

a...

Česká
alzheimerovská
společnost



Komplexní péče o lidi s demencí



Komplexní péče o lidi s demencí

Na příkladu kritérií Certifikace Vážka®

**Lucie Hájková, Dana Hradcová,
Hana Janečková, Martina Mátlová,
Hana Vaňková**

Česká alzheimerská společnost, o.p.s., je nezisková organizace, která od svého vzniku v roce 1997 pomáhá lidem postiženým demencí. Demencí jsou přitom postiženi jak samotní nemocní, tak jejich rodinní pečující. ČALS poskytuje sociální služby (poradenství a respitní péči v domácnostech), vydává informační materiály (informační letáky, obsáhlejší brožury a publikace), pořádá konferenci Pražské gerontologické dny, koordinuje projekt Dny paměti zaměřený na včasnou diagnostiku Alzheimerovy choroby, zabývá se certifikací kvality zařízení, která poskytují služby pro lidi postižené syndromem demence, koordinuje program „Bon appetit: Radost z jídla v dlouhodobé péči“ a spravuje webové stránky www.alzheimer.cz. ČALS je respektovaným členem dvou mezinárodních organizací Alzheimer Europe a Alzheimer's Disease International.

Komplexní péče o lidi s demencí

Na příkladu kritérií Certifikace Vážka®

Lucie Hájková, Dana Hradcová, Hana Janečková, Martina Mátlová, Hana Vaňková

Dotisk prvního vydání

Příručka vznikla v rámci projektu Rozvoj kontaktních míst České alzheimerské společnosti. Podpořeno z Programu švýcarsko-české spolupráce. Supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution to the enlarged European Union.

Vydala Česká alzheimerská společnost, o.p.s., Šimůnkova 1600, Praha 8, s podporou MZ ČR v roce 2018

Grafická úprava a sazba: Zuzana Lednická, Andrea Vacovská (Studio Najbrt)
Vytisklo Mare CZ s.r.o.

© Česká alzheimerská společnost, o.p.s.
ISBN 978-80-86541-48-8

Úvod

Podpora lidí s demencí a těch, kteří o ně pečují, je posláním České alzheimerské společnosti (ČALS) už od dob jejího vzniku v roce 1997. Většina lidí s demencí žije doma s podporou svých rodin, nezanedbatelný počet lidí s demencí ale tráví svůj život v pobytových institucích. Kvalita těchto institucí je pro jejich život klíčová, proto nás zajímá. Mnohé z pobytových zařízení jsou navíc tzv. kontaktními místy ČALS – to je další důvod, proč jsme už před lety dlouze pracovali na systému certifikace Vážka®, který by umožnil hodnotit kvalitu poskytované péče (a status kontaktního místa ČALS by získávala pouze kvalitní zařízení).

Jsme rádi, že proces certifikace (a obnovení certifikátu) je mnohými organizacemi využíván jako nástroj pro další zdokonalování poskytované péče, jako prostředek, díky němuž se instituce mohou dále zlepšovat; a například díky důrazu na individualizovanou péči se pokoušejí potlačovat institucionální prvek.

Text Komplexní péče o lidi s demencí vychází z kritérií kvality Vážka®. Má stejnou strukturu – každému kritériu je věnována přibližně jedna strana textu, která se pokouší přiblížit, proč se dané oblasti v rámci hodnocení kvality věnujeme a jaký pohled na kritérium sdílíme.

Víme, že text Komplexní péče nebude vypadat stále stejně, věříme, že se bude měnit jako se mění kvalita péče o lidi s demencí. Věříme, že se nám v příštích letech podaří text doplňovat a upřesňovat tak, aby mohl lépe pomáhat jak těm, kteří profesionálně pečují o lidi s demencí, tak těm, kteří s demencí žijí. Budeme rádi, pokud nám ve zlepšování pomohou i laskaví čtenáři.

Závěrem mi dovolu, abych srdečně poděkovala nejen týmu autorek, ale také týmu auditorek – Tereze Blažčikové, Ivě Holmerové, Pavle Hýblové, Michaele Konvičné, Martě Machové, Martině Susové a Ivě Vrbické – za nápady, poznámky a zpětnou vazbu, kterými přispěly ke vzniku tohoto textu.

Děkujeme také Programu švýcarsko-české spolupráce, který podpořil projekt Rozvoje kontaktních míst, v jehož rámci tato publikace vznikla.

Martina Mátlová

Péče o lidi s demencí

Filosofie péče, vize, definice zařízení

Zařízení/domov poskytující bydlení, podporu, pomoc a zdravotní péči lidem s demencí může dobře fungovat a plnit svůj veřejný závazek, pokud zná a veřejně prezentuje svoji vizi, za kterou chce jít, a způsob, jakým chce tuto vizi naplňovat. Vize udává směr každodenní praxi a zároveň z ní čerpá. Vyjadřuje smysl každodenní práce a společného úsilí o dobrou péči. Zaměstnanci pak mají možnost nejen dělat svoji práci a získávat za ni odměnu, ale také přispívat k naplňování vize, které rozumějí, a s jejímiž hodnotami se ztotožňují. Vize organizace, která nabízí dobré služby pro osoby s demencí, hovoří o tom, že pro své klienty chce vytvořit důstojné, vstřícné, podpůrné, bezpečné prostředí, které je neizoluje od okolního světa, ale dává jim možnost žít ve společenství s ohledem na jejich potřeby a změny, se kterými se vyrovnávají. Vize posunují péči od tradičního institucionálního modelu směrem k přístupům orientovaným na člověka, respektují právo každého člověka vybrat si způsob, jak o něj bude pečováno, berou ohled na jeho sebeurčení, individuální potřeby. Chráněno je soukromí, osobní preference, pečující se snaží být citliví a rozumějící¹. Management činí svá rozhodnutí na základě vyjednávání s klienty, rodinami i zaměstnanci, s nimi se všemi hledá cesty, jak vizi proměňovat v každodenní praxi péče. Smysl formulování společné vize vyjádřil Tom Kitwood takto: „Posun od staré kultury k nové není záležitostí několika položek, které doplníme, protože chybějí, ale znamená dívat se téměř na každý detail jiným způsobem“². Nové vize posunují dobrou praxi ještě dále – směrem k budování vztahů s klientem jako základu kvalitní péče (péče orientovaná na vztahy), jak ji popisuje např. Jitka Zgola³ nebo Mike Nolan⁴. Vize jsou základem změn v kvalitě služby a ukazují cestu jejího zlepšování.

K naplnění těchto vizí je nutné, aby organizace vyjádřila též svoje poslání a zásadní hodnoty, kterými se ve všech svých aktivitách řídí. Může to být lidská důstojnost, otevřenost, společenství, profesionalita, lidskost, vztah a další hodnoty, které si

1 Kittwood T., Benson S., Eds. 1995. The new culture of dementia care. London: Hawker Publications

2 Kitwood T. 1997. Dementia reconsidered: The person comes first. Buckingham: Open University Press.

3 Zgola J. M. 2003. Úspěšná péče o člověka s demencí. Praha: Grada Publishing s.r.o.

4 Nolan M. R. et al. 2004. Beyond „person-centred“ care: a new vision for gerontological nursing. International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing 13, 3a, 45–53

zaměstnanci zařízení společně definují a poté je také v praxi naplňují. Důležitá je shoda hodnot deklarovaných v dokumentech organizace a hodnot, které se projevují v chování, mluvě (s klienty i o klientech), v dotecích, péči o lidské tělo, podávání jídla, způsobu aktivizace, úpravě prostředí, v komunikaci mezi vedením a zaměstnanci atd. Poslání může být vyjádřeno různě. Profesor Nolan a kol. hovoří o potřebě vytvářet prostředí, do něhož jsou všichni zúčastnění smysluplně zapojeni. Takové prostředí, kde všichni mají pocit bezpečí, příslušnosti, kontinuity, smyslu, úspěchu a důležitosti⁵.

Ať jde o domov pro seniory, který integruje lidi s demencí mezi ostatní obyvatele, nebo specializovaný domov se zvláštním režimem, denní stacionář, nebo lůžkové zdravotnické zařízení poskytující mimo jiné péči o osoby/pacienty s demencí – vždy musí prokázat, že jeho služba umí poskytovat cílenou/dobrou péči lidem s demencí. To znamená, že péči o lidi s demencí zajišťuje dostatečný počet kvalifikovaných pracovníků, kterým záleží na vztazích, že péče má interdisciplinární povahu, je individualizovaná a že potřebám lidí s demencí je přizpůsobeno také prostředí. Vztahová péče usiluje o začlenění člověka s demencí do lidského společenství, zachovává a podporuje jeho rodinné vazby a za všech okolností respektuje a podporuje jeho důstojnost.

Aktivity

Nabídnout a umožnit člověku s demencí smysluplnou aktivitu je pro něho stejně důležité jako poskytnout mu péči o jeho tělo a uspokojit jeho základní životní potřeby. Podle Jitky Zgola neexistuje dokonce cennější terapeutický prostředek než společná činnost. Je-li činnost dobře zvolena, „dokáže pozvednout člověka na duchu a rozptýlit depresi, pomůže zklidnit nervozitu a neklid. Když si dva lidé spolu sednou, aby řešili nějaký úkol, je zde něco společného, co je spojuje.“⁶

Činnost znamená život. Pokud člověk žije, potřebuje podněty, které je schopen vnímat a ze kterých má užitek, protože vhodný podnět vyvolá reakci, tedy aktivitu. Aktivita stimuluje mozek a zlepšuje tak jeho kondici. Činnosti dávají životu smysl, náplň, strukturují čas, podporují orientaci. Činnosti všedního dne (vykonávané v souvislosti s jídlem, očistou, péčí o sebe a své prostředí) posilují sebevědomí člověka a jeho kontrolu nad svým životem. Většinu činností dělá člověk ve spolupráci nebo společně s druhými, činnost tak podporuje mezilidské vztahy, rozvíjí společenství a u člověka s demencí pocit, že někam patří (pocit příslušnosti,

5 Nolan M. R. et al. 2004. Beyond „person-centred“ care: a new vision for gerontological nursing. International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing 13, 3a, 45–53

6 Zgola J. 2003. Úspěšná péče o člověka s demencí. Praha: Grada, s. 148

sociální začlenění), že zde má své místo a že má svoji hodnotu. Prostřednictvím různých aktivit může člověk projevit své schopnosti, udělat, co dokáže, projevít kým je nebo kým byl. Schopnosti člověka nejspíše souvisí s životním příběhem, se vzpomínkami. Vhodný reminiscenční podnět dokáže povzbudit činnost, projevit se může jako dávno naučená automatická reakce, jako „paměť těla“, jako skrytá neuvědomovaná dovednost. Prostřednictvím činnosti se člověk může vrátit ke svým silným stránkám, dotknout se svého dětství a mládí a tak snad i pocítit kontinuitu svého života.⁷

Nabídka činností pro osoby se syndromem demence (měla by co nejvíce vycházet z běžných denních činností) je základem tzv. nefarmakologických intervencí. Kontrolované studie ukazují (byť některé ne zcela přesvědčivě), že různé nefarmakologické metody (nebo též psychosociální intervence), jejichž základem jsou buď nespecifické, nebo i specificky zacílené aktivity, mají pozitivní efekt zejména v oblasti behaviorálních symptomů, jako je bloudění a agitovanost, ale i v oblasti motivace nemocného, v oblasti celkové aktivity člověka s demencí a zlepšení jeho soběstačnosti.⁸ Pravidelná fyzická aktivita má pozitivní vliv také na depresi a kvalitu spánku. K nejvíce osvědčeným a účinným nefarmakologickým intervencím patří fyzické cvičení, aromaterapie, arteterapie, muzikoterapie, trénink svalové relaxace a terapie pohybem, reminiscenční terapie, validační terapie, terapie prostředím, multisenzorická nebo bazální stimulace, smyslová aktivizace, masáž rukou, dotek, terapie blízkostí, zahradní terapie⁹, trénování paměti, orientace realitou či pracovní terapie. Vhodná je kombinace jednotlivých přístupů, která pomáhá zvládnutí prováděných úkolů či úkonů¹⁰. Mezi nefarmakologické intervence lze zařadit také spolupráci s rodinnými příslušníky¹¹. Tyto programované aktivity se stávají součástí individualizované péče o osoby s demencí v závislosti na stadiu jejich onemocnění a vyhodnocení jejich zdravotního stavu, soběstačnosti a individuálních přání¹².

Ať jde o aktivity individuální či skupinové, vždy je třeba respektovat každodenní proměny nálady a kondice každého člověka a program aktivit mu maximálně

7 Schweitzer P., Bruce E. 2008. Remembering Yesterday, Caring Today. Reminiscence in Dementia Care. A Guide to Good Practice. London, Jessica Kingsley Publishers.

8 Sheardová K. 2011. Současné možnosti terapie demencí, význam nefarmakologických intervencí. Psychiatrie pro praxi; 13 (3), 126–128

9 Jindřichovská M. 2014. Zahradní terapie jako součást ergoterapie. Sociální služby. Roč. XVI, srpen–září 2014, s. 30–32

10 Cingrošová K., Dvořáková K. 2014. Knížka pro vzpomínání a procvičování paměti. Praha: Portál

11 Hudeček D., Sheardová K., Hort J. 2012. Demence v klinické praxi v roce 2011. Postgraduální medicína 2. 1. 2012 <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/demence-v-klinicke-praxi-v-roce-2011-462909>.

12 Holmerová I. a kol. 2013. Strategie České Alzheimerovské společnosti PA-P-IA. Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence. Geriatrie a gerontologie, č. 3, s. 158–164

přizpůsobit. Dobré poznání existujících deficitů, ale především veškerých zdrojů a zachovalých schopností tvoří základ celistvého, integrativního, na člověka zaměřeného, přístupu k lidem s demencí.¹³

Spolupráce s rodinou

Vznik situace, kdy je třeba pečovat o blízkého dospělého člověka, obvykle přichází nečekaně a rodinu často zaskočí nepřipravenou. Rodina je vystavena různým rizikům, která mohou způsobit, že nároky péče nezvládá. Signálem bývá vyhoření, nemoc, selhání pečující osoby (primárního pečovatele). Rodiny, které pečují o člověka s demencí, nebývají připraveny na délku trvání péče, stigmatizaci, osamělost, bezmoc a bezradnost (v komunikaci, v ošetřování) a mnohdy si připadají jako „chycení v pasti“.

Přechod z domácího prostředí do pobytového zařízení je spojen s velkou psychoemocionální zátěží, jak pro člověka s demencí, tak pro pečující rodinu. Pro seniory představuje jednu z nejzávažnějších životních událostí spojenou s řadou změn a ztrát, narušením životní kontinuity, významných sociálních vazeb a zavedeného životního rytmu. Rodiny velmi často prožívají smutek, ztrátu, bezmoc, narušení vlastní kontroly nad péčí a životem svého blízkého. Tyto pocity jsou doprovázeny studem, stigmatizací, potřebou ospravedlnovat se a najít legitimní důvod pro umístění svého blízkého do pobytové instituce.¹⁴ Podle Ryanové a Sculliona prožívají pečující ořes svého sebepojetí vyplývající z konfliktu mezi upřednostněním vlastních potřeb před potřebami svých nemožoucích rodičů či partnerů.¹⁵ Nejen senior, ale i pečující rodina se na novou situaci musí adaptovat. Pro poskytovatele služby je tato skutečnost velmi důležitá a musí mít řadu kompetencí a nástrojů, pomocí kterých dokáže zmírnit adaptační zátěž člověka s demencí a podpořit rodinu, pokud to potřebuje a pokud o to stojí. Jde o to, aby kontinuita byla narušena co nejméně a aby životní rytmus, návyky a vztahy mohly zůstat, pokud možno, zachovány. Důležitým úkolem poskytovatele je udržet existující emoční vazbu, tj. ulehčit vyčerpané rodině, ale zároveň zachovat její svěbytnou roli v péči. Základem je vytvoření a budování vzájemné důvěry, vztahového trojúhelníku

13 Romero B. 2014. Psychosoziale Interventionen bei Demenz. Neuroreha, 2014, 6, 175–180 http://www.set-institut.de/Konzept/body_konzept.html.

14 Kellet, U. M. 1999. Transition in care: family carers' experience of nursing home placement. Journal of Advanced Nursing, vol. 29, no. 6, p. 1474–1481.

15 Ryan A. A., Scullion H. F. 2000. Family and staff perceptions of the role of families in nursing homes. Journal of Advanced Nursing, vol. 32, no. 3, p. 626–634.

mezi člověkem s demencí, rodinou a poskytovatelem služby (klíčovým či osobním pracovníkem), který by měl tvořit základ péče v pobytovém zařízení¹⁶.

Podpora rodiny by měla probíhat na všech úrovních a měla by patřit k prioritám péče v domově. Na počátku (již během prvního setkání a prvního sociálního šetření v domácnosti seniora před přijetím do zařízení) by se rodina měla setkat s pochopením pro svou složitou situaci, měla by být za svoji dosavadní péči oceněna a zároveň by měla získat dostatek informací o tom, kde se její blízký ocitá, co ho čeká a co se očekává od rodiny¹⁷. Rodina by měla být vnímána jako partner služby, jako účastník péče, jako významný zdroj informací o klientovi, jako ten, kdo může být nápomocen v individuálním plánování, kdo má v individuálním plánování dokonce i svoji jednoznačně danou roli (návštěvy, výlety, zajištění zdravotní péče, zprostředkování reminiscenčních podnětů, individualizovaných aktivit, práce s životním příběhem, účast a doprovod na společných akcích, donáška drobných pozorností a doplňků stravy pro blízkou osobu, např. sladkostí, návštěvy vnoučat atd.) Spolupráce s rodinou je nezbytnou součástí individualizované péče.

Rodina je v domově zvaným hostem, nachází zde prostory pro intimní setkání s blízkým člověkem, zázemí pro posezení u kávy, pro návštěvu s dětmi (děti potřebují místo, kde si mohou hrát), vstřícný a informovaný personál, který dokáže trpělivě odpovídat na otázky rodiny, reagovat na její starosti a obavy, dokáže poradit, když to rodina potřebuje. Rodina je tak součástí celého procesu péče od přijetí až do jejího ukončení, které nejčastěji nastává až úmrtím blízkého člověka. Rodina se účastní života v instituci a svým postojem, zapojením do péče a vztahů v instituci spoluvytváří její charakter. Rodina se těší respektu, důstojnému zacházení, stejně jako samotný klient, dostává se jí podpory, také v období umírání a smrti blízkého člověka (jako součásti paliativní péče). Tímto způsobem může poskytovatel služby předcházet známému fenoménu postupného snižování počtu návštěv a kontaktů rodiny s člověkem „umístěným“ v instituci a snad i různým projevům špatného zacházení rodinných příslušníků se svými příbuznými a jejich stížnostem směrem k personálu.¹⁸

16 Janečková H., Nentvichová Novotná R. 2013. Role rodinných vztahů v institucionální péči o seniory. Sociální práce/Sociální práce č. 1/2013, s. 72–81.

17 Janečková H., Nentvichová Novotná R. 2013. Role rodinných vztahů v institucionální péči o seniory. Sociální práce/Sociální práce č. 1/2013, s. 72–81.

18 Ivanová K., Bužková R., Olecká I., Jarošová D. 2011. Nevhodné zacházení se seniory ze strany rodinných příslušníků. Profese on-line, IV, 1.

Individualizovaná péče

Individualizovaná péče znamená, že přistupujeme k člověku s demencí jako k jedinečné bytosti s jejími bio-psycho-socio-spirituálními potřebami. Jinak řečeno, jde o to, aby byly při poskytování sociální služby co nejvíce, a jak je to jen možné, zohledněny osobní představy a potřeby klienta a aby mu služba umožňovala vést běžný způsob života.¹⁹

Pro práci s lidmi s demencí hraje podstatnou roli využití individuálního plánu jako důležitého nástroje, který pomáhá pečujícímu personálu naplňovat osobní potřeby jednotlivých klientů tak, aby se cítili spokojeni, prožívali radost, měli pocit vlastní hodnoty a důstojnosti, aby se nedostávali do střetů se svým okolím ale naopak, aby se cítili jeho součástí, aby je nesužovala bolest tělesná ani duševní. Individuální plánování zaměřené na člověka s demencí může mít mnoho podob. Vždy by mělo být součástí širšího procesu, který vede k zajištění kvalitní a úspěšné podpory a péče o lidi žijící s demencí.²⁰

Plánování je důležitou metodou práce pečovatele, která mu umožňuje zachycovat veškeré dostupné informace o člověku, který ztrácí své kognitivní schopnosti (schopnost používat jazyk, orientovat se, samostatně konat), kontrolu nad svým životem, postupně i kontakt se svým okolím. V takovém případě je každá detailní informace drahocenná – ať už se týká jednotlivých životních fází člověka nebo jeho momentálního stavu, jeho zdraví, kognitivních schopností nebo jeho pocitů a reakcí na vnitřní i vnější podněty. Každá taková informace musí být zachycena a sdílena v týmu.²¹

Do jaké míry jsou naplňovány individuální potřeby klienta a zda je poskytovaná péče individualizovaná, lze vypořádat také v komunikaci (oslovování klientů jménem, konverzace o tématech souvisejících s konkrétním člověkem, pozornost věnovaná právě jednomu člověku, schopnost vnímat a reagovat na neverbální podněty, přizpůsobit se, zapojit člověka do společnosti, propojovat lidi). Další možností je všimnout si, jak lidé prožívají svůj den, jak je obecně dohodnutý režim a program upraven dle toho, co a kdy lidé konkrétně potřebují či ne/chtějí dělat. Individuální přístup nejlépe vidíme v detailech péče – věnuje se pečovatelka plně klientovi, reaguje na jeho otázky, dívá se mu do očí, když s ním hovoří? Dá mu dostatek času na odpověď, umožní mu, aby se mohl rozhodnout? Doprovodí

19 Johnová M. 2006. Plánování zaměřené na člověka a transformace ústavní péče. Příloha časopisu Rezi- denční péče. Marcom <http://www.rezidencnipece.cz/archiv/priloha/priloha0603.pdf><http://www.rezidencnipece.cz/archiv/priloha/priloha0603.pdf>

20 Zgola J. 2003. Úspěšná péče o člověka s demencí, Praha: Grada

21 Zgola J. 2003. Úspěšná péče o člověka s demencí, Praha: Grada

klientku, která chce do svého pokoje? Zahraje si s klientem dámu, když ví, že ho to těší? Nabídne klientce oblíbenou píseň a zatančí si s ní? Podává jídlo, které má ráda, přiměřeným tempem a s veškerou důstojností, počká, až klient spolkne sousto? Povzbuzuje samostatnost a stimuluje myšlení? Rozumí, když klient něco říká, zná jeho jazyk? Reaguje na jeho neklid, volání a ví jak? Nabídne oblíbené téma, vzpomínku? Užívá tělesný kontakt, pokud o něj klient stojí? Pozdraví, zaťuká na dveře při vstupu, respektuje intimitu, stud klienta? Projevuje laskavost a ohleduplnost vůči každému z klientů? Nezůstává žádný z klientů bez zájmu personálu? Kromě běžných způsobů vzájemné podpory a zpětné vazby, lze ke zlepšování kvality individuální práce s klienty využít i některé specifické pozorovací nástroje, např. mapování péče o člověka s demencí, dementia care mapping²² nebo videotrénink interakcí²³.

K individualizované péči patří i rozpoznání, kdy je klientovi dobře spolu s druhými lidmi a kdy mu společná činnost, rituály, rytmus skupiny, nápodoba, skupinová zábava, hry, cvičení, soutěže atd. pomáhají, posilují jeho sebevědomí a pocit příslušnosti, sociálního začlenění. Individualizovaná péče je stejně důležitá jako péče o společenství a místo každého člověka v něm. Pracovníci pak chystají smysluplné skupinové aktivity, které přinášejí jednotlivým klientům radost.

Důležitá je individualizace bydlení (zařizování osobními věcmi, podle osobního vkusu klienta), stejně jako individualizovaná zdravotní péče, pravidelné lékařské kontroly, včasné reagování na měnící se zdravotní stav, podpora zdraví dle aktuálních potřeb klienta.²⁴

Důstojnost

Jak uvádějí Tadd, Vanlaere a Gastmans, dobrá péče o seniory může být definována právě jako péče podporující důstojnost. Jako základní prvky, na nichž je podpora důstojnosti postavena, identifikují vhodné formy oslovování, umožňování volby, respektování potřeby soukromí a slušnosti a také to, že lidé, o něž je pečováno, nadále pociťují svoji hodnotu. Upozorňují také, že poskytování kvalitní péče je podstatné nejen pro uživatele péče, ale také pro pracovníky. V případě,

22 Bradford Dementia Group. 1997. *The DCM Method*.

23 Koběřská P. 2003. Společnou cestou. Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí. Obrázkový průvodce, který vznikl díky pečovatelům využívajícím metodu videotréninku interakcí, Praha: Portál.

24 Holmerová I. a kol. 2013. Strategie České Alzheimerovské společnosti P-PA-IA (podpora a péče lidem se syndromem demence). *Geriatric a gerontologie*, 2013, 2, č. 3, s. 158 – 164

že péče není dostatečně kvalitní (například kvůli nedostatku personálu či obecně finančních zdrojů), bývá narušena také důstojnost profesionálních pečujících.²⁵

Také Rüegger ve své práci uvádí, že základním principem při poskytování péče lidem s demencí je respekt k jejich důstojnosti. To znamená, že se budou, navzdory kognitivním ztrátám, cítit uznáni jako lidé, kteří jsou bráni vážně a mají podporu, aby mohli dělat to, co si přejí a dokázali vše, co dokázat mohou. Čím menší je možnost verbální komunikace s člověkem s demencí, tím důležitější je podpora a kontakt neverbální, taktilní, emocionální. Než člověk s demencí dospěje do posledního stádia svého života, může - při vytvoření vhodných podmínek - žít život, který se podstatně neliší od života lidí bez demence. Může si života užívat podobným způsobem a jeho život může být naplněn různými aktivitami a spokojeností.²⁶

Hlavním nástrojem, kterým zvnějšku poznáváme, jak je v organizaci respektována důstojnost člověka, je pozorování a naslouchání. Samozřejmostí je, že prostředí, v němž lidé s demencí žijí, je příjemné, čisté a upravené, jak je to obvyklé²⁷. Upravení – podle svých zvyklostí a přání – jsou i lidé s demencí. Na každém kroku je poznat, že lidé s demencí mají svoji cenu, že se pracovníci nebojí doteku, prioritně jsou naplňovány potřeby lidí s demencí²⁸, pracovníci se vyhýbají tomu, aby hovořili o klientech v jejich přítomnosti, nad jejich hlavami, klienty nehodnotí²⁹, obecně v komunikaci respektují přítomnost druhého člověka³⁰ a zapojují klienty do konverzace.

Jak doplňuje ve své práci Janečková, lidská důstojnost je nedělitelná, nezcižitelná, inherentní, bezpodmínečná, stále přítomná. Je to bytostný nárok člověka na úctu druhého člověka. Lidská důstojnost zabraňuje instrumentalizaci člověka, zdůvodňuje sebe-účelnost. Jedná se o vyrovnání se společností s hranicemi, deficitem a slabostmi.³¹

25 Tadd W., Vanlaere L., Gastmans Ch. 2010. Clarifying the concept of human dignity in the care of the elderly: A dialogue between empirical and philosophical approaches. *Ethical Perspectives* 17, no. 1. 253-281.

26 Rüegger H. 2014. Etické výzvy fenoménu demence. *Sociální služby*, únor 2014, s. 16 – 21.

27 Například květiny ve vázách, ubrousky na stole při stolování.

28 Neprojevuje se postoj „on počká“. A to ani v případě – s mírnou nadsázkou řečeno - návštěvy na prezidentské úrovni.

29 Problematické může být i pozitivní hodnocení typu – „paní je šikulka“.

30 Nehovoří tedy, jako by tam člověk s demencí nebyl.

31 Janečková H. 2013. Důstojnost života ve stáří. In: Prchal M. a kol. Pomáhat! Ale jak? Metodika vzdělávacího programu psychosociální podpory a duchovní péče. Girasole, sdružení pro pomoc a rozvoj. S. 136 – 164.

Zdravotní péče

S ohledem na fakt, že v domovech se zvláštním režimem jsou téměř z 50 % lidé s těžkou formou demence³² je zřejmé, že i péče o tuto skupinu lidí bude vyžadovat specifický přístup při zjišťování informací týkajících se zdravotního stavu spojených s následnou individuální péčí, zahrnující jak nefarmakologické metody, tak samotnou farmakoterapii.

Pravidelné hodnocení funkčního stavu mezioborovým týmem pomáhá zmapovat potřeby lidí s demencí. Je třeba, aby záznamy o funkčním a zdravotním stavu byly nejenom prováděny, ale dále individuálně vyhodnocovány a předkládány k dalším rozhodnutím o postupu léčby a péče.

V praxi by tak mohly být využívány např. tyto funkční testy: ADL, IADL (test denních činností a instrumentálních denních činností), MMSE (kognice), GDS (depresivita), sledování nutriční (Mini Nutritional Assessment), vyšetření mobility („Get up and Go test“), rizika pádů a zhodnocení bolesti (škály MOBID2 či PAINAD).³³

Diagnóza by měla být stanovena před přijetím do zařízení a měla by být důvodem k pobytu. Pravidelný screening kognitivního stavu však pomůže rozpoznat počínající syndrom demence (nebo jeho progresi), a tedy potřebu lékařského vyšetření a stanovení, jaké onemocnění k syndromu demence vede a jaká terapie je třeba. Screening depresivity či bolesti může upozornit na závažné zdravotní problémy, které potřebují lékařské vyšetření a terapii.^{34, 35}

Na základě mezinárodních studií jsou v terapii doporučovány inhibitory acetylcholinesterázy (ACHEI, např. donepezil, rivastigmin) pro léčbu počínající a středně těžké Alzheimerovy nemoci (MMSE 25-13), memantin pak u lidí s pokročilou Alzheimerovou nemocí. Člověk s takovouto léčbou by měl být i nadále sledován

- 32 Vaňková H., Hradcová D., Jedlinská M. 2013. Prevalence kognitivních poruch v pobytových zařízeních pro seniory v ČR. *Geriatrica a gerontologie*, 2(3), 111–114.
- 33 Holmerová I., Hradcová D., Baumanová M. 2015. Dlouhodobá péče – geriatrické aspekty a kvalita. 1 vyd. Praha: Grada Publishing
- 34 Vaňková H. et al. 2008. Functional status and depressive symptoms among older adults from residential care facilities in the Czech Republic. *International journal of geriatric psychiatry*, 23,5: 466–471.
- 35 Gallagher P. F., O'Connor M. N., O'Mahony D. 2011. Prevention of potentially inappropriate prescribing for elderly patients: a randomized controlled trial using STOPP/START criteria. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 89,6: 845–854.

a měla by mu být v pravidelných intervalech prováděna vyšetření funkčního stavu, kognice a sledování chování.³⁶

Pokud jde o behaviorálně psychologické příznaky u demencí (BPSD), upozorňuje prof. Volicer na fakt, že odpor k péči nebo tzv. problémové chování (abusive behavior) bývají způsobeny mnoha faktory, které by měly být komplexně zhodnoceny. Může se jednat o situaci, kdy je jednání pečujících nemocnému nesrozumitelné (např. ranní hygiena u osoby s pokročilou demencí), a proto se pacient brání. Vyvolávajícím faktorem může být dyskomfort, způsobený např. bolestí, dehydratací, nebo obstipací. Svůj vliv může mít i (nerozpoznané a neléčené) akutní onemocnění či dekompenzace onemocnění chronického (kardiovaskulární onemocnění, chronická obstrukční plicní nemoc, infekce, deprese, anémie, metabolické poruchy). Také smyslová deprivace a nežádoucí účinky léků mohou vyvolat problémové chování.³⁷ Ohledně léčiv, která jsou využívána ke zmírnění BPSD, pak uvádí např. Alzheimer Europe (AE) několik doporučení. V první řadě upozorňuje, že např. korekce problémového chování má být posouzena individuálně na základě zhodnocení efektu nefarmakologických postupů a teprve poté volena léčba (a vhodná titrace léčiv), která může mít několik linií. Z doporučení tak vyplývá, že např. antipsychotika mohou vyvolat u lidí s demencí tzv. tardivní dyskinezi a neměla by být předepisována.³⁸ Volicer uvádí, že antipsychotika by měla být indikována pouze v případě, že odpor k péči ze strany lidí s demencí a problematické chování je způsobeno bludy či halucinacemi, dále uvádí, že nežádoucími účinky je zvýšený výskyt náhlých úmrtí.³⁹ K léčbě nespavosti dále AE uvádí, že by neměla být užitá typická či atypická neuroleptika, stejně jako benzodiazepiny, které jsou až v další linii léčby. Jako první součást léčby jsou opět nefarmakologické metody – režim dne, omezení pospávání atd. Z farmakologických přípravků může být dobrou volbou trazodon, zejména v případě souběhu nespavosti a depresivních či úzkostných příznaků. Pokud jde o způsob podání léku, pak např. britský Národní institut pro zdraví a excelentní péči trvá na tom, že při nutnosti podání léčiv ovlivňujících chování by mělo být preferováno podání ve formě tablet před injekcí do svalu či nitrožilním podáním. U lidí s demencí se dále nedoporučuje aplikace diazepamů nebo chlorproma-

- 36 National Institute for Health and Care Excellence. Donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease. <https://www.nice.org.uk/guidance/ta217/chapter/1-guidance/vid.14.3.2016/>
- 37 Volicer L., Hurley A. C. Management of Behavioral Symptoms in Progressive Degenerative Dementias. <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/58/9/M837.full#xref-ref-83-1>
- 38 Alzheimer Europe. Treatment for behavioural and psychological symptoms of dementia. <http://www.alzheimer-europe.org/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Diagnosis-and-treatment-of-dementia/Treatment-for-behavioural-and-psychological-symptoms-of-dementia#fragment2>
- 39 Volicer L. End-of-life care for people with progressive dementias: promoting quality of life. http://www.iagg.info/data/VOLICER_-_End_of_life_care_in_Dementia_1.pdf

zinu do svalů.⁴⁰ V českých podmínkách jsou pak známy doporučení Kanceláře ombudsmana k předepisování tlumivých léků (jako opatření omezující pohyb), především problematické nespecifikované zápisy v medikačních listech (např. „dle potřeb“, „při neklidu“).⁴¹ I proti těmto nejasným preskripcím se zahraniční autoři ve zmiňovaných doporučeních vymezují.

Samostatnou kapitolou je pak péče paliativní nebo „péče na konci života“. U terminálního stadia jde o prognózu v měsících, v případě terminálního stavu je prognóza dny až týdny. Kvalita života v této fázi je závislá především na kvalitě ošetrovatelské a lékařské péče. Toto stádium je charakterizováno tím, že člověk postupně ztrácí schopnost komunikovat a být v kontaktu s okolím, komunikace je omezena na minimum stejně jako mobilita, došlo k úbytku svalstva, člověk omezuje příjem potravy a tekutin, jsou přítomny poruchy polykání, úplná inkontinence, další somatická symptomatologie. Pacient často trpí bolestí v důsledku kontraktur, nepohodlné polohy i v důsledku somatických poruch. Cílem péče je zmírnění trýznivých příznaků nemoci a zajištění komfortu, umožnění důstojného umírání.⁴² Odborníci z Evropské asociace pro paliativní péči se shodují na několika oblastech, které jsou v péči o lidi v terminálním stadiu demence důležité a shrnují následující doporučení:

- Péče musí být orientovaná na člověka a jeho rodinné příslušníky, revidována multidisciplinárním týmem.
- Je třeba se vyhnout zatěžujícím, agresivním a zbytečným léčbám (hospitalizace, zavedení PEG, potřeba průběžné revize léčiv, subkutánní aplikace tekutin ve fázi umírání, aplikace antibiotik, která by pouze prodlužovala život).
- Podpořeny mají být psychosociální a spirituální potřeby.
- Farmakologické a nefarmakologické intervence musí být sledovány a vyhodnocovány pro stanovení dalšího plánu léčby.⁴³

40 National Institute for Health and Care Excellence. Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg42/chapter/1-recommendations#interventions-for-non-cognitive-symptoms-and-behaviour-that-challenges-in-people-with-dementia>

41 Veřejný ochránce práv. Domovy pro seniory a Domovy se zvláštním režimem. Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv 2015. http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_seniory.pdf

42 Holmerová I. et al. 2013. Strategie České Alzheimerovské společnosti P-PA-IA. Geriatrie a gerontologie, 2,3: 158–164.

43 Van der Steen J. T. et al. 2014. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. Palliative Medicine, Vol. 28(3), p. 197–209. <http://pmj.sagepub.com/content/28/3/197.full.pdf+html>

Zvládání problematického chování, používání omezovacích prostředků

Problematické chování patří k častým projevům demence zejména v jejím středně těžkém stadiu. Souhrnně je označováno jako behaviorální a psychologické symptomy demence (BPSD) a bývá nejčastějším důvodem hospitalizace a institucionalizace člověka s demencí, protože klade zvýšené nároky na rodinné pečující.

Zkušenosti ukazují, že vysoce kvalitní, na člověka zaměřená, empatická péče, která citlivě vnímá potřeby a práva klientů a nabízí možnosti smysluplné činnosti případně zábavy, dokáže redukovat výskyt problematického chování u lidí s demencí. Tyto zkušenosti se odrážejí i ve výsledcích empirických výzkumů. Např. některé studie hodnotící vliv validace ukazují na zmírnění agresivního chování, snížení neklidu a podrážděnosti, ale též na zvýšení schopnosti personálu zvládnout obtížné situace.⁴⁴ Livingston et al.⁴⁵ shrnul výsledky 33 kontrolovaných studií o vlivu nefarmakologických intervencí na agitované chování u osob s demencí v pečovatelských zařízeních a zjistil, že komunikační dovednosti, přístupy orientované na člověka a využití metody „dementia care mapping“ snižují výskyt těžce agitovaného chování s okamžitým i dlouhodobým dopadem. Stejně tak i využití aktivit, senzorické stimulace a hudební terapie snížily celkovou agitovanost. Využití těchto metod je tedy prokazatelně efektivnější než farmakoterapie a používání omezovacích prostředků. Významnou roli hraje také vzdělání a výcvik personálu v metodách, které především umožňují předcházet vzniku problematického chování. Vliv vzdělání zdůrazňují ve svém článku i Dettmore, Kolanowski a Boustani⁴⁶ a přináší přehled ověřených nefarmakologických postupů, které prokazatelně snižují výskyt agresivních projevů u lidí s demencí. K nim patří především úprava v oblasti péče o fyziologické potřeby a podpora nezávislosti v aktivitách denního života (např. umístění jídelny v blízkosti pokojů klientů a využití tiché uklidňující hudby během jídla, omývání žínkou ve vaně namísto sprchování, užití přírodních zvuků a obrazů během koupele nebo podpora kontinence, dostupnost toalet a jejich pravidelné používání).

Výzkum prokázal i významný vliv výcviku personálu – projevy agrese mizí, když pečující přistupuje k člověku čelem nebo z jeho zorného úhlu, usmívá se a je

44 Feil N., de Klerk-Rubin V. 2015. Validácia – Cesta, ako porozumieť dezorientovaným starým ľuďom. Bratislava: OZ Terapeutika, s. 169

45 Livingston G. et al. 2014. Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. The British Journal of Psychiatry, Dec. 2014, 205(6) 436–442. <http://bjp.rcpsych.org/content/205/6/436>,

46 Dettmore D., Kolanowski A., Boustani M. 2009. Aggression in Persons with Dementia: Use of Nursing Theory to Guide Clinical Practice. Geriatr Nurs. Jan-Feb; 30(1): 8–17. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3365866/>.

uvolněný. Intervence musí též zohledňovat individuální zájmy a momentální stav klienta a počítat s odpočinkem. Pozitivní vliv na úspěšnost péče má spolupráce v mezioborovém týmu. Byl prokázán preventivní účinek kvality fyzického prostředí, tedy architektury a designu. Terapeutický vliv má podle studií především celková atmosféra, adekvátní úroveň osvětlení, redukce hluku, snadná dostupnost toalet, kuchyně, jídelny a venkovního prostranství. Nezastupitelnou roli hraje sociální prostředí: malé pečovatelské jednotky, méně lidí a častější interakce mezi personálem a klienty.^{47, 48}

Obecně platí, že jakékoli omezovací prostředky je možné používat jen výjimečně, a to tam, kde je to nezbytně nutné pro ochranu života a zdraví pacienta nebo ostatních přítomných osob, a teprve tehdy, když byly vyčerpány ostatní možnosti řešení znepokojivé situace. Podle Doporučení Alzheimer Europe⁴⁹ je vždy nutné jednoznačně zdůvodnit, proč byly omezovací prostředky použity. V žádném případě tímto důvodem nesmí být pouhé usnadnění péče nebo neklid pacienta. Je odůvodnitelné pouze v případech, kdy je riziko plynoucí z chování pacienta příliš vysoké a bez použití omezovacích prostředků by mohlo dojít k jeho dalšímu zhoršení. Vždy je třeba dbát na to, aby přínos omezujícího opatření byl vyšší než jeho možné riziko a aby trvalo co možná nejkratší dobu. Na rozhodování o použití omezovacích prostředků by se měl podílet celý mezioborový tým vždy, kdy je to možné. Pokud byly použity omezovací prostředky, nesmí člověk s demencí zůstat v tomto stavu opuštěn a sám a měly by mu být srozumitelným způsobem vysvětleny důvody, proč se tak děje. Měl by slyšet těšící a chápající hlas a vnímat oční kontakt. Předpokladem dobré připravenosti na náročné situace je též proškolení personálu v neomezujících postupech řešení problematického chování a v požadavcích daných legislativou. V zařízení by měla být k dispozici metodika postupu v situacích, kdy se z nějakého důvodu promění chování člověka s demencí tak, že se stane pro něho samotného nebo pro jeho okolí ohrožující.

47 Dettmore D., Kolanowski A., Boustoni M. 2009. Aggression in Persons with Dementia: Use of Nursing Theory to Guide Clinical Practice. *Geriatr Nurs.* Jan-Feb; 30(1): 8–17. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3365866/>.

48 Hudeček D., Sheardová K., Hort J. 2012. Demence v klinické praxi v roce 2011. *Postgraduální medicína* 2. 1. <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualnimedicina/demence-v-klinicke-praxi-vroce-2011-462909>. 2015.

49 Doporučení Alzheimer Europe k použití omezovacích prostředků v péči o pacienty s demencí. Překlad I. Holmerová. In: *Madridský plán a jiné strategické dokumenty*. 2007. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, s. 101–106.

Bezpečnost

Obava o bezpečí lidí s demencí, především pak strach z toho, že se nemocný může ztratit, bývá častým důvodem pro využití pobytových sociálních služeb⁵⁰. Bezpečí klientů je také častým argumentem pro různá režimová opatření, která mohou být v rozporu s autonomií či důstojností lidí s demencí. Adekvátní míra bezpečí a míra autonomie či důstojnosti je přitom různými skupinami (v různých situacích) hodnocena rozdílně. Významným faktorem je, zda se daná skupina právě cítí za člověka s demencí odpovědná. Například zaměstnanci pobytových služeb vidí potřebu zajištění bezpečí klientů, kteří využívají služeb jejich organizace, významněji než rodinní příslušníci, kteří v této situaci preferují autonomii a důstojnost.⁵¹

Bezpečnost zařízení – jeho vnitřních i vnějších prostor – je zároveň základní podmínkou pro poskytování kvalitní péče.⁵² Opatření zajišťující bezpečnost není možné aplikovat bezmyšlenkovitě. Je třeba zvažovat přiměřené riziko, a u jednotlivých klientů hodnotit jejich potřeby, rizika, z čeho profitují a jejich funkční kapacitu. I v případě bezpečnosti platí, že jedno opatření může být velmi přínosné pro jednoho jedince a zároveň může být zdrojem nepohody pro jedince jiného⁵³. Bezpečnostní opatření (jako například dveře, pro jejichž otevření je třeba znát číselný kód anebo specifický způsob ovládní) mohou navíc působit jako nevídané stimuly, které mohou být pro lidi s demencí zdrojem frustrace a mohou tak vést k tzv. problémovému chování.⁵⁴

Různé zdroje⁵⁵ v souvislosti s bezpečností upozorňují na několik oblastí – jsou jimi bezpečný prostor a jeho zajištění, smyslová stimulace (kontrola hluku a zvuků, dostatek světla), úprava interiéru a jeho vybavení, použití asistivních technologií. Většina zdrojů zdůrazňuje to, že bezpečnostní opatření by neměla být příliš nápadná, aby nepůsobila jako nežádoucí stimuly (něco, co je třeba překonat).

50 Balestreri et al. 2000; McShane and Skelt 2009; Phillips and Diwan 2003, citováno dle The ethical issues linked to the use of assistive technology in dementia care. *Alzheimer Europe Report 2010*, str. 67

51 Landau et al. 2009, citováno dle The ethical issues linked to the use of assistive technology in dementia care. *Alzheimer Europe Report 2010*, str. 69

52 Marshall 2011, citováno dle Hadjri K., Faith V., McManus M.: Designing dementia nursing and residential care homes. *Journal of Integrated Care*, Vol. 20, No. 5, 2012, pp. 322–340

53 Například použití automatického světla může být přínosné pro člověka, kterého navádí v noci na toaletu, pro jinou osobu může znamenat, že s ním je v pokoji někdo cizí, kdo rozsvítil a může být tak zdrojem značné nepohody.

54 Například Is your care home dementia friendly? EHE Environmental Assessment Tool, The King's Fund, 2014.

55 Například Dementia Care and the Built Environment. Position Paper 3, June 2004. *Alzheimer's Australia*.

Úpravu interiéru s důrazem na kontrolu stimulů a zajištění základních praktických úprav interiéru řeší například jeden z prvních Dopisů ČALS⁵⁶. Tipy, které jsou v něm obsaženy, jsou zcela v souladu s aktuálními zahraničními zdroji⁵⁷. Ty navíc kromě velkého důrazu na použití barevně kontrastních povrchů přicházejí se dvěma praktickými radami, které informační materiál ČALS neobsahuje: Zrcadla by měla být umístěna na obvyklých místech a snadno odstranitelná v okamžiku, kdy už se v nich člověk s demencí nepoznává. Barevná kontrastnost povrchů by měla být aplikována také na toaletách: Záchodová prkýnka by měla mít vzhledem k podlaze (a míse) kontrastní barvu, aby člověk neměl problém usednout na toaletu.

Výživa a hydratace

Zahraniční studie ukazují, že podvýživa (nedostatečný přísun kalorií, bílkovin a dalších živin potřebných pro organismus) je jedním z nejčastějších problémů, který ovlivňuje až 10 % starších lidí, kteří žijí doma, 30 % z těch, kteří žijí v pečovatelských domech a 70 % hospitalizovaných seniorů⁵⁸. Například publikace Alzheimer's Society UK uvádí, že lidé s demencí mohou být dehydratováni, ohrožení malnutricí, protože nejsou schopni komunikovat, nepoznají, že mají žízeň nebo hlad. Dochází tak k snížení váhy, bolestem hlavy, zvýšené deterioraci, infekcím a k zhoršení onemocnění. Ztrátu chuti k jídlu pak může zapříčinit např. i depresivita, únava, určité léky, zácpa, bolest, problémy s pozorností během jídla, obtíže s rozpoznáním stravy, motorické obtíže (obtíže s uchopením příboru, skleničky) a následně strach ze spolustolování s ostatními. Autoři publikace upozorňují i na polykací obtíže (dysfagie), na nevhodnou polohu při podávání jídla (např. podávání jídla vleže či ospalému člověku) nebo na špatně nasazenou umělou zubní náhradu.⁵⁹ Ztrátu chuti k jídlu mohou dle Alzheimer Europe způsobovat i některé nápoje či koření (koka-kola, káva, čaj, kakao, čili)⁶⁰.

56 Dopis č. 3 Tipy na úpravu domácího prostředí, které usnadní život člověku s demencí. (Dle M. P. Calkins: Home Sweet Home: Home Safe Home, 1992 upravila Hana Janečková.) in Holmerová I., Mátlová M. 2015. Dopisy České alzheimerovské společnosti, ČALS

57 Například Improving the design of housing to assist people with dementia, The Dementia Services Development Centre, 2013.

58 Alzheimer's Disease International. 2014. Nutrition and dementia. A review of available research. Alzheimer's Disease International (ADI), London. February 2014, pg. 6 <http://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/nutrition-and-dementia.pdf>

59 Alzheimer's UK. Eating and drinking. https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=149#Common%20problems

60 Alzheimer Europe. Healthy eating. [http://www.alzheimer-europe.org/Living-with-dementia/After-diagnosis-What-next/Dealing-with-practical-issues/Healthy-eating/\(language\)/eng-GB](http://www.alzheimer-europe.org/Living-with-dementia/After-diagnosis-What-next/Dealing-with-practical-issues/Healthy-eating/(language)/eng-GB)

Jak uvádí Jitka Zgola⁶¹ nebo Alzheimer's UK⁶², nejenom podávání jídla, ale i jeho příprava a vše, co se děje poté, je vysoce individualizovanou aktivitou a vychází ze znalosti člověka s demencí a jeho potřeb, preferencí. Na základě všech těchto praktických zkušeností pak odborníci doporučují tipy k podpoře dobrého a důstojného stravování: Vůně vaření (nebo třeba vůně pečícího se chleba) může stimulovat chuť k jídlu. Jídlo by mělo být lákavé (barvy, vůně, chutě); jídlo do ruky může být nejen atraktivní, ale i praktické. Mléčné koktejly nebo tzv. smoothies mohou být alternativou k průmyslově vyráběným doplňkům výživy. Není třeba trvat na pořadí – pokud si chce někdo dát dezert před hlavním jídlem, klidně mu jej podejte. Studené jídlo málokomu chutná, je možné servírovat poloviční porci. Pokud má člověk obtíže s polykáním, je vhodné nejprve nabídnout přirozeně měkké jídlo (míchaná vejce, vařená jablka) a teprve při případném neúspěchu podávat pyré/přesnídávky. Jídlo je součástí běžných aktivit – je vhodné podporovat klienty nejen v sebeobsluze během jídla ale také v přípravě jídla, prostírání. Pomoci může i uvolněná, přátelská atmosféra, eventuálně jemná hudba. Osvědčuje se také nabízet jídlo a pití během aktivit a setkávání. A poslední velmi inspirativní radou může být i to, zaměřit se vždy na nejméně stresující řešení obtížné situace a používat zdravý rozum a kreativní přístup.

Praktických doporučení je v péči o lidi s demencí nespočet. Důležitým podnětem v péči je však i doporučení Alzheimer Europe, abychom neopomíjeli příjem tekutin a jídla sledovat a oboje pravidelně připomínat.⁶³

61 Zgola J., Bordillon G. 2013. Bon Appetit. Radost z jídla v dlouhodobé péči. Česká alzheimerovská společnost.

62 Alzheimer's UK. Eating and drinking. https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=149#Common%20problems

63 Alzheimer Europe. Healthy eating. [http://www.alzheimer-europe.org/Living-with-dementia/After-diagnosis-What-next/Dealing-with-practical-issues/Healthy-eating/\(language\)/eng-GB](http://www.alzheimer-europe.org/Living-with-dementia/After-diagnosis-What-next/Dealing-with-practical-issues/Healthy-eating/(language)/eng-GB)

Architektonické řešení a vybavení zařízení

Přestože každý z nás má svůj vlastní životní styl a zvyklosti, pokud jde o bydlení, nacházíme při vytváření vhodného prostředí pro lidi s demencí některé společné principy. Zodpovědní architekti, designéři, investoři a stavitelé vytvářejí začleňující prostředí, jež umožňuje obyvatelům život ve společenství, v příjemném a bezpečném prostoru uvnitř budovy i venku. Zohledňují změny, které se v životě člověka s demencí odehrávají a snaží se jim vycházet vstříc tak, aby odpověděli na jejich potřebu soukromí a klidu, stejně jako chuť bavit se s dalšími lidmi při společných činnostech. Prioritou politiky sociálních služeb pobytového typu pro seniory jsou investice do nízkokapacitních pobytových zařízení a podpora malých bytových jednotek. Pro stávající residenční zařízení a jejich obyvatele je klíčové přiblížení podmínek běžnému životu v přirozeném prostředí.⁶⁴ V České republice je dosti staveb ústavního typu, jež svým charakterem a uspořádáním patří do tzv. 1. a 2. generace dlouhodobého bydlení specifických skupin obyvatel.⁶⁵ V takovém prostředí může být obtížné, i když nikoli nemožné, poskytovat dobrou péči a žít dobrý život. Co neumožňuje architektonické řešení, design a vybavení, pokouší se vynahradiť lidé, kteří o lidi s demencí pečují.

Celkový pohled na zařízení, jeho lokalizaci, celkové předpoklady pro funkčnost zařízení

Umístění, vzhled a dispozice zařízení by stejně jako další aspekty péče měly podpořit život v běžném prostředí (princip sociálního začlenění), v místě, kde žijí ostatní lidé. Takovou budovu proto v obci najdeme na náměstí, v některé z přílehlých ulic či v rezidenční čtvrti, nikoli na okraji města či v odlehlých končinách. Malé, domácké zařízení, v němž žijí převážně lidé z místní komunity, mohou snadno navštěvovat příbuzní a přátelé, obyvatelům zároveň umožňuje zapojovat

64 Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf.

Pozn. Přirozené prostředí je dle Koncepce transformace nezbytné chápat jako životní prostor, který představuje kromě bydlení samotného, zejména rodinné vazby a síť sociálních kontaktů vázaných na dané místní společenství.

65 Šestáková I. 2015. Bydlení specifických skupin obyvatel. Nauka o stavbách II. Prezentace 24-4-2015

se do života obce.⁶⁶ Možnost volně se pohybovat uvnitř budovy i venku je pro dobrý život klíčová. V případě lidí s kognitivním znevýhodněním je třeba dbát na to, aby prostor, v němž se pohybují, byl vhodně zabezpečen.

Doporučované dispoziční řešení budovy charakterizuje vnímání individuálních potřeb obyvatel (soukromí pokoje) a zároveň nabízí možnosti k setkávání a společné činnosti (obývací prostory, kuchyň, zahrada), případně nabízí možnost bydlení ve skupinových domácnostech. Společné prostory můžou být umístěny různě v závislosti na rozmístění pokojů. Důležité je, aby bylo snadné je spatřit a najít do nich cestu.⁶⁷ Venkovní prostor (terasa, atrium, zahrada) by měl ideálně navazovat na společně užívanou místnost.

Zkušenosti např. z Holandska ukazují, že lidé s demencí žijící v domáckém prostředí v malých skupinách lépe udržují kontakty s ostatními, více se zapojují do běžných denních činností a snižuje se také nutnost používání omezovacích prostředků.⁶⁸ Služby pro lidi s demencí v České republice jsou poměrně často umístěny ve velkých budovách hotelového nebo nemocničního typu (vícepatrová budova, dlouhé úzké chodby s pokoji na obou stranách bez prostorového ohniska a s minimem denního osvětlení) je proto nutné prostor alespoň rozdělit a upravit k soužití v menších skupinách. ČALS doporučuje maximálně 15 lidí⁶⁹, jinde se hovoří o společenství 3–18 lidí⁷⁰. Pro vytvoření společného prostoru v takovém zařízení lze například využít jeden nebo dva pokoje (ložnice) a proměnit je ve větší místnost, kde by mohli klienti společně pobývat, zabývat se nejrůznějšími činnostmi. Pracovnice tak ušetří čas věnovaný doprovázení klientů do vzdálených místností, často i v jiných patrech budovy, v nichž probíhají skupinové aktivity. V případě, že chodby jsou dostatečně prostorné s pokoji umístěnými jen na jedné straně budovy (např. budovy bývalých zámků či klášterů, jejichž nevýhodou bývá izolovanost, bariérovost, vícelůžkové pokoje a společné hygienické zařízení) je možné zřídit malou kuchyňku a obývací místnost přímo na chodbě, do které obyvatelé vcházejí ze svého pokoje.

Účelnost a pohodlí by v zařízení měli zažívat také pracovnice a pracovníci poskytující přímou péči, zajišťující stravování, provozní, administrativní a technickou podporu. Jejich pracovní prostor by neměl narušovat život obyvatel zařízení a zároveň by mělo být co nejjednodušší přepravit na místo určení, co je potřeba

66 Holmerová I. et al. 2013. Bedekr aktivního stárnutí. Praha : Fakulta humanitních studií

67 Šestáková I. 2015. Bydlení specifických skupin obyvatel. Nauka o stavbách II. Prezentace 24-4-2015

68 te Boekhorst S. et al. 2009. The effects of group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 970–978

69 ČALS. 2010. Kritéria hodnocení kvality Vážka®. Manuál pro hodnocení. Česká alzheimerovská společnost.

70 MPSV. 2009. Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče. http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny_postup_3_2009.pdf

(např. jídlo a prádlo). Místnost pro odpočinek pracovníků v přímé péči by měla nabídnout klid, možnost odložení vlastních věcí a útulné prostředí. Administrativní zázemí, které slouží k setkání a jednání s klienty, příbuznými a návštěvníky, by mělo být snadno dosažitelné a vyzývající ke vstupu.

Pobyt venku, procházky, zahradničení, posezení v zeleni apod. jsou věci, které nás provázejí celý život. Někteří autoři je uvádějí také jako důvod snížení neklidu, nepohody a dalších projevů chování, které mohou být pocíťovány a vnímány jako problémové nebo trýznivé.⁷¹ Není-li možné, aby obyvatelé zařízení samostatně volně vycházeli z pokoje či společných prostor v interiéru přímo do bezpečného venkovního prostoru, je třeba, aby v budově byl dostatečný počet výtahů, které umožní pracovníkům doprovodit klienty na čerstvý vzduch.

První dojem po vstupu do zařízení

Sheard i další autoři uvádějí, že dojmy a pocity jsou důležitější, než přístupy a terapie.^{72, 73, 74} Při vstupu do zařízení pro lidi s demencí, kde jsou pocity lidí důležité, je na první pohled patrné, že jsme navštívili místo, kde BYDLÍ lidé. Nikoli místo, kde je dodržován režim služby a kde jsou prováděny úkony. Vstup do domu je snadný, bez překážek. Je příjemné, když nás přivítá denní světlo, libé zvuky a snesitelná hladina hluku, vzduch je svěží, větrá se, teplota je příjemná.⁷⁵ Oku lahodí účelné vybavení vstupních prostor, případně nás potěší lidé, kteří nám pomůžou se zorientovat či nás doprovodí, kam potřebujeme. V zařízení vládne poklid; shon, přejíždění a harašení nejrůznějších vozíků (léky, jídlo, úklid) buď vymizelo, nebo je omezeno na minimum.

K odlišení dveří, nábytku a dalších předmětů je využíváno barev nebo barevného kontrastu. Orientaci napomáhají předměty, případně informační tabule ve výšce očí, dobře čitelné a návodné. Podlahy jsou jednobarevné, dekorační předměty jsou vkusně a účelně vybrané a nepřipomínají zapomenuté nástěnky a produkty z hodin výtvarné výchovy na základní škole. Předměty a dekorace podporují

71 Mooney P., Nicell P. L. 1992. The importance of exterior environment for Alzheimer residents: Effective care and risk management. *Healthcare Management Forum* 5:23–29

72 Sheard D. M. 2008. Inspiring: leadership matters in dementia care (Feelings matter most series). London: Alzheimer's Society.

73 Sheard D. M. 2013. The feeling of mattering: the positioning of emotions in dementia care. *Journal of Dementia Care* 21(2) 23–27.

74 Gaelick K. 2015. Peace of mind: model of dementia care accepts and embraces people's reality. *Alberta RN* 71(3) 23–25.

75 Gibb M. 2013. Impact of the Care Environment on people with dementia. <http://dementia.ie/images/uploads/site-images/matthew.pdf>

orientaci, napovídají, kde se právě nacházíme, k čemu místo slouží. Nacházíme místa, kde si lze posedět a odpočinout, pozorovat dění kolem. Na chodbách i ve společných prostorách je dostatek místa, lidé se můžou volně pohybovat i s chodítky nebo na vozíku, není problém se vzájemně vyhnout.

Pracovnice zařízení působí jako známí a přátelé lidí, kteří v zařízení žijí, nikoli jako dohled či službu konající personál. Lidé jsou oblečeni civilně, chovají se k sobě přátelsky, dívají se na sebe, vnímají se, zdraví se. Je vidět, že pracovnice jednotlivé klienty znají, zajímají se o ně. Občas si přisednou, dotýkají se, prostě jen „jsou spolu“.⁷⁶ Příbuzní a přátelé, kteří přicházejí na návštěvu, se tu chovají „jako doma“. Je patrné, že zástupci managementu zařízení tráví čas s obyvateli a s pracovníky v přímé péči i v ostatních úsecích, že je znají a sdílí s nimi každodenní události.

Společné prostory

Společné prostory pro klienty by měly mít charakter domácího prostředí.⁷⁷ V takovém prostředí se jak klienti, tak rodinní příslušníci i pracovnice snadněji orientují a lépe cítí. V otevřeném domácím prostředí jsou pečující prakticky v neustálém kontaktu s klienty. Interakcí mezi lidmi je tak více než v situaci, kdy klienti pobývají převážně sami na svých pokojích a pracovnice za nimi v pravidelných intervalech docházejí, aby provedly potřebné a předepsané úkony (hygiena, podání jídla, uložení ke spánku apod.) či „doprovázejí a odvázejí klienty do aktivizace“. Některé pracovnice uvádějí, že práce v domácnosti je náročnější.⁷⁸

Obecné pravidlo interiérového designu pro pobytová zařízení zní *podomácku!*, nehledě na potíže, které vytvářejí jak samy budovy, tak bezpečnostní a hygienické normy platné pro sociální a zdravotní služby. Velikost zařízení nemusí být nepřekonatelným problémem.⁷⁹ Je možné například rozdělit podlaží větších budov na menší jednotky a vytvořit menší skupiny lidí, využívající společně místnost plnicí roli kuchyně a/nebo obývacího pokoje. V prostoru by měl být dostatek místa pro

76 Inspiring Action. Leadership Matters in Person Centred Dementia Care. Checklist. Brighton: Dementia Care Matters.

77 Day K., Carreon D., Stump C. 2000. The Therapeutic Design of Environments for people with Dementia: A Review of the Empirical Research. *The Gerontologist*. vol. 40, no. 4, s. 397–416. <http://www.communitywebs.org/hTSA/assets/dementia/outdoor-environments-for-people-with-dementia.pdf>

78 Verbeek H. et al. 2012. Small-scale, homelike facilities in dementia care: A process evaluation into the experiences of family caregivers and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*. vol. 49, no. 1, s. 21–29.

79 Fleming R., Crookes P., Sum S. 2008. A review of the empirical literature on the design of physical. *Research online*. University of Wollongong, <http://ro.uow.edu.au/hbspapers/2874>

pohodlný a bezpečný pohyb (přístup k věcem, možnost posadit se a vstát i bez pomoci, odložit pomůcku, položit si svoje věci). Velikost a uspořádání prostoru by měly umožnit pobyt jednotlivcům, kteří chtějí být sami (posezení u okna s výhledem ven, v křesle s lampou a knihou či pletením) dvojicím i malým skupinám (na sofa či v křeslech u stolku s kávou, při poslechu či sledování programu, na židlích u stolu při nějaké práci), aniž by se vzájemně rušili činnostmi a hlukem, který je doprovází (televize, rádio, rozhovor).

Vstup do společných prostor by měl být co nejjednodušší (žádné nebo široké otevřené dveře apod.). Výhodou je, pokud je společná místnost umístěna centrálně (v centru budovy či podlaží) tak, aby do ní lidé mohli vstupovat přímo (z chodby či pokoje), případně aby byla dobře viditelná a zvala k návštěvě, k posezení, poležení a činnostem (výrazné zárubně, prosklená stěna z chodby s otevřenými dveřmi apod.). Propojení s vnějším prostorem (zahrada, terasa) může být dalším zlepšením pro společně užívaný prostor.

Důležité je dobré osvětlení, preferováno je přirozené denní světlo. Popřípadě lze kromě stropního svítidla využít i lamp a lampiček na osvětlení pracovních ploch nebo místa, kde si lidé něco čtou a prohlížejí. Regulace denního světla pomocí žaluzií a závěsů by měla být samozřejmostí. Lepší viditelnosti napomůže také barevný kontrast. Nábytek, který kontrastuje se zdmi a podlahou může být snadnější rozeznat, předměty, které zřetelně vystupují z podložky, je snadnější uvidět.

Nábytek by měl odpovídat běžnému vybavení domácností (židle, stoly, křesla, sofa, odkládací stolky, kuchyňská linka, police, příborník) a zároveň kompenzovat případná znevýhodnění (obtíže při sedání a zvedání, manipulaci s těžkými předměty, udržení rovnováhy, umístění kompenzačních pomůcek). Materiál, ze kterého je nábytek vyroben, by měl být příjemný a umožňovat snadnou údržbu. Na podlahu volíme lino nebo dlažbu v kuchyni, koberec pro pokoj obývací a/ nebo ložnici.

Předměty v místnosti by měly být k užívání, případně dekoraci. Mohou a mají-li je lidé užívat, musí být vidět (poličky, průhledné výplně) a být dostupné (výška, umístění, kontrast). Vhodně umístěné a nejedovaté květiny jsou k vidění v mnohých domácnostech. Předmětů by mělo být „tak akorát“. Příliš mnoho předmětů, které přitahují pozornost, případně ještě působí hluk (televize, rozhlas, zvonění, rachot vozíků), může mást, vyvolávat neklid nebo úzkost. Strohé prostředí zase nenapomáhá orientaci a nepodněcuje k činnosti, není útulné. Hledání vhodných předmětů, odstraňování nevhodných a harmonizace prostředí vyžadují pečlivě

sledování a soustředěný zájem pracovníků. Pozornost věnovaná vztahům a interakcím mezi lidmi a lidmi a věcmi, prostředím, je součástí dobré péče⁸⁰.

Pečující můžou mít ve společných prostorách svoje pracovní místo (stůl, židle, počítač, skříňka s dokumenty), kde si budou moci „dělat své“ a přitom se zapojit do dění, když je to potřeba.

Pokoje

Pokoj je místem, kde má člověk možnost být sám, v klidu, v tichu, se svými věcmi a se svými blízkými, když přijdou na návštěvu. Poskytuje možnost zacházet s věcmi, které máme rádi a zabývat se činnostmi, které nás těší, a nechceme je dělat ve větší společnosti.⁸¹ Pro pohodlí, soukromí a dobré soužití jsou doporučovány pokoje jednolůžkové.⁸² Vybavení pokojů by mělo odpovídat vybavení obytné ložnice – postel (v případě potřeby polohovatelná), noční stolek, lampička, křeslo nebo stabilní židle s područkami, stojací lampa, menší stůl a židle, skříň na oblečení, popřípadě menší skříňka na další osobní věci. V případě, že jsou léky klientům podávány na pokoji, je zde i uzamykatelná zásuvka nebo skříňka. Zásuvky a skříňky, nejsou-li prosklené, je možno označit nálepkami s obrázky, jsou-li lidem srozumitelné. Na oknech či balkonových dveřích můžou být záclony, závěsy a rolety dle přání a zvyklostí obyvatele místnosti. Doporučuje se umístění oken nízko u podlahy, aby bylo možné vsedě sledovat dění za okny.

Je-li pokoj dvoulůžkový, je nábytek umístěn tak, aby každý člověk měl co největší soukromí a dostatek místa pro volný pohyb po místnosti a pro vlastní věci.

Přehoz na postel, povlečení, polštářky, obrázky a další dekorační předměty si lidé mohou přinést ze svého původního domova. Jejich pokoj v zařízení si tak zachovává svou jedinečnost, může podpořit orientaci a dobrý pocit. Při volbě barvy podlahy, nábytku, dveří a stropu je doporučovaný kontrast ve výši 30 procentních bodů LRV. Doporučováno je také vyhnout se lesklým podlahám, složitým a velkým vzorům lina, koberce, dlažby či tapet.⁸³ Pokud jsou lidé zvyklí starat se

80 Davis S. 2008. Guiding design of dementia friendly environments in residential care settings: Considering the living experiences. *Dementia*. vol. 8 (2), 185–203

81 Chmielewski E. et al. 2014. Excellence in Design: Optimal Living Space for People With Alzheimer's Disease and Related Dementias. Perkins Eastman a Alzheimer's Foundation of America.

82 Morgan D. G., Stewart N. J. 1998. Multiple occupancy versus private rooms on dementia care units. *Environment and Behavior* 30(4): 487–503

83 Thomas Pocklington Trust. 2010. Design guidance for people with dementia and for people with sight loss. London: Thomas Pocklington Trust

o květiny, je dobré, když mají v pokoji svoje místo. Jen by neměly být jedovaté, trnité apod.

Pokoj je uzamykatelný, po dohodě s pracovníci domova a rodinnými příslušníky, mají pečující v případě nutnosti možnost pokoj odemknout a vstoupit. Dveře do koupelny a na WC by měly být dobře viditelné a označené, případně otevřené. Aby nepřekážely v cestě, nebo nezakrývaly východ z pokoje, je možné využít dveře zasouvací.

Dveře do pokoje můžou být pro každého obyvatele odlišeny barvou, vedle stojícím předmětem, nebo dekorací na zdi či na dveřích (memory box, tabulka, jmenovka). Dveře by se měly snadno otevírat, zavírač dveří by měl být nastaven tak, aby nekladl velký odpor a dveře se zavíraly pomalu.⁸⁴

Jednoduše řečeno, vlastní pokoj by měl být co „nejnormálnější“. Přidejme jen doporučení Alzheimer's association, jejíž členové upozorňují na nutnost dbát na bezpečí obyvatel zařízení ve všech prostorách včetně jejich vlastního pokoje: okna, dveře na balkon či terasu, zařízení pokoje a jejich užívání by měly být přizpůsobeny schopnostem jejich obyvatel.⁸⁵

Hygiena

Dobře situovaná a zařízená koupelna umožňuje, aby i člověk s jistými omezeními mohl vykonávat úkony spojené s hygienou sám nebo s asistencí. Koupelna a záchod by měly být soukromé, přístupné z pokoje každého obyvatele zařízení. Pokud tomu tak není, měl by být k dispozici minimálně jeden záchod na čtyři obyvatele a maximálně 8 lidí může využívat jednu koupelnu.⁸⁶ Zvláště v případě společného užívání, je třeba dbát na zajištění dostatečného soukromí a čistoty.

Koupelna je potenciálně nebezpečným místem – možnost uklouznutí, málo místa, horká voda apod. Stejně jako v ostatních prostorách je proto důležité dobré osvětlení, kontrast pro snadné rozlišení vybavení a předmětů. Kohoutky, sprcha i záchod (např. mechanismus splachování, WC sedátko) by měly být dobře viditelné, jednoduché a běžně užívané.⁸⁷ Bezbariérový přístup, protiskluzová podlaha,

84 Dementia Services Development Centre. University of Stirling. www.dsdc. The Dementia Center. Virtual Care Home. <http://dementia.stir.ac.uk/design/virtual-environments/virtual-care-home>

85 Alzheimer's association. www.alz.org. Designing a care facility http://www.alz.org/professionals_and_researchers_designing_a_care_facility.asp

86 Hradcová D. 2016. Příprava na certifikaci Vážka®. ČALS

87 Greasley-Adams C. et al. Nedat. Good practice in the design of homes and living spaces for people with dementia and sight loss. <http://dementia.stir.ac.uk/design/good-practice-design-dementia-and-sight-loss>

vyšší WC mísa, nástavec, madla, úchyty a dobře viditelný a přístupný držák na toaletní papír jsou dalšími pomocníky. Sprchový kout s dobrým spádem lze navíc opatřit nízkou zástěnou a/nebo závěsem zabraňujícím vytékání vody do prostoru celé koupelny. Sprchovací stoličky, židle nebo vozíky mohou sprchování usnadnit. Také v koupelně musí být dostatek místa pro pohyb na vozíku, umyvadlo by mělo být v takové výšce, aby se pod něj dalo vozíkem zajet. Je potřeba, aby se v koupelně mohly pohodlně pohybovat dvě osoby.

Kosmetika a další předměty, které člověk používá, jsou umístěny na polici tak, aby bylo snadné na ně dosáhnout. V případě nevhodného užívání (např. záměna pleťového krému za zubní pastu) je třeba je uzamknout do skříňky, do které mají přístup pouze pečující. Pokud člověku s demencí vadí zrcadlo, je třeba je odstranit nebo zakrýt.

Není-li možné používat soukromé WC a sprchový kout, je na místě využití tzv. centrální koupelny, kde je možné nejen sprchování, ale s pomocí speciálních pomůcek a zařízení i koupání ve vaně. Asistence při koupání může být fyzicky i emocionálně náročným zážitkem jak pro klienty, tak pro pečující. Výzkum v této oblasti ukazuje na několik důvodů, proč tomu tak je ze strany klientů: bolest, únava a slabost, nejistota a stud, obava z pádu, obavy z neznámého prostředí, chlad. Pracovnice pak uvádějí jako problém nedostatek času, námahu nebo nevyhovující prostory a vybavení. Autoři jedné ze studií zdůrazňují, že je důležité chápat asistované koupání a sprchování především jako záležitost vztahu, interakce mezi lidmi, nikoli jen jako pracovní úkon, který je potřeba vykonat⁸⁸. V koupelně plně technických vymožeností může k lepšímu pocitu napomoci teplo, adekvátní osvětlení, použití vůní, mastí, měkkých nahřátých osušek, županu. Klidná atmosféra beze spěchu při přípravě, provádění i ukončení koupele. Respekt ke studu a obavám, šetrné dotyky a manipulace s tělem a vlídná komunikace můžou z koupání učinit pro klienty i pracovníce příjemný zážitek.

Orientace

Lidé s demencí mívají problémy zapamatovat si, kde jsou místa a věci, které potřebují, nebo porozumět tomu, k čemu jsou věci určené a jak fungují. Svět kolem nich je stále méně pochopitelný. Dezorientace a zmatek jsou nepříjemné pocity, které lidé s demencí zažívají i ve svém vlastním, dříve dobře známém prostředí. Přizpůsobit se novému prostředí v zařízení, do kterého lidé docházejí nebo kam se přestěhovali, je pro ně velkou výzvou, neboť adaptace vyžaduje schopnost

88 Rader J. et al. 2006. The Bathing of Older Adults with Dementia. The American Journal of Nursing. Vol. 106, No. 4: 40–49

pamatovat si a učit se nové věci. Mnoho z toho, co může pomoci lidem zorientovat se, jsme již zmiňovali výše:

- vše, co je důležité, by mělo být dobře viditelné díky barevnému odlišení a kontrastu
- klíčové je dobré osvětlení
- na chodbách jsou umístěny dekorační předměty, nábytek a květiny, které slouží jako orientační body
- dveře pokojů každého člověka by měly být specificky označeny, vybavení pokojů by mělo být osobní, aby každému připomnělo, že je doma
- předměty denní potřeby by měly být viditelné, na dosah, nebo uloženy např. v prosklené skříňce
- architektonické řešení by mělo být jednoduché, člověk by měl vidět na oba konce chodby, i společnou místnost by měl ze dveří ložnice uvidět, nebo do ní velmi snadno dojít; na dohled by měl být také východ do bezpečného vnějšího prostoru⁸⁹

V mnoha zařízeních jsou běžně používány velké nástěnné kalendáře a hodiny. Orientační tabulky, cedule a směrovky, je třeba umístit ve vhodné výši (1,2 m) tak, aby kontrastovaly s pozadím. Obrázky, písmena a šipky musí být dostatečně velké.⁹⁰

Dobré označení toalet (stejná tabulka s obrázkem a nápisem a stejná barva dveří) v celém zařízení a dobře viditelné WC sedátko a umyvadlo mohou podpořit schopnost starat se o osobní hygienu. V jednom z pokusů bylo umístění šipek směřujících k WC na podlahu daleko efektivnější než umístění na dveře ve výšce očí. Jiná ze studií uvádí, že výsledky používání piktogramů, směrovek, cedulí a dalších způsobů označování jsou nejednoznačné a neprokázalo se, že by lidem s demencí významně pomáhaly s orientací.⁹¹ Pokud naopak chceme, aby někdy lidé nevycházeli nebo neodcházeli, je možné použít různá označení zákazu, zrcadlo, nebo například pásku či dveře skrýt (např. použitím barvy, která splývá s okolními stěnami).

Passini v několika studiích věnovaných orientaci lidí s demencí v pobytových službách doporučuje, aby v případě, že se jedná o velké několikapokosťové zařízení, bylo vše potřebné soustředěno na jednom patře např. ložnice, společenská

místnost, kuchyňka, hygienické zázemí, terasa.⁹² Procházení dlouhými chodbami a přesuny výtahem do jídelen a kaváren v přízemí budovy bývá s postupujícím onemocněním nemožné, navíc pracovníce nemají vždy čas je doprovázet. Neznamená to samozřejmě, že by lidé neměli pravidelně chodit ven. Orientaci ve venkovním prostoru napomáhají nekonečné stezky vedoucí zpět ke vchodu do budovy a samozřejmě rostliny a vhodně rozmístěný zahradní nábytek.

Zázemí pro personál

Prostředí je důležité pro pracovníce zařízení stejně jako pro jeho obyvatele. Možnost pobývat ve společnosti (klientů i členek týmu), ale zároveň mít možnost odpočinout si v klidu a v soukromí, je důležitým aspektem péče o zaměstnance.

Pracovní místo týmu přímé péče by mělo být integrováno do prostoru využívaného společně klienty. Pečující tak mají možnost sledovat dění a pohyb obyvatel zařízení, komunikovat s nimi, pomáhat jim se zapojením do činností. Pracovní stůl, zásuvky a skříňky by měly být uzamykatelné, aby v nich bylo možné schraňovat důvěrné dokumenty, notebook apod. Toto uspořádání umožňuje psát denní záznamy, plánovat a doplňovat potřebné informace do systému a zároveň pobývat s klienty.⁹³

Jsou činnosti, které vyžadují klid a koncentraci, možnost diskutovat každodenní události s ostatními členkami týmu. Také dokumentaci, kterou je potřeba aktualizovat a uchovávat, je nutné někde umístit. Každý tým by proto měl mít k dispozici pracovnu, kde se může setkávat, kde mohou pracovníce relaxovat, trávit svoji přestávku, aniž by byly vyrušovány klienty.⁹⁴ Pracovna by zároveň měla poskytovat potřebné administrativní zázemí (počítač/e, přístup do systému, telefon, kopírka, kancelářské potřeby apod.).

Je-li jediným zázemím pro tým přímé péče i vedoucí pracovníce místnost na oddělení, musí být dveře vždy otevřené a je třeba počítat s tím, že do místnosti mají klienti kdykoli přístup.

Šatny pro odložení osobních věcí a hygienické zázemí je neodmyslitelnou součástí každého zařízení.

89 Marquardt G. 2011. Wayfinding for People With Dementia: The Role of Architectural Design. *Health environments research & design*. Vol 4, (2), 22–41

90 The King's Fund. 2014. Is your care home dementia friendly? EHE Environmental Assessment Tool.

91 Namazi K. H., Johnson B. D. 1991. Physical environmental cues to reduce the problems of incontinence in Alzheimer's disease units. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 6(6): 22–28.

92 Passini R et al. 2000. Way-finding in a nursing home for advanced dementia of the Alzheimer's type. *Environment and Behavior*, 32 (5), 684–710

93 Perkins B., Hoglund J. D. 2013. *Building type basics for senior living* (2nd Ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

94 Chmielewski E. et al. 2014. Excellence in Design: Optimal Living Space for People With Alzheimer's Disease and Related Dementias. Perkins Eastman a Alzheimer's Foundation of America

Personál

Počet a kvalifikace podle typu zařízení

Poskytování služeb lidem s demencí v pobytových zařízeních je postaveno na spolupráci mnoha profesí především z oblasti zdravotně sociální. Podobně jako v jiných zemích se i v ČR projevuje trend, že v sociálních pobytových službách žijí stále častěji lidé, jejichž závislost na cizí pomoci je vysoká, často jsou upoutáni na lůžko a vyžadují vysoký stupeň ošetrovatelské péče. Potřebám klientů je třeba uzpůsobit počet a také kvalifikaci pracovníků. Při sestavování týmu je nutné přihlídnout také ke stavebním dispozicím zařízení – pokud jsou pro klienty odděleny (jsou například v různých patrech), je možné, že bude třeba zařadit víc zaměstnanců, aby žádné oddělení nezůstávalo bez přítomnosti profesionálů.

Tým je možné rozdělit na pracovníky přímé obslužné péče (nejčastěji pracovníky v sociálních službách), sociální pracovníky a pracovníky poskytující různé terapie (často jsou to ergoterapeuti, fyzioterapeuti, muzikoterapeuti, pet-terapeuti), zdravotníky (všeobecné zdravotní sestry), lékaře (praktický lékař a specialisté dle potřeb obyvatel – nejčastěji psychiatři, geriatři či neurologové, případně stomatologové, diabetologové, urologové).

Podle Strategie České Alzheimerovské společnosti⁹⁵ je v případě, že klienti služby (skupina čítající maximálně 15 osob) jsou ve stádiu P-PA-IA 2 (středně pokročilá a těžká demence), nutná přítomnost dvou pracovníků přímé obslužné péče (pracovníci v sociálních službách, sanitáři), v době zvýšené potřeby péče (například v době ranní hygieny, či během jídla), je třeba počet pracovníků přizpůsobit potřebám (J. Zgola⁹⁶ připomíná, že zvýšenou potřebu pracovníků během stravování mohou pokrýt vyškolení administrativní pracovníci, stejně jako zaměstnanci, kteří se normálně věnují údržbě budovy, či jak známe z praxe – zdravotní sestry či vedoucí zdravotnických úseků). V případě, že obyvatele oddělení řadíme vzhledem k jejich potřebám do stádia P-PA-IA 3, je dle Strategie ČALS nutná trvalá přítomnost zdravotnického pracovníka. (Počty ostatních pracovníků viz tabulka z Manuálu pro hodnocení.)

95 Strategie České Alzheimerovské společnosti P-PA-IA. Česká Alzheimerovská společnost, 2016

96 Zgola J., Bordillon G. 2013. Bon Appetit. Radost z jídla v dlouhodobé péči. Česká Alzheimerovská společnost

Tabulka 1 – Přehled pracovníků⁹⁷

zařízení sociálního typu/počítáno na 15 lidí (jen jako součást většího zařízení)		
oddělení P-PA-IA 2 -nepřetržitý provoz	pracovník/kvalifikace	počet ve směně
skupina/odd. 15 lidí (1/2 zdrav. stanice)	pracovník obslužné péče	3 – ranní směna
		2 – odpolední směna
		1 – noční směna
zdravotní sestra		0,25 v ranní směně
		dále – dostupnost v zařízení
specializovaný pracovník (ergoterapeut, atd.)		4 hodiny denně (všední dny)
lékař		vlastní praktický lékař
geriatr, psychiatr, neurolog		konziliární služba (1 měsíčně)

Různé texty určené lidem s demencí či jejich rodinám^{98, 99} poukazují na to, že jedním ze znaků kvality pobytového zařízení je, že klienti mají příležitost vytvořit si s pracovníky, kteří jim poskytují služby, vztah – v případě pobytových služeb nedoporučují střídání přímého obslužného personálu. Obdobné je to v případě lékaře – proto je důležité, aby klient měl možnost zůstat v péči svého praktického lékaře, či specialisty.

Kvalifikace v demencích

Problematiku vzdělávání v sociálních službách v obecné rovině pokrývá zákon o sociálních službách. Ten ale definuje pouze obecnou odbornou způsobilost pro práci v sociálních službách – v případě pracovníků v sociálních službách je to kvalifikační kurz, který je pracovníkům v sociálních službách určený. Kurz pracovníka

97 Kritéria hodnocení kvality Vážka. Manuál pro hodnocení.

98 Living with Alzheimer's For people with Alzheimer's. Taking Action Workbook. Alzheimer's Association. http://www.alz.org/i-have-alz/downloads/lwa_pwd_taking_action_workbook.pdf

99 Your guide to choosing a Nursing Home or Other Long-Term Care. US. Department of Health and Human Services, 2015. <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02174.pdf>

v sociálních službách definovaný prováděcí vyhláškou přitom nemůže vzhledem ke své obecnosti a rozsahu pracovníky přímé péče na práci pro lidi s demencí připravít. Jiné, speciální kvalifikační kurzy – například pro práci s lidmi s demencí – ale zákon nezná.

V praxi se proto setkáváme s tím, že si pracovníci „doplňují“ kvalifikaci v rámci dalšího vzdělávání, které jim musí zaměstnavatel v rozsahu 24 hodin ročně zabezpečit. Při výběru těchto kurzů je žádoucí reagovat nejen na vzdělávací potřeby konkrétních zaměstnanců, ale i na potřeby organizace, respektive potřeby klientů (v souladu se standardy kvality se pak především potřeby konkrétních zaměstnanců hodnotí v pravidelných vzdělávacích plánech zaměstnanců).

Pracovníci, kteří poskytují služby lidem s demencí, by měli mít absolvované kurzy v souladu s použitým kompetenčním modelem či alespoň v souladu s vizí zařízení (s ohledem na potřeby klientů). Kompetenčních modelů je celá řada¹⁰⁰. Inspirační je například dokument Michigan Dementia Coalition¹⁰¹. V našem kontextu můžeme použít také model péče o lidi s demencí, jak je definován prostřednictvím kritérií hodnocení kvality Vážka®. Pracovníci by měli mít znalosti a dovednosti v následujících oblastech: demence (příčiny, projevy, reverzibilní demence), komunikace s lidmi s demencí, příčiny a projevy „problémového“ chování, spolupráce s rodinou a přáteli člověka s demencí, individualizovaná péče, důstojnost lidí s demencí, bolest u lidí s demencí, paliativní péče u lidí s demencí, nároky na výživu a hydrataci, stejně jako právní úpravy dotýkající se lidí s demencí (předběžné prohlášení, předem vyslovené přání, podpůrná opatření pro právní jednání, svéprávnost). Podstatné jsou také znalosti, které pracovníkům ve službách umožňují péči o vlastní zdraví (podrobněji také další kapitola).

Potřeby personálu a jejich podpora

Pracovníci pomáhajících profesí jsou častou obětí syndromu vyhoření. Proti syndromu vyhoření lze bojovat jak na osobní úrovni, tak na úrovni organizace – sledováním potřeb zaměstnanců a jejich podporou. Nejčastější formou podpory v sociálních službách je supervize. Supervize byla v minulosti v našich podmínkách často považována za velmi drahou a ne zcela nezbytnou záležitost. Nejen

100 Competency standards for dementia care – summary report. University of New South Wales. 2008. http://www.dementiaresearch.org.au/images/dcrc/output-files/259-nc1_web_summary.pdf

101 Knowledge and skills needed for dementia care: a guide for direct care workers. Michigan Dementia Coalition, 2006. https://www.interiorhealth.ca/sites/Partners/DementiaPathway/EducationalResources/Documents/DemCompGuide_181812_7.pdf

Jitka Zgola a Gibert Bordillon¹⁰² upozorňují, že podpora (a vzdělávání) zaměstnanců je nákladná, zároveň je ale třeba vědět, že bez této podpory zaměstnavatel riskuje fluktuaci, která je v důsledku ještě nákladnější.

Standardy kvality, ve svém kritériu 10. Profesní rozvoj zaměstnanců, v bodě e) hovoří o tom, že zaměstnavatel má svým pracovníkům v přímé péči zajistit „podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka“. Pro úspěch supervize je podstatný výběr supervizora, cíle supervize definované v supervizním kontraktu a také četnost supervizí.

Kromě formalizované podpory například ve formě supervize, má zaměstnavatel i jiné možnosti – může to být zahrnutí zaměstnanců do rozhodování, které přispívá k větší spokojenosti v zaměstnání, různá ocenění, finanční a nefinanční benefity anebo podpora týmové spolupráce a pospolitosti¹⁰³.

Práce se zaměstnanci, sledování jejich potřeb a jejich podpora je pro každého zaměstnavatele jednou z důležitých oblastí, které ovlivňují výsledky celé organizace. Jak v této souvislosti uvádí například Jitka Zgola¹⁰⁴ – „spokojenost v zaměstnání je pro omezení fluktuace důležitější, než výše platu.“

Zaškolení a další vzdělávání

Zaškolení zaměstnanců – respektive existence písemných pravidel pro přijímání nových zaměstnanců a jejich zaškolování – je jedním z kritérií standardů kvality sociálních služeb (9. Personální a organizační zajištění sociální služby). Zaškolení nových zaměstnanců věnujeme pozornost také během certifikace Vážka® a to především vzhledem k tomu, že zákon o sociálních službách de facto umožňuje přijímat do přímé péče zaměstnance bez potřebné kvalifikace. Vstupní zaškolení a další prohlubování kvalifikace v oblasti péče o lidi s demencí je pro poskytování kvalitní péče zásadní.

Další vzdělávání zaměstnanců se částečně překrývá s kapitolou kvalifikace v demencích. Zatímco v rámci hodnocení kritéria kvalifikace v demencích je věnována pozornost obsahové stránce kurzů, v rámci kritéria zaškolení a další vzdělávání se hodnotí systém, který je pro další vzdělávání používán. Přínosná

102 Zgola J., Bordillon G. 2013. Bon Appetit. Radost z jídla v dlouhodobé péči. Česká alzheimerovská společnost

103 Standardy kvality v této souvislosti ve svém kritériu 10, bodě d požadují, aby byl zpracován systém „finančního a morálního oceňování zaměstnanců“.

104 Zgola J., Bordillon G. 2013. Bon Appetit. Radost z jídla v dlouhodobé péči. Česká alzheimerovská společnost

bývá funkce mentorů nebo školitelů, kteří mají nové zaměstnance na starosti a dostatečně dlouho se jim věnují. Důležitý je také mechanismus rozhodnutí, kdy je možné nového zaměstnance nechat pracovat samostatně (v poněkud jiných podmínkách celý postup popisuje publikace Skills for Care¹⁰⁵).

Kompetence pracovníků

Kompetencemi rozumíme v kontextu Certifikace Vážka® oba dva hlavní významy toho slova: tedy jak pravomoc, tak schopnost používat nabyté vědomosti a znalosti.

V prvním významu toho slova je podstatné, aby systém pravomocí a povinností byl v organizaci natolik jednoznačný, aby nedocházelo k nepokrytí některých potřeb. Důležité je v této souvislosti také předávání informací v rámci týmu.

Jak je uvedeno v kritériu kvalifikace v demencích, ve světě existují různé kompetenční modely. Victoria Traynor¹⁰⁶ se svým týmem v práci zaměřené na péči o lidi s demencí upozornila na sedm kompetenčních modelů. Kanadský Calgary Regional Health Authority¹⁰⁷ ve svých standardech péče o lidi s demencí definuje sedm klíčových kompetencí. Pracovníci by měli prokázat aplikaci znalostí o demenci; měli by umět rozeznat tzv. problémové chování, kterému by měli umět předcházet a měli by ho umět zvládat, pokud se projeví; měli by chápat potřeby rodin a přátel lidí s demencí; měli by podporovat nezávislost v každodenních aktivitách; vytvářet optimální prostředí a měli by si být vědomi eticky problematických témat, která se v péči o lidi s demencí objevují a zahrnout je do péče.

Tzv. Admiral nurses¹⁰⁸ (tedy kvalifikované zdravotní sestry, které podporují lidi s demencí a jejich rodiny a pracují v různých prostředích ve Velké Británii) vyvinuly model zahrnující osm kompetencí pro ošetrovatelství. Patří mezi ně terapeutická práce, sdílení informací o demenci a informací, které se týkají klienta, schopnost vyhodnocovat zdravotní stav, schopnost vybírat si úkoly podle jejich naléhavosti, preventivní práce a podpora zdraví, etika a péče zaměřená na člověka, vyvažování potřeb pečujících a lidí s demencí a podpora nejlepší praxe.

105 Skills for Care. Supporting dementia workers. A case study-based manager's guide to good practice in learning and development for social care workers supporting people with dementia. 2012
[http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Dementia/Supporting-Dementia-workers-online-copy\(revised\).pdf](http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Dementia/Supporting-Dementia-workers-online-copy(revised).pdf)

106 Competency standards for dementia care – summary report. University of New South Wales. 2008.
http://www.dementiaresearch.org.au/images/derc/output-files/259-nc1_web_summary.pdf

107 Calgary Regional Health Authority, Canada. (2000) Dementia Care Standard. CRHA, Canada

108 Traynor V., Dewing J.: Admiral nurse competency Framework 2003. Royal College of Nursing.

Jak je uvedeno výše, inspirací pro kompetenční model mohou být také kritéria certifikace Vážka® – pracovníci by měli být schopni uplatnit znalosti o demenci, měli by umět podporovat soběstačnost lidí s demencí, měli by umět nabízet pestré doplňkové aktivity, spolupracovat s rodinou a přáteli člověka s demencí, zajistit péči podle individuálních potřeb lidí s demencí, dbát na jejich důstojnost, zvládat problematiku chování, zajistit bezpečnost, výživu a hydrataci a vhodné prostředí pro život lidí s demencí. Samostatnou kapitolou je zdravotní, respektive ošetrovatelská péče.

Literatura

- Alzheimer Europe. Healthy eating. [http://www.alzheimer-europe.org/Living-with-dementia/After-diagnosis-What-next/Dealing-with-practical-issues/Healthy-eating/\(language\)/eng-GB](http://www.alzheimer-europe.org/Living-with-dementia/After-diagnosis-What-next/Dealing-with-practical-issues/Healthy-eating/(language)/eng-GB)
- Alzheimer Europe. Treatment for behavioural and psychological symptoms of dementia. <http://www.alzheimer-europe.org/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Diagnosis-and-treatment-of-dementia/Treatment-for-behavioural-and-psychological-symptoms-of-dementia#fragment2>
- Alzheimer's UK. Eating and drinking. https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=149#Common%20problems
- Alzheimer's association. www.alz.org. Designing a care facility http://www.alz.org/professionals_and_researchers_designing_a_care_facility.asp
- Alzheimer's Disease International. 2014. Nutrition and dementia. A review of available research. Alzheimer's Disease International (ADI), London. February 2014, pg. 6 <http://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/nutrition-and-dementia.pdf>
- Balestreri et al. 2000; McShane and Skelt 2009; Phillips and Diwan 2003, citováno dle The ethical issues linked to the use of assistive technology in dementia care. Alzheimer Europe Report 2010.
- Bradford Dementia Group. 1997. The DCM Method. Calgary Regional Health Authority, Canada. 2000 Dementia Care Standard. CRHA, Canada
- Cingrošová K., Dvořáková K. 2014. Knížka pro vzpomínání a procvičování paměti. Praha: Portál
- Competency standards for dementia care – summary report. University of New South Wales. 2008. http://www.dementiaresearch.org.au/images/drcr/output-files/259-nc1_web_summary.pdf
- ČALS. 2010. Kritéria hodnocení kvality Vážka®. Manuál pro hodnocení. Česká alzheimerovská společnost.
- Davis S. 2008. Guiding design of dementia friendly environments in residential care settings: Considering the living experiences. *Dementia*. vol. 8 (2), 185–203
- Day K., Carreon D., Stump C. 2000. The Therapeutic Design of Environments for people with Dementia: A Review of the Empirical Research. *The Gerontologist*. vol. 40, no. 4, s. 397–416. <http://www.communitywebs.org/hTSA/assets/dementia/outdoor-environments-for-people-with-dementia.pdf>
- Dementia Care and the Built Environment. Position Paper 3, June 2004. Alzheimer's Australia.
- Dementia Services Development Centre. University of Stirling. The Dementia Center. Virtual Care Home. <http://dementia.stir.ac.uk/design/virtual-environments/virtual-care-home>
- Dettmore D., Kolanowski A., Boustoni M. 2009. Aggression in Persons with Dementia: Use of Nursing Theory to Guide Clinical Practice. *Geriatr Nurs*. Jan-Feb; 30(1): 8–17. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3365866/>.
- Dopis č. 3 Tipy na úpravu domácího prostředí, které usnadní život člověku s demencí. (Dle M. P. Calkins: Home Sweet Home: Home Safe Home, 1992 upravila Hana Janečková.) in Holmerová I., Mátllová M. 2015. Dopisy České alzheimerovské společnosti, ČALS
- Doporučení Alzheimer Europe k použití omezovacích prostředků v péči o pacienty s demencí. Překlad I. Holmerová. In: Madridský plán a jiné strategické dokumenty. 2007. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, s. 101–106.
- Feil N., de Klerk-Rubin V. 2015. Validácia – Cesta, ako porozumieť dezorientovaným starým ľuďom.. Bratislava: OZ Terapeutika.
- Fleming R., Crookes P., Sum S. 2008. A review of the empirical literature on the design of physical. Research online. University of Wollongong, <http://ro.uow.edu.au/hbspapers/2874>
- Gaelick K. 2015. Peace of mind: model of dementia care accepts and embraces people's reality. *Alberta RN* 71(3) 23–25.
- Gallagher P. F., O'Connor M. N., O'Mahony D. 2011. Prevention of potentially inappropriate prescribing for elderly patients: a randomized controlled trial using STOPP/START criteria. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 89.6: 845–854.
- Gibb M. 2013. Impact of the Care Environment on people with dementia. <http://dementia.ie/images/uploads/site-images/matthew.pdf>
- Greasley-Adams C. et al. Nedat. Good practice in the design of homes and living spaces for people with dementia and sight loss. <http://dementia.stir.ac.uk/design/good-practice-design-dementia-and-sight-loss>
- Holmerová I. a kol. 2013. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence. *Geriatric a gerontologie*, č. 3. S. 158–164
- Holmerová I. et al. 2013. Bedekr aktivního stárnutí. Praha : Fakulta humanitních studií
- Holmerová I., Hradcová D., Baumanová M. 2015. Dlouhodobá péče – geriatrické aspekty a kvalita. 1 vyd. Praha: Grada Publishing
- Hradcová D. 2016. Příprava na certifikaci Vážka®. ČALS
- Hudeček D., Sheardová K., Hort J. 2012. Demence v klinické praxi v roce 2011. *Postgraduální medicína* 2. 1. <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgraduálnímedicina/demence-v-klinicke-praxi-vroce-2011-462909>. 2015.
- Chmielewski E. et al. 2014. Excellence in Design: Optimal Living Space for People With Alzheimer's Disease and Related Dementias. Perkins Eastman a Alzheimer's Foundation of America
- Improving the design of housing to assist people with dementia, The Dementia Services Development Centre, 2013.
- Inspiring Action. Leadership Matters in Person Centred Dementia Care. Checklist. Brighton: Dementia Care Matters.
- Ivanová K., Bužková R., Olecká I., Jarošová D. 2011. Nevhodné zacházení se seniory ze strany rodinných příslušníků. *Profese on-line*, IV, 1.
- Janečková H. 2013. Důstojnost života ve stáří. In: Prchal M. a kol. Pomáhat! Ale jak? Metodika vzdělávacího programu psychosociální podpory a duchovní péče. Girasole, sdružení pro pomoc a rozvoj. S. 136 – 164.
- Janečková H., Nentvichová Novotná R. 2013. Role rodinných vztahů v institucionální péči o seniory. *Sociální práce/Sociální práce* č. 1/2013, s. 72–81.
- Jindřichovská M. 2014. Zahradní terapie jako součást ergoterapie. *Sociální služby*. Roč. XVI, srpen-září 2014, s. 30–32
- Johnová M. 2006. Plánování zaměřené na člověka a transformace ústavní péče. Příloha časopisu *Rezidenční péče*. Marcom <http://www.rezidencnipecz.cz/archiv/priloha/priloha0603.pdf><http://www.rezidencnipecz.cz/archiv/priloha/priloha0603.pdf>
- Kellet, U. M. 1999. Transition in care: family carers' experience of nursing home placement. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 29, no. 6, p. 1474–1481.
- Kittwood T., Benson S., Eds. 1995. The new culture of dementia care. London: Hawker Publications
- Kitwood T. 1997. Dementia reconsidered: The person comes first. Buckingham: Open University Press.
- Knowledge and skills needed for dementia care: a guide for direct care workers. Michigan Dementia Coalition, 2006. https://www.interiorhealth.ca/sites/Partners/DementiaPathway/EducationalResources/Documents/DemCompGuide_181812_7.pdf
- Koběřská P. 2003. Společnou cestou. Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí. *Obrázkový průvodce, který vznikl díky pečovatelům využívajícím metodu videotréninku interakcí*, Praha: Portál.
- Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf.
- Landau et al. 2009, citováno dle The ethical issues linked to the use of assistive technology in dementia care. Alzheimer Europe Report 2010, str. 69
- Living with Alzheimer's For people with Alzheimer's. Taking Action Workbook. Alzheimer's Association. http://www.alz.org/i-have-alz/downloads/lwa_pwd_taking_action_workbook.pdf
- Livingston G. et al. 2014. Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, Dec. 2014, 205(6) 436 – 442. <http://bjp.rcpsych.org/content/205/6/436>.
- Marquardt G. 2011. Wayfinding for People With Dementia: The Role of Architectural Design. *Health environments research & design*. Vol 4, (2), 22–41
- Marshall 2011, citováno dle Hadjri K., Faith V., McManus M.: Designing dementia nursing and residential care homes. *Journal of Integrated Care*, Vol. 20, No. 5, 2012, pp. 322–340
- Mooney P., Nicell P. L. 1992. The importance of exterior environment for Alzheimer residents: Effective care and risk management. *Healthcare Management Forum* 5: 23–29
- Morgan D. G., Stewart N. J. 1998. Multiple occupancy versus private rooms on dementia care units. *Environment and Behavior* 30(4): 487–503
- MPSV. 2009. Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče. http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporučeny_postup_3_2009.pdf
- Namazi K. H., Johnson B. D. 1991. Physical environmental cues to reduce the problems of incontinence in Alzheimer's disease units. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 6(6): 22–28.
- National Institute for Health and Care Excellence. Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg42/chapter/1-recommendations#interventions-for-non-cognitive-symptoms-and-behaviour-that-challenges-in-people-with-dementia>
- National Institute for Health and Care Excellence. Donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease. <https://www.nice.org.uk/guidance/ta217/chapter/1-guidance/vid.14.3.2016/>

- Nolan M. R. et al. 2004. Beyond „person-centred“ care: a new vision for gerontological nursing. *International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing* 13, 3a, 45–53
- Passini R et al. 2000. Way-finding in a nursing home for advanced dementia of the Alzheimer's type. *Environment and Behavior*, 32 (5), 684–710
- Perkins B., Hoglund J. D. 2013. *Building type basics for senior living* (2nd Ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Rader J. et al. 2006. The Bathing of Older Adults with Dementia. *The American Journal of Nursing*. Vol. 106, No. 4: 40–49
- Romero B. 2014. Psychosoziale Interventionen bei Demenz. *Neuroreha*, 2014, 6, 175–180 http://www.set-institut.de/Konzept/body_konzept.html.
- Rüegger H. 2014. Etické výzvy fenoménu demence. *Sociální služby*, únor 2014, s. 16 – 21.
- Ryan A. A., Scullion H. F. 2000. Family and staff perceptions of the role of families in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 32, no. 3, p. 626–634.
- Sheard D. M. 2008. *Inspiring: leadership matters in dementia care (Feelings matter most series)*. London: Alzheimer's Society.
- Sheard D. M. 2013. The feeling of mattering: the positioning of emotions in dementia care. *Journal of Dementia Care* 21(2) 23–27.
- Sheardová K. 2011. Současné možnosti terapie demencí, význam nefarmakologických intervencí. *Psychiatrie pro praxi*; 13 (3), 126 – 128
- Schweitzer P., Bruce E. 2008. *Remembering Yesterday, Caring Today. Reminiscence in Dementia Care. A Guide to Good Practice*. London, Jessica Kingsley Publishers.
- Skills for Care. *Supporting dementia workers. A case study-based manager's guide to good practice in learning and development for social care workers supporting people with dementia*. 2012 [http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Dementia/Supporting-Dementia-workers-online-copy\(revised\).pdf](http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Skills/Dementia/Supporting-Dementia-workers-online-copy(revised).pdf)
- Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. Česká alzheimerovská společnost, 2016
- Šestáková I. 2015. Bydlení specifických skupin obyvatel. *Nauka o stavbách II. Prezentace* 24-4-2015
- Tadd W., Vanlaere L., Gastmans Ch. 2010. Clarifying the concept of human dignity in the care of the elderly: A dialogue between empirical and philosophical approaches. *Ethical Perspectives* 17, no. 1. 253-281.
- te Boekhorst S. et al. 2009. The effects of group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 970–978
- The King's Fund. 2014. *Is your care home dementia friendly? EHE Environmental Assessment Tool*.
- Thomas Pocklington Trust. 2010. *Design guidance for people with dementia and for people with sight loss*. London: Thomas Pocklington Trust
- Traynor V., Dewing J.: *Admiral nurse competency Framework* 2003. Royal College of Nursing.
- Van der Steen J. T. et al. 2014. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*, Vol. 28(3), p. 197–209. <http://pmj.sagepub.com/content/28/3/197.full.pdf+html>
- Vaňková H. et al. 2008. Functional status and depressive symptoms among older adults from residential care facilities in the Czech Republic. *International journal of geriatric psychiatry*, 23:5: 466–471.
- Vaňková H., Hradcová D., Jedlinská M. 2013. Prevalence kognitivních poruch v pobytových zařízeních pro seniory v ČR. *Geriatric a gerontologie*, 2(3), 111–114.
- Verbeek H. et al. 2012. Small-scale, homelike facilities in dementia care: A process evaluation into the experiences of family caregivers and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*. vol. 49, no. 1, s. 21–29.
- Veřejný ochránce práv. *Domovy pro seniory a Domovy se zvláštním režimem. Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv* 2015. http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_seniory.pdf
- Volicer L. End-of-life care for people with progressive dementias: promoting quality of life. http://www.iagg.info/data/VOLICER_-_End_of_life_care_in_Dementia_1.pdf
- Volicer L., Hurley A. C. Management of Behavioral Symptoms in Progressive Degenerative Dementias. <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/58/9/M837.full#xref-ref-83-1>
- Your guide to choosing a Nursing Home or Other Long-Term Care. US. Department of Health and Human Services, 2015. <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02174.pdf>
- Zgola J. 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha: Grada
- Zgola J., Bordillon G. 2013. *Bon Appetit. Radost z jídla v dlouhodobé péči*. Česká alzheimerovská společnost



Komplexní péče o lidi s demencí
Na příkladu kritérií Certifikace Vážka®

Vydala Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., s podporou MZ ČR
Praha 2018

ISBN 978-80-86541-48-8