34	11	1	70
DD Proseč u Pošné	9	24	20	10	3	66
DD Humpolec	17	50	85	31	8	191
DD Třebíč Koutkova	20	77	48	24	6	175
DD Třebíč Curieových	83	32	52	24	4	195
DD Velký Újezd	21	59	32	17	5	134
DD Náměšt nad Oslavou	13	29	28	9	9	88
DD Mitrov	8	23	32	23	41	127
DD Velké Meziříčí	23	24	50	26	35	158
<b>Celkem</b>	<b>220</b>	<b>403</b>	<b>475</b>	<b>205</b>	<b>126</b>	<b>1429</b>
<b>%</b>	<b>15,4%</b>	<b>28,2%</b>	<b>33,2%</b>	<b>14,3%</b>	<b>8,8%</b>	<b>100,0%</b>



Graf 1: Porovnáním dotazníku CURATIO (tabulka 5) a údajů z kraje Vysočina (tabulka 6) získáme následující graf.



Na základě vyhodnocení a porovnání dat z dotazníkového šetření a poskytnutých informací Odboru sociálních věcí a zdravotnictví Krajského úřadu kraje Vysočina konstatujeme, že dochází k výraznému rozporu v zařazení klientů do skupin, ve kterých má klient nárok na příspěvek na péči v neprospěch zřizovatele, tedy v neprospěch zařízení sociální služby.

Položili jsme si otázku, proč se naše výsledky výrazně liší od statistiky kraje. Možné odpovědi jsou tyto:

1. Zákon o sociálních službách platí od 1. ledna 2007. Zrušil tři úrovně bezmocnosti a transformoval je do nových čtyř funkčních skupin příspěvků na péči: **částečně bezmocné** osoby se nově zařadily do stupně I, osoby **převážně bezmocné** se dostaly do stupně II, osoby **úplně bezmocné** se nově zařadily do funkční skupiny III. Do stupně IV se klienti **úplně závislí na cizí pomoci** zařazují postupně, na základě žádosti. Lhůty pro posouzení žádosti a pro vydání rozhodnutí o příspěvku jsou 60 dnů pro obecní úřad, který rozhoduje o dávce, plus dalších 30 dnů pro úřad práce, který posuzuje zdravotní stav. Tyto časové prodlevy mohou částečně zdůvodnit odchylky našich výsledků od krajské statistiky a nižší počty klientů ve IV funkční skupině úplná závislost.
2. Vědomé či nevědomé „zhoršování“ stavu klienta sestrami. Ačkoliv sestry byly poučeny o cílech výzkumu a byly požádány o maximální možnou objektivitu při vyplňování dotazníků, nelze zcela vyloučit občasně nebo náhodně horší zhodnocení stavu klienta.
3. Vědomé či nevědomé „zlepšování“ stavu klienta posudkovými lékaři. Zařazení klientů do funkčních skupin je zcela v rukou posudkových lékařů. Je logické se domnívat, že při stávajícím napjatém státním rozpočtu a při obecném chronickém nedostatku peněz v sociálních službách nebudou posudkoví lékaři klienty masivně zařazovat do vyšších, tedy dražších, funkčních skupin.

Aby bylo možno tyto důvody potvrdit či vyvrátit, bude nutné dotazníkový průzkum s odstupem času zopakovat. Vzhledem k náročnosti realizace se jako vhodný způsob provedení opakovaného šetření jeví opět projekt dotovaný z Evropského sociálního fondu.

## 6. Kde nám utíkají peníze?

Odpověď na úvodní otázku je jednoduchá. Stačí provést prostý součet příspěvků na péči, který měl Kraj Vysočina k dispozici ke 30.6.2007 a porovnat s prostým součtem příspěvků, které by mohly náležet klientům dle výsledku našeho šetření.

Kraj Vysočina, celkem 1429 klientů:

$$403 \times 2000 + 475 \times 4000 + 205 \times 8000 + 126 \times 11000 = \underline{\underline{5\,732\,000\,Kč}}$$

Dotazníkové šetření CURATIO, celkem 1327 klientů:

$$136 \times 2000 + 159 \times 4000 + 259 \times 8000 + 492 \times 11000 = \underline{\underline{8\,392\,000\,Kč}}$$

Rozdíl je 2 660 000 Kč v neprospěch kraje Vysočina. Přepočteme-li rozdíl na jednoho klienta, **v průměru by měl zřizovatel (kraj Vysočina) dostávat měsíčně o 2000 Kč více za každého svého klienta.** Vypočtený rozdíl by byl ještě větší, kdybychom nemuseli z důvodu neúplně vyplněných dotazníků vyřadit z hodnocení celkem 112 klientů.

## 7. Výsledky výzkumu 2: rozdělení do skupin dle jistých známek demence.

Demence je tvořena třemi základními skupinami symptomů. Jde o narušení kognitivních funkcí (především narušení intelektu a paměti osobnosti), dále narušení aktivit denního života a poruchy chování. Ve výzkumu jsme se zaměřili na četnost klientů s těmito charakteristickými příznaky a shodně s klasifikací klinického obrazu demencí podle Naomi Feil (1) jsme je rozdělili do čtyř skupin podle stupně postižení na demenci nejistou, počínající, rozvíjející se a rozvinutou.

V dotazníku jsme určili položky, které jsme pracovníčně označili jako **jisté známky demence**, které jsou obsaženy v dotazníku v položkách č. 10, 12, 13, 19.

### I. stádium – NEJISTÁ DEMENCE

Často přehlédnuto, osoby se drží svých předepsaných společenských rolí, uvědomují si selhávání krátkodobé paměti.

Do skupiny seniorů s nejistou demencí jsme zařadili všechny klienty, kteří měli hodnocení *NEPROVEDE* pouze **v jedné z položek** s jistými příznaky demence. Celkový počet seniorů s nejistou demencí byl stanoven na 197.

### II. stádium – POČÍNÁJÍCÍ DEMENCE

Zhoršování mentálních funkcí se začínajícími změnami osobnosti, poruchami chování. Ztráta sociálních kontaktů.

Do skupiny seniorů s počínající demencí jsme zařadili všechny klienty, kteří měli hodnocení *NEPROVEDE* **ve dvou položkách** s jistými příznaky demence. Celkový počet seniorů s počínající demencí byl stanoven na 106.

### III. stádium – ROZVÍJEJÍCÍ SE DEMENCE

Potíže s vyjadřováním, kontinencí, mohou se objevit halucinace, bludy. Emočně nestabilní. Žádné sociální kontakty.

Do skupiny seniorů s rozvíjející se demencí jsme zařadili všechny klienty, kteří měli hodnocení *NEPROVEDE* ve **třech položkách** s jistými příznaky demence. Celkový počet seniorů s rozvíjející se demencí byl stanoven na 135.

### IV. stádium – ROZVINUTÁ DEMENCE / přežívání

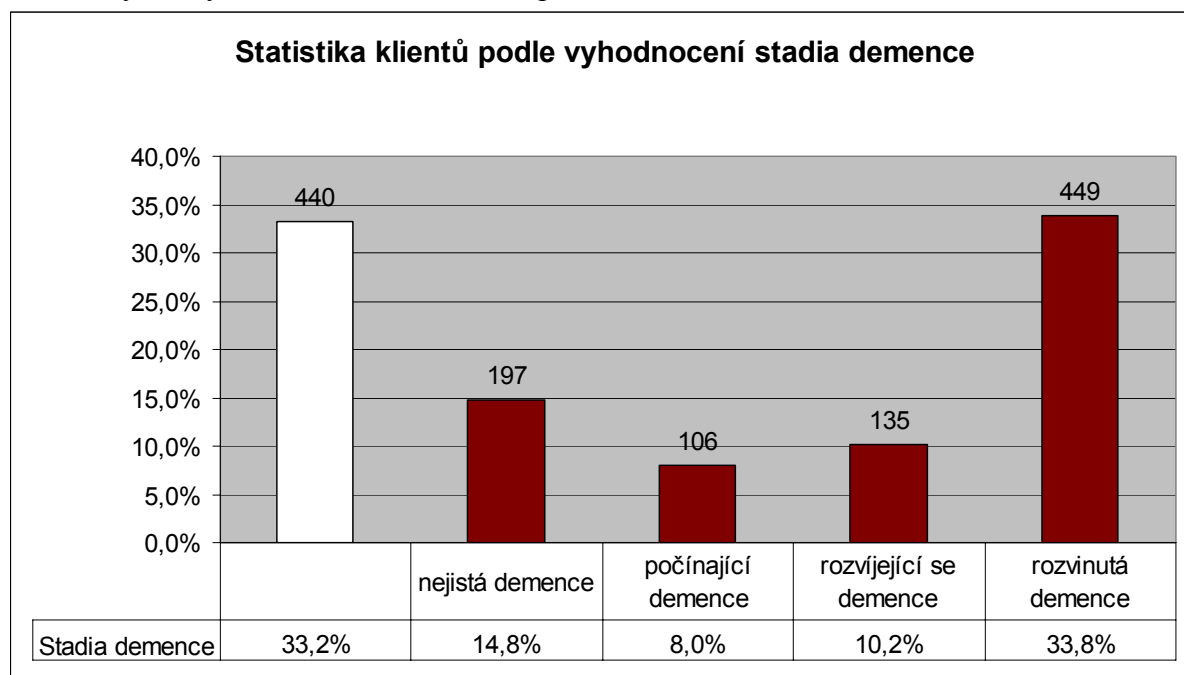
Nejsou přítomny žádné nezávislé funkce. Osoby žijí ve svém světě, jsou plně závislé na pečovateli.

Do skupiny seniorů trpících rozvinutou demencí jsme zařadili všechny klienty, kteří měli hodnocení *NEPROVEDE* ve **všech čtyřech položkách** s jistými příznaky demence. Celkový počet seniorů s rozvinutou demencí byl stanoven na 449.

### KLIENTI BEZ DEMENCE

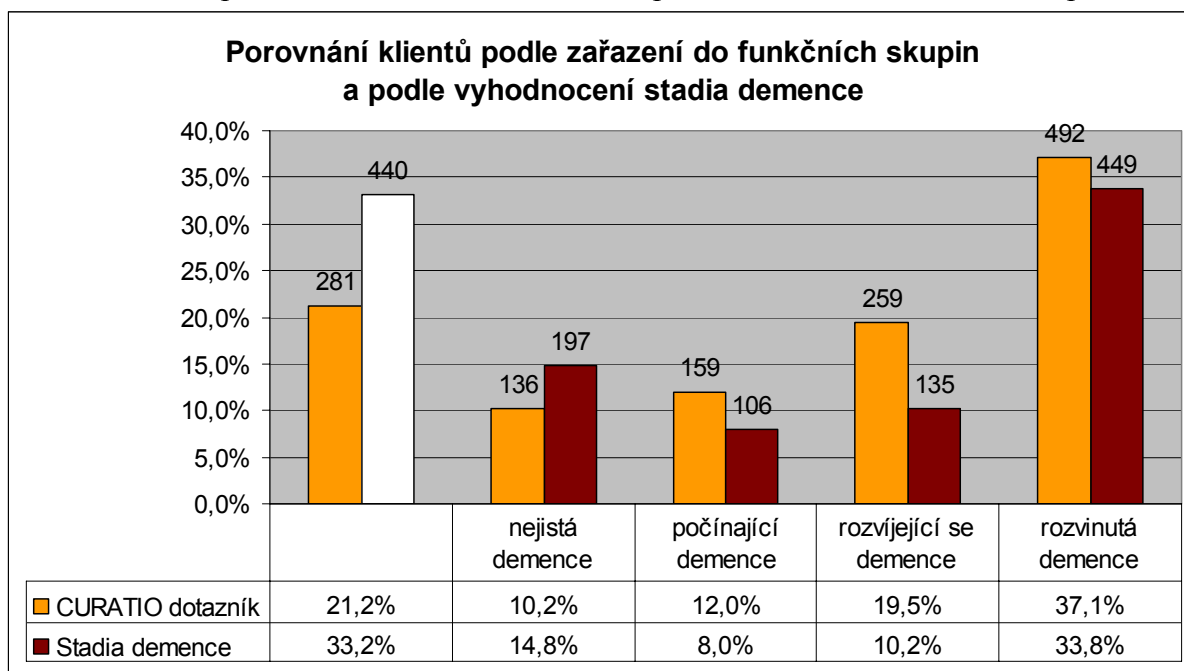
Měli ve všech čtyřech položkách hodnocení *PROVEDE* a jsou tedy z pohledu demence zcela bez symptomů. Celkový počet seniorů bez demence byl stanoven na 440.

Graf 2: Výsledky dotazníkového šetření - počet klientů s demencí



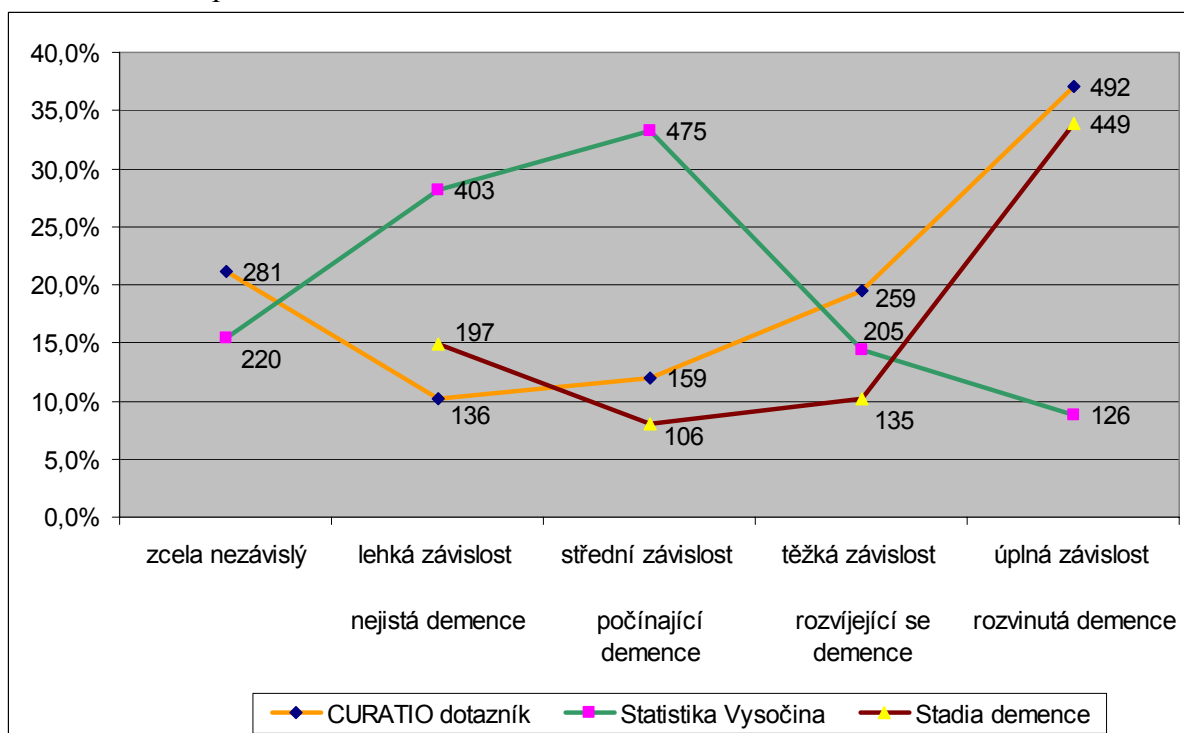
Následně jsme provedli přímé srovnání počtu klientů s demencí a klientů podle jejich zařazení do funkčních skupin, viz graf 3. Je pozoruhodné, že křivky obou grafů (Zařazení klientů do funkčních skupin a Vyhodnocení klientů podle stadia demence) vykazují obdobné charakteristiky.

Graf 3: Srovnání počtu klientů s demencí a klientů podle zařazení do funkčních skupin.



Poslední graf 4 této části dotazníkového šetření přináší shrnutí a celkové porovnání všech sledovaných položek. Opravdu velmi zářející je křivka statistiky kraje Vysočina, která má zcela opačný průběh než výsledky dotazníku.

Graf 4: Celkové porovnání



## 8. Ošetřovatelské intervence.

V případě, že chceme opravdu zodpovědně nalézt odpověď na otázku „Kde nám utíkají peníze“, myslíme, že je třeba se podívat i na výkony odbornosti 913. Jsou opravdu všechny činnosti, které všeobecná sestra v sociálních službách klientům provádí, nezbytné? Jsou výkony odbornosti 913 indikovány? Dostává se všem klientům odpovídající péče?

Položky v dotazníku 20 až 34 byly zaměřeny právě na množství a druh prováděných ošetřovatelských činností v rámci odborné práce všeobecných sester u klientů.

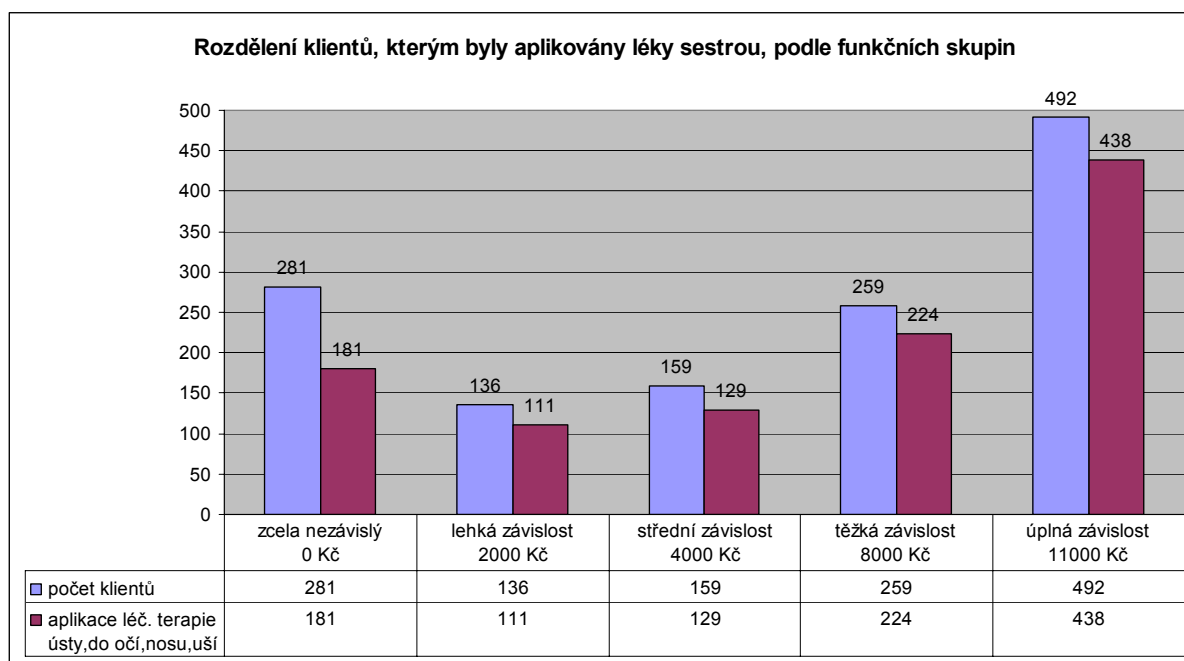
Výsledky dotazníku nám ukázaly, že sestry provádí také činnosti, které výkonům odbornosti 913 nepřislouží. Nejčastěji byly uváděny intervence jako: kontrola při jídle, koupání nebo polohování klienta.

Pro názornost uvádíme graf 5, který ukazuje **četnost ošetřovatelské intervence Podávání léků (kód 06623)**.

Z celkového počtu 281 zcela nezávislých klientů dostává 181 klientů léky od všeobecných sester. Nabízí se otázka indikace takového výkonu; jinými slovy řečeno, proč si zcela nezávislý klient nebere léky sám?

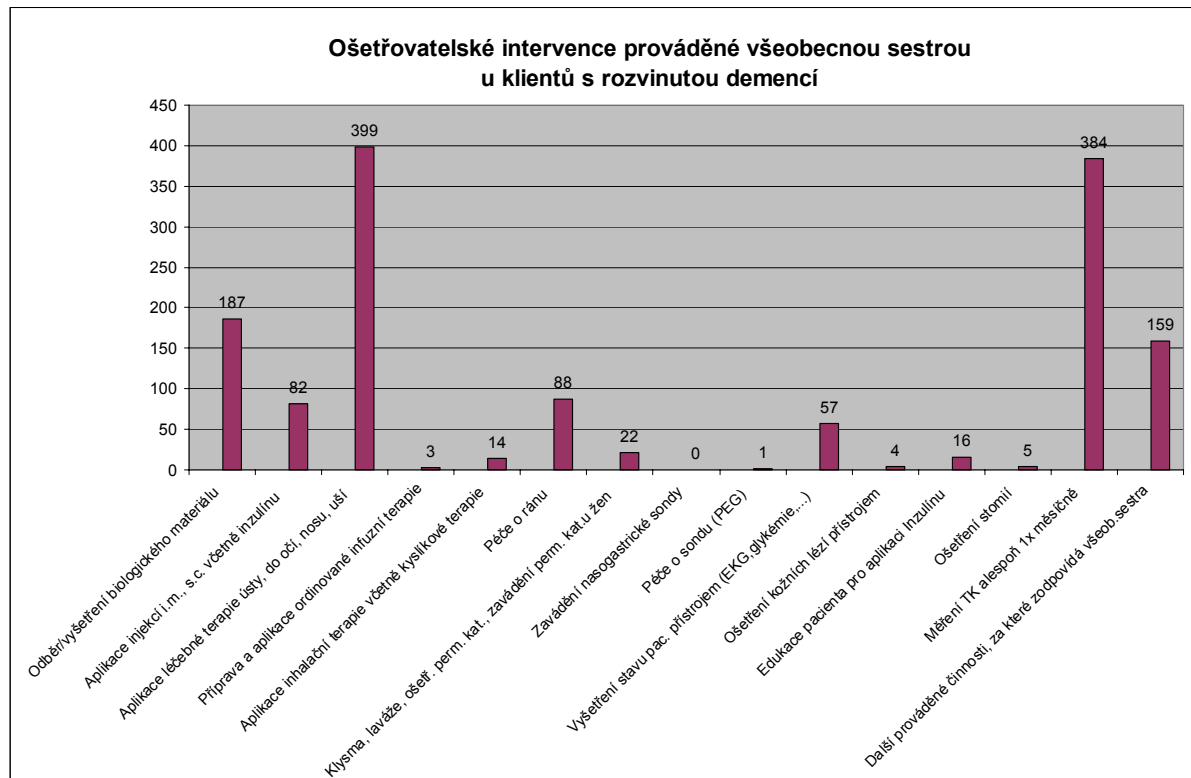
Na opačné straně grafu bychom očekávali, že všichni úplně závislí klienti budou dostávat léky od všeobecných sester.

Graf 5: Podávání léků klientům



Rovněž jsme se podívali, jaké se provádějí **ošetřovatelské intervence u klientů s demencí**.

Graf 6: Ošetřovatelské intervence - podávání léků sestrou u klientů s rozvinutou demencí



Při šetření, do jaké míry je u klientů s rozvinutou demencí zajištěna jedna ze základních ošetřovatelských intervencí - podávání léků sestrou, jsme zjistili, že **z celkového počtu 449 klientů pouze 399 z nich dostává léky od všeobecných sester**. Domníváme se, že v případě, že klient s demencí musí pravidelně užívat léky, by se jednalo o problém, který by mohl být posuzován jako zanedbání základní odborné péče ze strany zařízení.

## 9. Srovnání našich výsledků s jinými nezávislými šetřeními.

Samozřejmě nás zajímalo, jak jsou naše výsledky použitelné v praxi, zda dostatečně přesně vyjadřují skutečný stav v domovech pro seniory, zda je možné s výsledky dále pracovat. Hledali jsme obdobné studie a data pro porovnání.

Na konferenci „Restriktivní opatření“, kterou uspořádala Asociace poskytovatelů sociálních služeb dne 26. června 2008 v Táboře, vystoupila ředitelka pražského Gerontocentra MUDr. Iva Holmerová, Ph.D. se sdělením „Strategie a přístupy k lidem s demencí“. V této přednášce prezentovala statistiku výskytu demence u seniorů v domově pro seniory se zvláštním režimem, kterou získala při výzkumu reminiscenční a taneční terapie u 124 klientů v tomto domově. Ačkoliv neznáme detaily výzkumu a způsob vyhodnocení, jsou výsledky MUDr. Holmerové natolik zajímavé, že je zde v tabulce 7 citujeme.

Tabulka 7: Srovnání výsledků našeho šetření s výzkumem pražského Gerontocentra

	bez známek demence	nejistá demence + počínající demence	rozvíjející se + rozvinutá demence
<b>CURATIO</b> (n = 1327)	<b>33,2 %</b>	<b>22,8 %</b>	<b>44 %</b>
	bez známek demence	lehké známky demence	demence
<b>I. Holmerová</b> (n = 124)	<b>38 %</b>	<b>19 %</b>	<b>43 %</b>

Z tabulky jasně vyplývá, že naše výsledky a výsledky MUDr. Holmerové si jsou velmi podobné. Skutečný stav klientů v domovech pro seniory je opravdu neradostný a je třeba vzít na vědomí fakt, že přes 40% klientů v domovech pro seniory má demenci a asi 20% klientů má lehké známky demence.

## 10. Závěrem

Co nám dotazník ukázal?

- Výrazný nesoulad mezi skutečným funkčním zařazením klientů a naším výzkumem a z toho plynoucí finanční ztráty zřizovatele a poskytovatelů sociálních služeb.
- Pochybnosti, zda je posouzení klientů s demencí dostatečné.
  - Bude třeba komplexnějšího posouzení klientů posudkovým lékařem?
  - Využívají se v praxi stávající možnosti a všeobecně známá hodnocení klientů dostatečně?
- Výsledky dotazníku potvrdily vysoké procento klientů s příznaky demence nebo s demencí v pobytových zařízeních sociálních služeb.
- Dotazník ukázal potřebu přehodnotit stávající metodiku práce posudkových lékařů při určování výše příspěvku na péči u seniorů se syndromem demence nebo s demencí a to především v oblastech:
  - kognitivních poruch,
  - poruch nálad (deprese, úzkostné stavy),
  - poruch chování,
  - v případech léčby klienta psychofarmaky,
  - potřeby fyzického omezení klientů.

Vezmeme-li v úvahu, že většina domovů pro seniory v posledních dvou letech upřesnila svoje poslání a nově definovala svoji cílovou skupinu klientů, lze očekávat, že procento soběstačných klientů se bude zmenšovat a procento klientů ve funkčních skupinách III a IV se bude zvyšovat. Je třeba se na to připravit personálně, provozně i finančně.

## 11. Prameny a literatura:

1. FEIL, N. *Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. 7. Aufl. München : E. Reinhardt, 2002. s. 52-60. ISBN 3-497-01633-0
2. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. s. 137-140. ISBN 80-7262-365-6
3. TOPINKOVÁ, E. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci*. Manuál pro klinickou praxi. Praha : UCB Pharma, 1999. s. 73. ISBN 80-238-4913-1