

# **Projekt vybudování nového denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou v Olomouckém kraji**

Bc. Valérie Navrátilová

---

Diplomová práce  
2012

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta managementu a ekonomiky

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta managementu a ekonomiky  
Ústav managementu a marketingu  
akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Valérie NAVRÁTILOVÁ**  
Osobní číslo: **M10907**  
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**  
Studijní obor: **Management ve zdravotnictví**

Téma práce: **Projekt vybudování nového denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou v Olomouckém kraji**

Zásady pro vypracování:

### Úvod

#### I. Teoretická část

- Zpracujte teoretické poznatky zaměřené na poskytování služeb v sociální a zdravotní péči.

#### II. Praktická část

- Analyzujte současnou úroveň poskytování sociálních služeb klientům s Alzheimerovou chorobou v České republice a Olomouckém kraji.
- Na základě výsledků analýzy zpracujte projekt vybudování nového denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou v Olomouckém kraji.

### Závěr

Rozsah diplomové práce: **70 stran**  
Rozsah příloh:  
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**HOLMEROVÁ, I. et al. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: EV public relations, 2007. 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4.**

**KOUKOLÍK, F. a JIRÁK, R. Alzheimerova nemoc a další demence. Praha: Grada, 1998. 232 s. ISBN 80-7169-615-3.**

**KUZNÍKOVÁ, I. et al. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada, 2011. 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.**

**MATOUŠEK, O. et al. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, 2007. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.**

**PRŮŠA, L. Ekonomie sociálních služeb. Praha: ASPI, 2003. 151 s. ISBN 80-86395-69-3.**

Vedoucí diplomové práce: **prof. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.**  
Ústav managementu a marketingu

Datum zadání diplomové práce: **18. června 2012**

Termín odevzdání diplomové práce: **13. srpna 2012**

Ve Zlíně dne 18. června 2012

prof. Dr. Ing. Drahomíra Pavelková  
*děkanka*



Ing. Pavla Staňková, Ph.D.  
*ředitel ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že:

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>1</sup>;
- diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému,
- na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3<sup>2</sup>;
- podle § 60<sup>3</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;

<sup>1</sup> zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

- (1) Vysoká škola nevydělčeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.
- (2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.
- (3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

<sup>2</sup> zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

- (3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

<sup>3</sup> zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

- (1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

- podle § 60<sup>4</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že:

- jsem diplomovou práci zpracoval/a samostatně a použité informační zdroje jsem citoval/a;
- odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně 13. 8. 2012

Narvátilová

<sup>4</sup> zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

- (2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.
- (3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá poskytováním služeb především v sociální, ale i v zdravotní péči. Teoretická část vymezuje pojmy z oblasti poskytování těchto služeb a zaměřuje se na jejich kvalitu a ekonomické aspekty. Dále je zde charakterizována i problematika Alzheimerovy choroby. Praktická část je rozdělena na analytickou a projektovou část. První z nich analyzuje současnou úroveň poskytování sociálních služeb klientům s Alzheimerovou chorobou v České republice a Olomouckém kraji. Na základě výsledků z analýzy je zpracován projekt vybudování nového denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou v Olomouckém kraji. Projekt je podroben časové, nákladové a rizikové analýze.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, denní stacionář, sociální péče, zdravotní péče

## **ABSTRACT**

The thesis deals with providing services especially in the social care, but also the health care. The theoretical part defines terms from the sphere of providing these services and focuses on their quality and economic aspects. Further, the problems of Alzheimer's disease are also characterized here. The practical part is divided into the analytical and project part. The first of them analyses the current level of providing social services to clients with Alzheimer's disease in the Czech Republic and the Olomouc Region. Based on the analysis results, the project of building a day stationary for clients with Alzheimer's in the Olomouc Region is developed. The project is analysed in terms of time, costs and risks.

Keywords: Alzheimer's disease, day stationary, social care, health care

Děkuji svému vedoucímu práce prof. MUDr. Jaroslavu Slanému, CSc. za trpělivost, erudovanou konzultační činnost, cenné rady a připomínky při vypracování diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat paní Ing. Haně Řezáčové, ředitelce Diakonie Českobratrské církve evangelické v Sobotíně, a to zejména za poskytnuté informace a hodnotné rady. V neposlední řadě, za ochotnou spolupráci a pomoc při realizaci dotazníkového šetření, děkuji všem respondentům a zaměstnancům z Diakonie Českobratrské církve evangelické v Sobotíně a Domova seniorů POHODA Chválkovice.

Motto:

*„ Pouze život, který žijeme pro ostatní, stojí za to.“*

Albert Einstein

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>14</b>
<b>1 CÍLE A METODIKA DIPLOMOVÉ PRÁCE</b> .....	<b>15</b>
1.1 CÍLE DIPLOMOVÉ PRÁCE.....	15
1.2 METODIKA DIPLOMOVÉ PRÁCE.....	15
<b>2 POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB V SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ PÉČI</b> .....	<b>17</b>
2.1 VYMEZENÍ POJMU SLUŽBA.....	17
2.2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	17
2.2.1 Legislativa.....	18
2.2.2 Druhy sociálních služeb.....	18
2.2.3 Zřizovatelé, poskytovatelé a uživatelé sociálních služeb.....	19
2.3 SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNÍ SLUŽBY.....	22
2.3.1 Sociální práce ve zdravotnictví.....	22
2.3.2 Zdravotně sociální pracovník.....	23
2.4 ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY.....	24
2.4.1 Legislativa.....	26
2.4.2 Typologie zdravotnických služeb.....	27
<b>3 KVALITA SOCIÁLNÍCH A ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB</b> .....	<b>29</b>
3.1 VYMEZENÍ POJMU KVALITA VE SLUŽBÁCH.....	29
3.2 KVALITA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	29
3.2.1 Standardy kvality sociálních služeb.....	30
3.2.2 Inspekce.....	31
3.3 KVALITA ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB.....	31
3.3.1 Akreditace zdravotnických zařízení.....	32
<b>4 EKONOMICKÉ ASPEKTY POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB V SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ PÉČI</b> .....	<b>34</b>
4.1 POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB V SOCIÁLNÍ PÉČI A JEJICH HRAZENÍ.....	34
4.1.1 Výdaje na sociální služby.....	35
4.1.2 Dotace státu na financování sociálních služeb.....	35
4.1.3 Poptávka a nabídka sociálních služeb.....	36
4.2 POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB V ZDRAVOTNÍ PÉČI A JEJICH HRAZENÍ.....	37
4.2.1 Výdaje na zdravotnictví.....	39
4.2.2 Poptávka a nabídka zdravotnických služeb.....	39
<b>5 ALZHEIMEROVA CHOROBA</b> .....	<b>40</b>
5.1 DEFINICE ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	40
5.2 VÝSKYT ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	41
5.2.1 Rizikové a protektivní faktory onemocnění.....	41
5.2.2 Prevalence a incidence onemocnění.....	41
5.3 STADIA ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	42
5.4 DIAGNOSTIKA ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	43
5.4.1 Symptomatologie Alzheimerovy nemoci.....	43
5.4.2 Diagnostika syndromu demence.....	43



5.5	TERAPIE ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	44
5.5.1	Farmakologické přístupy v léčbě .....	45
5.5.2	Nefarmakologické přístupy v léčbě.....	45
5.6	ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST .....	46
5.7	PLÁN STRATEGIE PRO PACIENTY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU.....	47
5.8	MOŽNOSTI PÉČE O NEMOCNÉ S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU V ČESKÉ REPUBLICE.....	48
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>49</b>
<b>6</b>	<b>ANALÝZA SOUČASNÉ ÚROVNĚ POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB KLIENTŮM S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU V ČR .....</b>	<b>50</b>
6.1	DEMOGRAFICKÁ ANALÝZA ČR A OLOMOUCKÉHO KRAJE.....	50
6.1.1	Prognóza obyvatelstva ČR .....	52
6.1.2	Vývoj počtu obyvatelstva Olomouckého kraje .....	53
6.1.3	Prognóza obyvatelstva v Olomouckém kraji .....	55
6.2	KOMUNITNÍ PLÁNOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČR.....	56
6.2.1	Komunitní plánování sociálních služeb Olomouckého kraje.....	56
6.3	KVALITA POSKYTOVANÉ SOCIÁLNÍ PÉČE PRO KLIENTY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU .....	57
6.4	POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY .....	58
6.4.1	Kapacita a vybavenost pobytovými sociálními službami v ČR.....	59
6.5	NEPOBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	62
6.5.1	Kapacita nepobytových sociálních služeb v ČR .....	63
6.6	PEST ANALÝZA .....	65
<b>7</b>	<b>DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ .....</b>	<b>70</b>
7.1	PREZENTACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ .....	73
7.1.1	Výsledky z dotazníku pro pečovatele o nemocné s Alzheimerovou chorobou.....	73
7.1.2	Výsledky z dotazníku pro rodinné příslušníky nemocného s Alzheimerovou chorobou .....	81
<b>8</b>	<b>SHRNUTÍ A ODBORNÁ DISKUZE K ANALYTICKÉ ČÁSTI.....</b>	<b>91</b>
<b>9</b>	<b>PROJEKT VYBUDOVÁNÍ NOVÉHO DENNÍHO STACIONÁŘE PRO KLIENTY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU V OLOMOUCKÉM REGIONU .....</b>	<b>97</b>
9.1	VÝCHODISKA PRO ZPRACOVÁNÍ PROJEKTU.....	97
9.2	ZALOŽENÍ OBČANSKÉHO SDRUŽENÍ.....	98
9.3	POSLÁNÍ A CÍLE DENNÍHO STACIONÁŘE .....	99
9.4	POSKYTOVANÉ ČINNOSTI V DENNÍM STACIONÁŘI.....	99
9.4.1	Smlouva o poskytování sociálních služeb.....	101
9.4.2	Personální obsazení denního stacionáře .....	102
9.5	MOŽNOSTI PROPAGACE PROJEKTU.....	103
9.6	REGISTRACE DENNÍHO STACIONÁŘE.....	104
9.7	ČASOVÁ ANALÝZA PROJEKTU.....	106
9.7.1	Časová analýza pomocí metody CPM .....	106
9.7.2	Časový harmonogram projektu .....	110

9.8	NÁKLADOVÁ ANALÝZA PROJEKTU .....	111
9.8.1	Investiční náklady .....	111
9.8.2	Provozní náklady.....	112
9.9	MOŽNOSTI FINANCOVÁNÍ REALIZACE PROJEKTU .....	113
9.10	RIZIKOVÁ ANALÝZA PROJEKTU .....	114
9.11	ZHODNOCENÍ PROJEKTU .....	116
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>118</b>	
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>119</b>	
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>128</b>	
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ .....</b>	<b>130</b>	
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>132</b>	
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>133</b>	

## ÚVOD

Každý den před dnešní nocí (srpen 1930)

*„Dědečkovi*

*bylo by napřesrok osmdesát let.*

*Byl po mrtvici. Denně za svítání*

*jsem ho pomalu oblékal, s ustavičným*

*domlouváním jako dítěti, od ponožek*

*až k šátku na krk. Slyšel každé slovo*

*z našeho světa, ale hned je zapomínal.*

*Pak se nadechl: „To jsem rád, že jdu domů!*

*Chytil se hole a s mou pomocí*

*překročil práh. Už nevnímal osoby,*

*nedbal o jídlo, ani o spánek, ale*

*byl jimi vždy přemožen. Z tohoto světa*

*dožadoval se jenom šatů a hole.*

*Z pokleslých rtů stále jen znělo: „Domů!“*

*Vodil jsem ho sem a tam pod Běsnou,*

*mezi mým a jeho světem šuměla*

*purpurová stěna mé mladé krve.*

*Prosil:*

*„Pane Sýkoro, vedete mě domů?“ „Vedu,“*

*mručel jsem, už dávno jsem odvykl*

*vymlouvat mu, že přece nejsem žádný nebožtík Sýkora.*

František Hrubín: Romance pro křídlovku

V současné době v důsledku prodlužování lidského věku a také úspěšnou terapií onemocnění, která byla v nedávné minulosti smrtící, stárne naše populace. Průměrný věk obyvatel České republiky v roce 1995 činil 38,9 let, zatímco v roce 2011 dosahoval hodnoty 41,1 let. (Český statistický úřad, 2010a) Odborníci z řad Českého statistického úřadu odhadují, že podíl osob starších věku 65 let bude v naší zemi v roce 2050 dosahovat 31,1 % a ve věku 80 let a více dokonce 10,3 % všech obyvatel.

Tato skutečnost s sebou přináší i zvýšenou potřebu jak zdravotní, tak i sociální péče. Významným současným problémem je fakt, že v České republice není propojen systém sociální a zdravotní péče. Sociální péče se řadu let potýkala se zásadní problémem, a to nevyhovující stávající legislativní úpravou poskytování sociálních služeb. Po téměř patnáctileté práci odborníků zabývající se problematikou sociální péče vstoupil v roce 2007 v platnost nový zákon o poskytování sociálních služeb.

Velký zisk není tím, co motivuje poskytovatele sociálních služeb. Někteří autoři uvádí, že je filantropie tím stimulatorem pro práci v tomto sektoru veřejných služeb. Sociální práce má v České republice bohatou historii. Avšak současné nízké platy sociálních pracovníků ohrožují zajištění personálního obsazení těchto služeb.

Problematika Alzheimerovy choroby je v současnosti ve společnosti velmi závažným tématem. Tato choroba patří k nejzávažnějším onemocněním, a to jak z hlediska prognózy, tak i míry postižení kvality života pacientů, ale i blízkých osob, kteří každý den o ně pečují. Alzheimerova choroba není totiž onemocněním jedince, nýbrž celé rodiny. V neposlední řadě patří Alzheimerova choroba k nejzávažnějším onemocněním i z pohledu ekonomické náročnosti onemocnění, jelikož diagnóza Alzheimerova choroby patří k jedné z nejdražších diagnóz vůbec. Riziko Alzheimerovy choroby s věkem výrazně stoupá. Většina osob postižená touto chorobou setrvává nejčastěji v domácí péči. Podpořit tedy ambulantní sociální služby poskytované například v denních stacionářích, je jedním z cílů tzv. Plánu Alzheimer České republiky.

Diplomová práce se zabývá poskytováním služeb především v sociální, ale i v zdravotní péči. Práce je rozdělena na dvě hlavní části, a to teoretickou a praktickou.

Teoretická část práce je rozdělena do pěti kapitol. V první kapitole jsou stanoveny celkem tři cíle diplomové práce a popsána metodika této práce. Následující kapitola je zaměřena na vymezení pojmů z oblasti poskytování sociálních a zdravotnických služeb. Kvalita těchto služeb je obsahem třetí kapitoly. V čtvrté kapitole jsou uvedeny ekonomické aspekty

poskytování sociálních a zdravotnických služeb. Poslední kapitola teoretické části je věnována problematice Alzheimerovy choroby.

Praktická část této diplomové práce je rozčleněna celkem na dvě kapitoly, a to analytickou a projektovou část. Analýza současné úrovně poskytování sociálních služeb klientům s Alzheimerovou chorobou je obsahem první z nich. Následuje část projektová, která na základě výsledků z analytické části zpracuje projekt vybudování nového denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou v Olomouckém kraji. Projekt je podroben časové, nákladové a rizikové analýze.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 CÍLE A METODIKA DIPLOMOVÉ PRÁCE

## 1.1 Cíle diplomové práce

V diplomové práci jsou vymezeny celkem tři cíle, a to dva primární a jeden sekundární cíl. Jednotlivé cíle diplomové práce jsou níže seřazeny podle jejich důležitosti k tématu této práce.

Cíl 1: Primárním cílem diplomové práce je v praktické části zpracování projektu vybudování nového denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou v Olomouckém kraji.

Cíl 2: Druhým primárním cílem této diplomové práce je analýza současné úrovně poskytování sociálních služeb klientům s Alzheimerovou chorobou v České republice a Olomouckém kraji.

Cíl 3: Sekundárním cílem v teoretické části je zpracování teoretických poznatků zaměřených na poskytování služeb v sociální a zdravotní péči.

## 1.2 Metodika diplomové práce

Metodika výzkumné práce je podle Ochrany (2009, s. 12): „*Postup (návod, „recept“), jak v praxi postupně realizovat výzkumné procedury vztahující se k realizaci výzkumného cíle.*“

Aby bylo dosaženo všech cílů diplomové práce, je nejprve nutné zpracovat teoretické poznatky týkající se problematiky poskytování služeb v sociální a zdravotní péči. První byla tedy zvolena metoda *rešerše* dostupné odborné literatury a následně *deskripce* teoretických poznatků týkající se tématu diplomové práce.

V další části práce byla použita analýza dostupných údajů z Českého statistického úřadu a elektronického registru poskytovatelů sociálních služeb Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Dále byla v práci využita *PEST analýza*.

Analytická část práce obsahovala i *kvantitativní výzkum*, a to techniku sběru dat – dotazník. Dotazník se skládal z otázek otevřených, polootevřených a uzavřených.

Mezi výhody dotazníku v porovnání s rozhovorem patří například: možnost postihnout velký počet respondentů v poměrně krátkém čase a s poměrně nízkými náklady, přesvědčivá anonymita pro respondenta. Avšak tato technika má i své nevýhody, kterými jsou na-

příklad: vysoké požadavky na ochotu respondenta vyplnit dotazník – možnost neúplně či chybně vyplněného dotazníku a mnohdy nízká návratnost. (Pána a Somr, 2007, s. 24 – 25)

Projektová část zahrnovala *časovou, nákladovou a rizikovou analýzu*. Časová analýza byla zpracována pomocí programu WinQSB.



## 2 POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB V SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ PÉČI

### 2.1 Vymezení pojmu služba

Cimler et al. (2001, s. 7) definuje službu jako „*činnost, která poskytuje užitečný efekt bezprostředně již svým průběhem, nikoli teprve hmotným statkem (zbožím).*“

Služby můžeme obecně popsat jako soubor lidských činností nehmotného charakteru, jejichž efekt užitečnosti nalzáme v práci. (Durdisová, 2005, s. 29)

Pro službu jsou typické následující čtyři základní vlastnosti:

- **Nehmatatelnost** – pro službu je typická její abstraktnost,
- **Nedělitelnost** – proces výroby a spotřeby služby se odehrává zároveň, a to za účasti klienta,
- **Proměnlivost** – službu není možné stejným způsobem opakovat,
- **Pomíjivost** – službu nelze skladovat. (Cimler et al., 2001, s. 8)

### 2.2 Sociální služby

Tradice sociální práce v České republice je dlouhodobá, přičemž počátky této práce jsou ukotveny zejména v činnostech charitativních organizací. Právě tyto organizace poskytovaly široké spektrum pomoci lidem nemocným, starým či chudobným, a to včetně sociální péče. (Kuzníková et al., 2011, s. 13) Posláním sociální práce je poskytovat sociální služby jedincům, rodinám, skupinám či komunitám. Účelem sociálních služeb je pomoc uživatelům služeb, aby se vyrovnali s problémy, které sami nemůžou změnit a dále i omezení či úplné odstranění problémů, jenž je možno vyřešit. (Mahrová a Venglářová et al., 2008, s. 9)

Pro provedení sociální práce je nezbytná nejen profesionální sociální práce, ale i činnosti z řad jiných profesí jako je ošetrovatelská péče i nekvalifikovaná práce. Samotný odborník v sociálních službách disponuje znalostmi základů z oborů jako je právo, psychologie či zdravotní věda. Avšak sociální pracovník neposkytuje odborné služby z těchto výše zmíněných oborů. Nýbrž odkazuje klienty na dané odborníky v oboru například psychologie či práva. (Matoušek et al., 2007b, s. 180)

Sedm vůdčích principů tvořící základ všech sociálních služeb:

1. Nezávislost a autonomie pro uživatele služeb – nikoliv závislost,
2. Začlenění a integrace – nikoli sociální vyloučení,
3. Respektování potřeb – služba je určována individuálními potřebami a potřebami společnosti, neexistuje model, který vyhovuje všem,
4. Partnerství – pracovat společně – ne odděleně,
5. Kvalita – záruka kvality poskytuje ochranu zranitelným lidem,
6. Rovnost bez diskriminace,
7. Standardy národní, rozhodování v místě. (MPSV ČR, 2003)

### 2.2.1 Legislativa

Zásadní zákonné normy v systému sociálních služeb:

- Zákon č. 108/2006 Sb., ze dne 14. března 2006, o sociálních službách, v platném znění (dále jen „zákon o sociálních službách“) - v tomto zákonu jsou vymezena práva a povinnosti jednotlivců, poskytovatelů sociálních služeb, státu, kraje či obce. Přičemž je kladen důraz i na kvalitu poskytování sociálních služeb.
- Zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, v platném znění,
- Zákon č. 206/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a některé další zákony, v platném znění,
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění,
- Vyhláška č. 239/2009 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, v platném znění.

### 2.2.2 Druhy sociálních služeb

Sociální služba je definována jako činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 3, 2006)

Matoušek et al. (2007b, s. 178) uvádí obecné rozdělení sociálních služeb na tyto 2 skupiny:

- sociální služby státní a obecní,
- sociální služby nestátní.

Existují celkem tři druhy sociálních služeb:

- sociální poradenství,
- služby sociální prevence,
- služby sociální péče. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 32, 2006)

**Sociální poradenství** se dělí dle zákona o sociálních službách na základní sociální poradenství a odborně sociální poradenství. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 37, 2006) Každý poskytovatel sociálních služeb je povinen poskytnout základní sociální poradenství, přičemž nezáleží na tom, komu je jejich rada určena. Odborné sociální poradenství je realizováno ve specializovaných poradnách, které jsou zaměřeny na nějaký jev (např. problematika drogové závislosti) či na cílovou skupinu klientů (např. osoby s duševním onemocněním či senioři). Cílem sociálního poradenství je sdělovat potřebné informace přispívající k řešení nepříznivé sociální situace jedince. (Mahrová a Venglářová et al., 2008, s. 41)

**Služby sociální prevence** se specializují na ty jevy a situace, jež mohou směřovat k sociálnímu vyloučení jedince, avšak jejich příčinou není neschopnost jedince pečovat o sebe z důvodu věku či jeho zdravotního stavu. Služby sociální prevence se soustřeďují na oblasti tzv. sociálně negativních jevů, mezi které patří například kriminalita, zneužívání návykových látek či krize v rodině. (Mahrová a Venglářová et al., 2008, s. 41)

**Služby sociální péče** se specializují na poskytnutí pomoci jedinci zabezpečit nejen jeho fyzickou, ale i psychickou soběstačnost. Tyto služby nabízejí pomoc klientům při zvládnání činností spojených s péčí o vlastní osobu a soběstačností. (Mahrová a Venglářová et al., 2008, s. 41)

### 2.2.3 Zřizovatelé, poskytovatelé a uživatelé sociálních služeb

#### Zřizovatelé sociálních služeb

Zřizovatelem sociálních služeb je obec, kraj a Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. (MPSV ČR, 2012b)

### Poskytovatelé sociálních služeb

V současnosti je stát tím, kdo i nadále určuje podmínky pro poskytování sociálních služeb, ale není již poskytovatelem těchto služeb. Avšak existuje několik zařízení sociálních služeb, které spravuje Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. (MPSV ČR, 2011b)

Poskytovatelem sociálních služeb jsou územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby a ministerstvo a jim zřízené organizační složky státu. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 6, 2006)

Existují tyto 3 formy poskytování sociálních služeb:

- **pobytové** – služby s ubytováním v zařízení sociální služby (např. domovy pro seniory či azylové domy),
- **ambulantní** – součástí této služby není ubytování. Klient buď sám dochází, je doprovázen či dopravován do tohoto zařízení (např. poradny či denní stacionáře),
- **terénní** – tyto služby jsou poskytovány odborníky v přirozeném sociálním prostředí uživatele (např. pečovatelské služby či osobní asistence). (Zákon č. 108/2006 Sb., § 33, 2006)

### Zařízení sociálních služeb

Mezi zařízení poskytující sociální služby patří například:

- centra denních služeb,
- denní stacionáře,
- týdenní stacionáře,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem,
- chráněné bydlení,
- azylové domy,
- domy na půl cesty, aj. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 34, 2006)

### **Nestátní neziskové organizace**

Zákon č. 586/1992 Sb., o dani z příjmu definuje v § 18 tyto typy neziskových organizací:

- obecně prospěšné společnosti,
- občanská sdružení včetně odborových organizací,
- státem uznávané církve, náboženské společnosti a účelové zařízení církve,
- nadace a nadační fondy,
- zájmová sdružení právnických osob,
- politické strany a hnutí,
- příspěvkové organizace,
- státní fondy,
- další organizace stanovené zvláštním zákonem.

Nestátní neziskové organizace se mohou stát poskytovatelem i zřizovatelem sociálních služeb. (MPSV ČR, 2012b)

Rozlišujeme tyto právní formy nestátních neziskových organizací poskytující sociální služby:

- obecně prospěšné společnosti,
- občanská sdružení,
- církevní právnické osoby. (Matoušek et al., 2007a, s. 12)

Nadace mohou pouze financovat činnost poskytovatelů sociálních služeb, ale nemohou být samy poskytovatelem.

Nejčastější druhy sociálních služeb poskytovaných neziskovými organizacemi podle Malíkové (2011, s. 59):

- pobytové služby – domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, azylové domy a noclehárny,
- ambulantní služby – denní stacionáře, centra denních služeb a sociálně terapeutické dílny,
- terénních služby – odlehčovací a pečovatelské služby.

### **Uživatelé sociálních služeb**

Podle zákona o sociálních službách může být uživatelem sociálních služeb kdokoliv, kdo uzavře smluvní vztah s poskytovatelem sociálních služeb. Uživateli těchto služeb je dočas-

ně či trvale zabezpečena pomoc a podpora v dohodnutém rozsahu oprávněným poskytovatelem sociálních služeb. (MPSV ČR, 2012b)

### **Registrace poskytovatelů sociálních služeb**

Sociální služby je možno poskytovat jen na základě registrace, kterou vzniká oprávnění k poskytování sociálních služeb. Přičemž o registraci rozhoduje krajský úřad podle místa trvalého či hlášeného pobytu fyzické osoby či sídla právnické osoby. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 78, 2006) Další možnosti registrace ostatních poskytovatelů jsou definovány v § 78 zákona o sociálních službách. Tento zákon stanovuje v § 79 podmínky registrace a dále v § 80 i povinnosti a práva poskytovatele sociálních služeb.

Krajský úřad je povinen vést registr poskytovatelů sociálních služeb, v němž jsou evidováni poskytovatelé těchto služeb, kteří obdrželi rozhodnutí o registraci. Tento registr je veden v písemné i elektronické podobě. Přičemž krajský úřad je správcem písemné podoby a zpracovatelem elektronické podoby registru poskytovatelů sociálních služeb. (zákon č. 108/2006 Sb., § 85, 2006) Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR je samotným správcem tohoto elektronického registru. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 86, 2006)

## **2.3 Sociálně zdravotní služby**

Sociálně zdravotní služby mají za cíl napomáhat k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti jedinců, kterým jsou tyto služby určeny. Přičemž se jedná o osoby, které nevyžadují akutní zdravotní lůžkovou péči, avšak tito jedinci jsou do té míry nesoběstační, že vyžadují pomoc od jiné osoby při každodenních činnostech. (MPSV ČR, 2012b)

Sociálně zdravotní služby jsou poskytovány v těchto zařízeních:

- pobytové zařízení sociálních služeb,
- pobytové zdravotnické zařízení. (MPSV ČR, 2012b)

### **2.3.1 Sociální práce ve zdravotnictví**

Sociální práce ve zdravotnických zařízeních je velmi rozdílná a pestrá. Smyslem sociální práce ve zdravotnictví je především pomoci klientovi, ale i jeho rodině při zmírnění či úplnému odstranění negativních sociálních dopadů onemocnění. Podle Kuzníkové et al. (2011, s. 18) je úkolem sociální práce „využít vlivu psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivaci k léčbě a spolupráci a konečně ke kvalitnějšímu životu.“ Přičemž péče o klienta je vždy poskytována komplexně v souladu s posláním konkrét-

ního zdravotnického zařízení a s posláním samotné sociální práce. Klientelu sociálního či zdravotně sociálního pracovníka tvoří především tyto pacienti: senioři se sníženou soběstačností, onkologicky či těžce nemocní a dětské pacienti. (Kuzníková et al., 2011, s. 18 - 61)

### 2.3.2 Zdravotně sociální pracovník

V České republice pracují v současnosti sociální i zdravotně sociální pracovníci přímo v dané nemocnici. Avšak zda budou zdravotně sociální pracovníci zaměstnáni v daném zdravotnickém zařízení, je nyní pouze rozhodnutím managementu, který rozhoduje o vyčlenění finančních prostředků na realizaci této sociální služby. Náplň činnosti zdravotně sociálního pracovníka stanoví zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických pracovníků a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) a vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v platném znění. (Kuzníková et al., 2011, s. 20 - 21)

Vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem ve zdravotnickém zařízení vzniká těmito třemi způsoby:

- **Klient sám vyhledá sociálního pracovníka** – pokud se klient rozhodne vyhledat pomoc u sociálního pracovníka v daném zdravotnickém zařízení, může požádat o zprostředkování kontaktu s tímto zaměstnancem zdravotnický personál nebo svou rodinu. Jelikož není sociální pracovník většinou členem pracovního týmu na daném oddělení zařízení.
- **Sociální pracovník je osloven přímo lékařem či sestrou na oddělení** – přičemž tomuto rozhodnutí předchází posouzení zdravotnického personálu, že daný klient vyžaduje pomoc od sociálního pracovníka,
- **Depistáž** – znamená aktivní vyhledávání klientů zdravotnického zařízení sociálním pracovníkem. Tento způsob se v současnosti často aplikuje ve zdravotnickém zařízení. (Kuzníková et al., 2011, s. 55)

Mezi činnosti sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení patří:

- **Řešení situace akutně hospitalizovaných klientů** – přičemž konečné rozhodnutí, zda se má sociální pracovník zapojit do řešení problému pacienta, je na ošetřujícím lékaři,
- **Sociální pomoc u chronicky nemocných** – zahrnuje činnosti jako sociální poradenství, jednání s institucemi, psychosociální podpora klienta a spolupráce s jeho rodinou.
- **Sociální prevence** – součástí této prevence by měl být i rozhovor s každým klientem vedoucí ke zjištění případných sociálních potíží a potřeb.
- **Stanovení sociální anamnézy a prognózy** – cílem této činnosti je opětovné navrácení klienta do jeho původního sociálního prostředí s obnovením původních sociálních rolí. Dále sociální pracovník pátrá po tom, zda aktuální klientova sociální situace nenaruší jeho léčbu či dokonce zhorší i zdravotní stav.
- **Aplikace metod sociální práce** – zahrnuje zejména metody jako je například individuální práce s klientem či rodinná terapie. (Kuzníková et al., 2011, s. 47 - 48)

## 2.4 Zdravotnické služby

### Prvky zdravotnického systému

Primární role zdravotnictví je zabezpečení a organizace poskytování zdravotní péče, která obsahuje zdravotnické služby spojené s materiální spotřebou. (Durdisová a Langhamerová, 2001, s. 45)

V současném zdravotnickém systému České republiky nacházíme tyto tři elementární prvky:

1. Příjemce zdravotní péče – pacient,
2. Poskytovatel zdravotní péče – lékař a zdravotnické zařízení,
3. Plátce zdravotní péče. (Jarošová, 2008, s. 41)

### Poskytovatelé zdravotní péče

Zdravotní péče je poskytována uživatelům ve zdravotnických zařízeních a dalších institucích, které vytváří tzv. síť (soustava) zdravotnických zařízení. Tuto síť reprezentují zdravotnická



zařízení státu, obce, kraje, fyzických a právnických osob. (Durdisová, 2005, s. 97) Zdravotnické zařízení musí splňovat hygienické požadavky na provoz, dále musí být personálně, věcně a technicky vybaveno pro daný typ a rozsah zdravotní péče, kterou zde poskytuje. (Barták, 2010, s. 65)

Zdravotnická zařízení v České republice existují v následujících formách vlastnictví:

- státní – zejména fakultní nemocnice,
- veřejná – ve vlastnictví kraje či obce,
- obchodní společnost,
- nezisková organizace,
- soukromá,
- hospodařící v souladu se zákonem č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník, v platném znění či zákonem č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání (živnostenský zákon), v platném znění. (Šatera, 2010, s. 85)

Poskytovatelé zdravotnických služeb mají následující role:

- nabízení a poskytování zdravotnických služeb na kompetitivní úrovni, a to kvalitou a cenou služby,
- poskytování adekvátních informací všem zúčastněným stranám a komunikace s ostatními subjekty zdravotní péče – tj. pacient, jiní poskytovatelé, zdravotním pojišťovny a stát. (Jarošová, 2008, s. 52)

### **Zdravotnické služby**

Zdravotnické služby můžeme charakterizovat jako nemateriální činnosti vykonávané zaměstnanci převážně ve zdravotnických zařízeních. (Šatera, 2010, s. 11)

Pro zdravotnické služby jsou charakteristické následující vlastnosti:

- omezená možnost kvantifikace výkonů,
- omezená možnost konstrukce agregovaných ukazatelů efektivnosti,
- omezená možnost kvantifikace a hodnocení kvality, dostupnosti a přiměřenosti poskytování zdravotnických služeb. (Durdisová a Langhamerová, 2001, s. 46)

Zdravotnické služby představuje léčebně-preventivní péče, hygienická a protiepidemiologická služba a zdravotní výchova a osvěta zdravotního vědomí občanů. Léčebně-

preventivní péče zahrnuje soubor profesionálních činností jako je prevence, diagnostika, terapie a péče. Hygienická a protiepidemiologická služba je lékařskou kontrolou zdravotní nezávadnosti prostředí, přičemž se jedná o činnosti jako je tvorba, úprava a ochrana prostředí s cílem chránit lidského zdraví. Zdravotní výchova a osvěta zdravotního vědomí občanů usiluje o to, aby se člověk naučil základní znalostem o zdravém způsobu života a i vědomostem o případných rizicích a nebezpečí, které mohou ohrozit nejen jeho zdraví, ale i život. Jedná se ve své podstatě o jedno z efektivních preventivních opatření. (Šatera, 2010, s. 12)

Mezi hlavní funkce zdravotnických služeb patří:

- pomáhání k udržení zdraví jedince a prevence poruch zdraví,
- diagnostika a léčba poruch zdraví spojená s navrácením člověka do produktivního či nezávislého života,
- prodloužení a zlepšení kvality života jedince,
- zajištění poskytování zdravotní péče, a to přiměřeně, kvalitně, hospodárně a s žádoucí spravedlností. (Gladkij et al., 2003, s. 46)

#### 2.4.1 Legislativa

Zásadní zákonné normy v poskytování zdravotní péče:

- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění,
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách),
- Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, v platném znění,
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění,
- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, v platném znění.

### 2.4.2 Typologie zdravotnických služeb

Existuje více typologií, jak lze rozdělit zdravotnické služby. Jednou z nich je i tzv. dvou-rozměrná typologie, která vychází z kombinací hledisek klasifikace a tříd institucí. Jedná se o rozdělení na následující čtyři oblasti:

- **Posloupnost kontaktů** – rozlišujeme instituce primární, sekundární a terciární,
- **Naléhavost zdravotnické služby** – instituce zaměřující se na léčbu urgentní, akutní, následnou a chronickou,
- **Místo poskytování** – instituce pro léčbu pacienta v domácnosti, ambulanci, nemocnici a v ústavech,
- **Činnosti instituce** – instituce provádějící úkony preventivní, diagnosticko-léčebné, podpůrné a pomocné a řídicí a správní. (Gladkij et al., 2003, s. 47)



Obr. 1 Dvourozměrná typologie zdravotnických služeb (Gladkij et al., 2003, s. 47)

Primární zdravotnické služby představuje v České republice péče praktických lékařů pro dospělé, praktických lékařů pro děti a dorost, základní gynekologická péče a základní stomatologická péče. Tato péče je poskytována nemocnému ambulantně či v domácím prostředí. Sekundární zdravotnické služby zahrnuje specializovanou péči poskytovanou buď ambulantní formou – ortopedie, chirurgie, dermatovenerologie, apod. nebo stacionární formou – v rámci hospitalizace v nemocnicích, léčebnách, apod. Terciární zdravotnické služby tvoří vysoce specializovaná diagnosticko-léčebná péče poskytovaná ve velkých

nemocnicích - například fakultní nemocnice. Zákroky zde prováděné patří k nejdražším a unikátním zákrokům vůbec. (Šatera, 2010, s. 10)

V následující tabulce 1 jsou znázorněny náklady podle jednotlivých typů péče. Přičemž nejnákladnější zdravotní péče je sekundární, a to s podílem 45 % ze všech typů služeb. Největší podíl ošetření a vyšetření vyhledají občané (80 %) v primární péči. Zatímco nejnáročnější terciární péči čerpá jen 5 % obyvatel. (Durdisová, 2005, s. 24)

*Tab. 1 Náklady podle typu péče*

Typ péče	Služby využívá % obyvatel	Podíl nákladů v % z celku
Primární	80	15
Sekundární	15	45
Terciární	5	40
Celkem	100	100

Zdroj: vlastní zpracování podle Durdisová, 2005, s. 24

Barták (2010, s. 59) se zmiňuje o klasifikaci zdravotnických služeb a jejím možném odvození od následujících hledisek:

- **Typ poskytovatele** – péče ambulantní, lůžková, ošetrovatelská, specializovaná,
- **Typ poskytovaných služeb** – služba léčebná, dlouhodobě ošetrovatelská, podpůrná, preventivní, rehabilitační či služby veřejného zdraví,
- **Finanční hledisko** – péče hrazená z veřejných zdrojů, ze soukromých zdrojů, péče spojená se spoluúčastí pacienta a přímými platbami,
- **Podle postavení v rámci řetězce péče o zdraví** – primární, sekundární, terciární péče,
- **Podle geografického hlediska** – péče na úrovni lokální, regionální, národní a mezinárodní.

### 3 KVALITA SOCIÁLNÍCH A ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB

#### 3.1 Vymezení pojmu kvalita ve službách

Pojem kvalita jev současnosti velmi rozšířený, a to napříč všemi obory. Mikulková (in Malíková, 2011, s. 133) definuje obecně kvalitu jako „konat správné věci ve správném čase, a to již napoprvé.“

Pojem kvalita je podle norem ISO (International Organization for Standardization) definován takto: „souhrn všech znaků produktu nebo služby, které ovlivňují jejich schopnost uspokojit stanovené a předpokládané potřeby.“ (Doležal et al., 2012, s. 112)

Kvalitu ve službách můžeme podle Mikulkové (in Malíková, 2011, s. 133) posuzovat splněním těchto kritérií:

- spokojenost klienta a jeho rodinných příslušníků,
- reakce na potřeby osob, kterým je služba stanovena,
- profesionální přístup u personálu,
- efektivnost a cenová přijatelnost nabízené služby,
- přiměřené prostředí poskytované služby,
- udržitelnost služby – tj. vlídný přístup k veřejnosti či z pohledu ekologie služby.

#### 3.2 Kvalita sociálních služeb

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR podporuje rozvoj kvality poskytovaných sociálních služeb.

Jedná se například o podporu v následujících oblastech:

- Zvyšování odbornosti a kvality poskytovaných služeb – důraz je kladen na ochranu práv uživatelů těchto služeb,
- Plánování sítě sociálních služeb v krajích a obcích – podkladem jsou zjištěné potřeby osob,
- Občanské a svépomocné aktivity – neziskový sektor. (MPSV ČR, 2012b)

Měřit kvalitu sociálních služeb lze podle Malíkové (2011, s. 134) například pomocí následujících několika způsobů:

- standardy kvality sociálních služeb,
- supervize, intervize,
- systém managementu jakosti ISO 9000,
- TQM (Total Quality Management),
- controlling,
- benchmarking,
- stížnosti (complaints management).

### 3.2.1 Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb, které vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí, jsou závazné pro všechny poskytovatele sociálních služeb. Tyto standardy zaručují určitou úroveň kvality poskytovaných sociálních služeb v daném zařízení. (Johnová a Čermáková, 2002, s. 3 - 6)

Standardy kvality sociálních služeb jsou rozděleny do 3 oblastí:

- **Procedurální standardy** – nejdůležitější standardy. Obsahují cíle a způsoby poskytování služeb, ochranu práv uživatele služeb, stížnostní postupy na kvalitu či způsob poskytování služeb, aj.,
- **Personální standardy** – zaměřují se na personální zajištění služeb, pracovní podmínky a řízení poskytování služeb či na profesní rozvoj zaměstnanců,
- **Provozní standardy** – věnují se definováním podmínek a prostředí pro poskytování sociálních služeb. Dále se soustředí na časovou a místní dostupnost služby, nouzovým a havarijním situacím, ekonomice a zajištění kvality sociálních služeb. (Johnová a Čermáková, 2002, s. 3 - 6)

Horecký (in Malíková, 2011, s. 134) upozorňuje na fakt, že i když organizace dodrží všechna kritéria obsažená ve standardech kvality, neznamená to, že uživatel tyto sociální služby ohodnotí jako kvalitní. Příčinou tohoto jevu mohou být následující dva důvody:

- standardy jsou určeny pro všechny služby – chybí zde rozdílné hodnocení specifických vlastností dané služby,
- existence odlišnosti v chápání významu pojmu kvalita.

### 3.2.2 Inspekce

Inspekci, kterou realizuje krajský úřad a MPSV, se zaměřuje na tyto 2 oblasti v poskytování sociálních služeb:

- plnění povinností poskytovatelů sociálních služeb, a to podle § 88 a 89 zákona o sociálních službách,
- kvality poskytovaných sociálních služeb.

Krajský úřad vytváří krátkodobé a dlouhodobé plány inspekcí. Dále je krajský úřad povinen o termínu konání inspekce v daném zařízení dopředu poskytovatele sociálních služeb písemně informovat. (Malíková, 2011, s. 135)

### 3.3 Kvalita zdravotnických služeb

Gladkij et al. (2003, s. 289) uvádí tuto definici systému kvality ve zdravotnictví: „*souhrn struktury organizace, jednotlivých odpovědností, procedur a procesů a zdrojů, které jsou potřebné k soustavnému zlepšování kvality poskytovaných zdravotnických služeb, jejichž konečným cílem je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenosti obyvatel, o něž pečují.*“

Kvalita poskytované zdravotní péče se v moderním modelu zdravotnictví řídí následujícími třemi pravidly:

1. Kvalita označuje splnění konkrétních požadavků,
2. O požadavcích rozhoduje pacient či jiný zainteresovaný zákazník,
3. Nároky na poskytovanou zdravotní péči se permanentně zvyšují. (Škrla a Škrlová, 2003, s. 3)

Rozlišujeme tři dimenze kvality zdravotnických služeb. První dimenzí je kvalita z pohledu klienta – tj. přístup zaměstnanců daného zdravotnického zařízení ke klientovi, čekací lhůty, apod. Kvalita zdravotnických služeb z hlediska odbornosti čili využívání moderních znalostí a postupů při léčbě klienta je druhou dimenzí. Poslední dimenzí je kvalita ve vztahu k řízení instituce, tj. nastavení shodných procedur v rámci celé organizace. (Šatera, 2010, s. 98)

U kvality poskytovaných zdravotnických služeb shledáváme následující charakteristiky:

- účinnost,
- dostupnost a včasnost,

- bezpečnost,
- přiměřenost zdravotnímu stavu,
- soustavnost a návaznost,
- přijatelnost pro klienty,
- ekonomická efektivnost. (Gladkij et al., 2003, s. 292)

V současnosti probíhá pod záštitou Ministerstva zdravotnictví České republiky výzkum spokojenosti pacientů s daným zdravotnickým zařízením. Tento výzkum je realizován formou dotazníkového šetření v nemocnicích, rehabilitačních ústavech a psychiatrických léčebnách. Odpovědi pacientů jsou statisticky zpracovány a následně lze srovnat kvalitu jednotlivých zdravotnických zařízení, a to na základě subjektivního hodnocení klientů. Zdravotnická zařízení, která splní stanovená kritéria tohoto hodnocení v nadstandardní míře, obdrží certifikát „Spokojený pacient.“ (Raiter, 2010)

### 3.3.1 Akreditace zdravotnických zařízení

Zdravotnická zařízení v České republice, která se rozhodnout své zařízení akreditovat, mohou zvolit buď akreditaci národní či nadnárodní. Přičemž samotná akreditace, která představuje externí hodnocení kvality, je dobrovolným rozhodnutím managementu zdravotnického zařízení. (Marx, 2010)

#### Národní akreditace

Akreditaci na národní úrovni v současnosti zabezpečuje pouze jedna organizace, a to Spojená akreditační komise České republiky (SAK ČR). Tato nestátní organizace byla založena v roce 1998 a uděluje akreditaci zdravotnickým zařízením, jako jsou například nemocnice, léčebny, ambulantní zdravotnická zařízení, zařízení následné a dlouhodobé péče. (Spojená akreditační komise, 2012b) Spojená akreditační komise ČR využívá při své činnosti kvalifikovaných a nezávislých inspektorů. Akreditace je zdravotnickému zařízení udělena standardně na 3 roky, přičemž po uplynutí této doby musí zařízení požádat o tzv. reakreditaci. (Spojená akreditační komise, 2012a)

Aby byla akreditace například nemocnici udělena, musí splňovat 74 standardů, které jsou rozděleny do následujících 10 tematických oblastí:

1. Standardy řízení kvality a bezpečí,
2. Standardy diagnostické péče,
3. Standardy péče o pacienty,



4. Standardy kontinuity zdravotní péče,
5. Standardy dodržování práv pacientů,
6. Standardy podmínek poskytované péče,
7. Standardy managementu,
8. Standardy řízení lidských zdrojů,
9. Standardy pro sběr a zpracování informací,
10. Standardy protiepidemických opatření. (Spojená akreditační komise, 2008)

### **Nadnárodní akreditace**

Pokud management zdravotnického zařízení zvolí nadnárodní akreditaci, může zažádat o akreditaci například u těchto organizací: Spojená mezinárodní komise (JCI) či Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua). (Marx, 2010)

## 4 EKONOMICKÉ ASPEKTY POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB V SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ PÉČI

### 4.1 Poskytování služeb v sociální péči a jejich hrazení

Při financování sociálních služeb se v České republice uplatňuje princip vícezdrojového financování, a to z těchto tří zdrojů: státní rozpočet ČR, zřizovatel a uživatelé sociálních služeb. Poskytovatelé sociálních služeb mohou získat finanční zdroje i například prostřednictvím Evropského strukturálního fondu, nadací a fondů, sbírek či z rozpočtu obcí a kraje. (Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji pro roky 2011 - 2014, 2010).

Sociální služby, které jsou poskytovány v rámci sociálně zdravotní služby, patří mezi hrazené služby. Zatímco sociální služby jsou poskytovány buď bez úhrady nákladů nebo za částečnou či plnou úhradu nákladů spojených s poskytováním těchto služeb. Maximální výše úhrad je stanovena vyhláškou č. 505/2006 Sb.

Bez úhrady nákladů jsou poskytovány tyto služby:

- sociální poradenství,
- raná péče,
- telefonická krizová pomoc,
- tlumočnické služby,
- krizová pomoc,
- služby následné péče,
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi,
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením,
- terénní programy,
- sociální rehabilitace,
- sociální služby,
- sociální služby v kontaktních centrech a nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež,
- služby sociálně terapeutických dílen. (zákon č. 108/2006 Sb., § 72, 2006)

#### 4.1.1 Výdaje na sociální služby

V následující tabulce 2 je uveden vývoj výdajů na sociální služby v České republice v letech 1997-2006. Celkové výdaje na sociální služby vykazují v posledních letech rostoucí tendenci. V roce 2004 dosáhly výdaje na tyto služby výši 14 055 mil. Kč, tak o dva roky později byly výdaje dokonce o 1 868 mil. Kč vyšší. Celkové dotace na neziskové organizace byly v roce 2004 téměř dvojnásobně vyšší než v roce 2000. Ale o rok později v roce 2005 tyto dotace klesly na částku 950 mil. Kč. (Nahodil et al., 2009, s. 241)

Tab. 2 Vývoj výdajů na sociální služby v ČR v letech 1997-2006 (v mil. Kč.)

Oblast sociálního zabezpečení	Rok				
	1997	2000	2004	2005	2006
Sociální služby	8 832	11 016	14 055	14 685	15 923
Dotace občanským a humanitním organizacím	545	664	1 198	950	1 361

Zdroj: vlastní zpracování dle Nahodil et al., 2009, s. 241

#### 4.1.2 Dotace státu na financování sociálních služeb

Nestátní neziskové organizace mohou dostávat dotaci na svou činnost z veřejných rozpočtů – obcí, kraje či ministerstva, ale nemají na ni právní nárok. Přerozdělení účelových dotací státu, které jsou vynakládány registrovaným poskytovatelům sociálních služeb, probíhá prostřednictvím kraje. Tyto dotace jsou určeny k financování běžných nákladů souvisejících s poskytováním služeb. Přičemž sociální služby musí být v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb daného kraje. (Olomoucký kraj, 2011)

#### Příspěvek na péči

Náklady na příspěvek na péči jsou hrazeny ze státního rozpočtu ČR. Příspěvek na péči je podle zákona o sociálních službách určen pro osoby, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vyžadují pomoc jiné osoby při péči o vlastní a osobu a rovněž při zajištění jejich soběstačnosti. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 7, 2006)

Rozlišují se tyto 4 stupně závislosti:

- I - lehká závislost,
- II - středně těžká závislost,

- III - těžká závislost,
- IV - úplná závislost. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 8, 2006)

O daném stupni závislosti rozhoduje úřad práce, a to na základě zdravotního stavu žadatele o příspěvek podle nálezu ošetřujícího lékaře, výsledku vstupního vyšetření posuzujícího lékaře a výsledku sociálního šetření v žadatelově přirozeném sociálním prostředí. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 21 a § 25, 2006) V následující tabulce 3 je zobrazena výše příspěvku na péči podle stupně závislosti a věku žadatele.

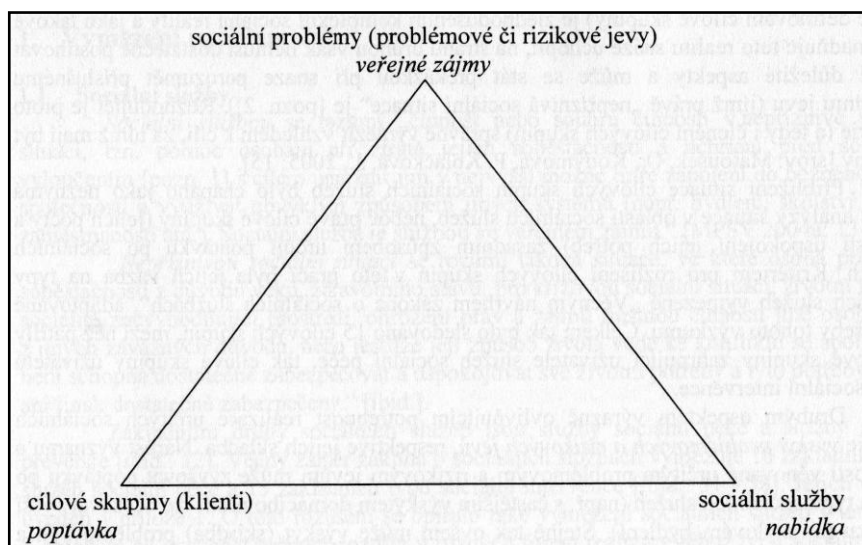
*Tab. 3 Výše příspěvku na péči podle stupně závislosti (za kalendářní měsíc v Kč)*

Stupeň závislosti	Výše příspěvku na péči (Kč/měsíc)	
	Pro osobu mladší 18 let	Pro osobu starší 18 let
I – lehká závislost	3 000 Kč	800 Kč
II – středně těžká závislost	6 000 Kč	4 000 Kč
III – těžká závislost	9 000 Kč	8 000 Kč
IV – plná závislost	12 000 Kč	12 000 Kč

Zdroj: Vlastní zpracování dle MPSV ČR, 2011a

#### 4.1.3 Poptávka a nabídka sociálních služeb

Rozlišení klientů sociálních služeb na jednotlivé cílové skupiny je určující pro stanovení poptávky po těchto službách. Jedná se především o stanovení počtu klientů a eventualit, jak uspokojit jejich potřeby. Poptávka po sociálních službách je dána celou řadou faktorů, mezi které patří například: velikost lokality, demografická struktura obyvatel, strukturální problémy daného regionu, informovanost klientů o aktuální nabídce služeb a v neposlední řadě i jejich spokojenost s nabízenými službami. Druhým faktorem, který významně určuje realizaci konkrétní sociální služby je skladba výskytu tzv. sociálního problému. Tím co může zvyšovat poptávku po daných službách, je například nárůst sociálních problémů a následně i zvýšená pozornost věnovaná tomuto jevu. (Obr. 2), (Bareš, 2006, s. 8)



Obr. 2 Vztah mezi sociálními službami, cílovými skupinami a problémovými či rizikovými jevy (Bareš, 2006, s. 9)

## 4.2 Poskytování služeb v zdravotní péči a jejich hrazení

Zdravotnické služby jsou hrazeny prostřednictvím: veřejného zdravotního pojištění, ostatních veřejných zdrojů (například z rozpočtu Ministerstva zdravotnictví ČR, finančních prostředků nadací, církví), soukromých zdrojů, soukromého pojištění a přímých plateb pacientů. (Šatera, 2010, s. 64)

Formy financování zdravotnických služeb lze rozdělit na přímé a nepřímé financování. Do přímého financování patří přímé placení za služby včetně spoluúčasti pacientů na úhradách za služby, a to včetně léků. Nepřímé financování obsahuje povinné veřejné pojištění, veřejné rozpočty, zaměstnanecké pojištění, dobrovolné (smluvní) pojištění a příspěvky od dobročinných institucí včetně zahraniční pomoci aj. (Nahodil et al., 2009, s. 94)

Veškeré náklady s poskytováním zdravotnických služeb lze rozdělit do těchto hlavních skupin: ambulantní péče, léky a zdravotnický materiál, nemocniční péče, speciální péče, zařízení pro důchodce (ne zdravotnická péče), zařízení pro tělesně a mentálně postižené, kolektivní prevence a ostatní. (Peková at al., 2008, s. 355)

System úhrad zdravotnických služeb by měl podle Šatery (2010, s. 65) korespondovat s následujícími požadavky:

- respektování zájmů všech účastníků – pacienti, plátcí, zdravotnické zařízení a stát,
- průhlednost a jednoduchost,

- minimální administrativní náročnost,
- flexibilita vzhledem k nestálým podmínkám,
- univerzálnost.

### **Regulační poplatky a doplátky**

Zahájení povinnosti pro pacienta hradit regulační poplatky a doplátky bylo v České republice stanoveno od 1. 1. 2008, a to novelou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. V zákonu jsou stanoveny tři druhy poplatků ve výši 30 Kč, 60 Kč a 90 Kč. Rovněž byl stanoven i ochranný limit pro zaplacené regulační doplátky a poplatky pro pacienty, jehož daná výše je určena pro osoby do 18 let věku, osoby starší 65 let a pro ostatní osoby. V případě, že pacient v daném kalendářním roce překročí tento stanovený limit, vzniká zdravotní pojišťovně povinnost vrátit pacientovi konkrétní částku, a to v termínu stanoveném v zákoně. (Šatera, 2010, s. 70 - 71)

V současnosti proběhly již některé úpravy v rámci platby regulačních poplatků a doplátků. Jedná se například o navýšení poplatku v nemocnicích za hospitalizaci ve výši 100 Kč/den místo původních 60 Kč/den. Podle odhadů ministerstva zdravotnictví tato změna by měla přinést do rozpočtu až 2 miliardy Kč. Další změnou je, že pacient platí za celý recept 30 Kč místo každé položky na receptu. Od ledna letošního roku si lidé připlácí za léky v hodnotě do 50 Kč a za doplňkové a podpůrné přípravky. Tímto ušetří zdravotní pojišťovny více než 1 miliardu Kč. (Habádová, 2011, s. 4)

### **Příplatek za lepší zdravotní péči – standard versus nadstandard**

Zdravotní péči standardní definuje Durdisová a Langhamerová (2001, s. 43) jako „*souhrn výkonů a služeb, odpovídajících indikaci a provedení v odborně i ekonomicky nezbytném rozsahu, které musí odpovídat nárokům a postupům lege artis a musí směřovat k návratu nebo uchování zdraví.*“ Zatímco v rámci tzv. nadstandardní zdravotní péče je klientovi pouze na jeho přání poskytována služba či výhoda za úhradu. Přičemž zde platí, že tyto zdravotnické služby nejsou z pohledu pacientova aktuálního zdravotního stavu nutné. (Šatera, 2010, s. 11)

Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s odborníky nejprve určilo ty výkony, u nichž je ekonomicky náročnější varianta možná. Poté ministerstvo zveřejnilo seznam 18 položek, na které si pacienti mohou připlácet. V plné verzi by nadstandardy měly začít platit až od ledna roku 2013. Lékaři jsou povinni nejprve nabídnout pacientům standardní péči, která je plně hrazena zdravotní pojišťovnou. Pacienti si tedy mohou již od ledna letošního roku

příplácet za lepší péči – například za oční čočky, nepovinné očkování či lehčí sádru. Občané si doplatí jen rozdíl mezi konečnou cenou a částkou, kterou přispívají zdravotní pojišťovny. (ZDN.cz, 2012)

#### 4.2.1 Výdaje na zdravotnictví

Celkové výdaje na zdravotnictví v České republice v roce 2010 dosáhly 292 miliard Kč. Oproti předchozímu roku 2009 došlo k nárůstu o 0,8 %. Z toho tvořil podíl veřejných zdrojů více než 83 % tedy 243 miliard Kč. Zbývající část představovala spoluúčast pacientů. V posledních letech mírně roste podíl soukromých zdrojů na financování zdravotní péče. Výdaje na zdravotnictví v roce 2010 činily téměř 8 % objemu HDP. Pro srovnání ukazatel výdaje na zdravotnictví k HDP dle Světové zdravotnické organizace Health for All u členských zemí EU činil v roce 2008 průměrně 9,01 %. (ÚZIS ČR, 2011a) Nicméně faktem zůstává, že české zdravotnictví je dlouhodobě podfinancované.

#### 4.2.2 Poptávka a nabídka zdravotnických služeb

Poptávka po zdravotnických službách je především velmi ovlivněna způsobem úhrad těchto služeb. Což znamená v systému českého zdravotnictví podíl povinného zdravotního pojištění. Tím co má vliv na poptávku po zdravotnických službách, je i způsob organizace nabídky služeb tj. rozložení, struktura a dostupnost zdravotnických zařízení. Jakmile je poptávka realizována, tak vzniká spotřeba zdravotnické péče a s ní mnohdy spojená nadměrná poptávka. Tato přehnaná poptávka je způsobena do určité míry v podmínkách České republiky již zmíněným obligatorním zdravotním pojištěním, kdy určitý podíl klientů si neuvědomuje ceny poskytované zdravotní péče. (Gladkij et al., 2003, s. 110 - 111)

Nabídku zdravotnických služeb tvoří obecně celkový počet zdravotnických zařízení nacházející se v dané lokalitě, regionu, státu. Jedná se o strukturu těchto zařízení, tj. podíl počtu lékařů na počet obyvatel, vybaveností moderní zdravotnickou technologií, apod. V neposlední řadě i obecným přístupem dané země, zdravotních pojišťoven i samotných obyvatel ke zdravotnictví. Nabídka je ovlivněna i faktem, že lékařství je velice specializovaný vědní obor a poptávající nedisponuje nezbytnými odbornými vědomostmi o potřebě daného výkonu ani dokonce o tom, jaký má samotný výkon přínos pro jeho zdraví. (Gladkij et al., 2003, s. 111)

## 5 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerova choroba byla pojmenována podle německého lékaře Aloise Alzheimer, který tuto chorobu poprvé charakterizoval v roce 1906. Lékař chorobu tehdy popsal na případu jedenapadesátileté pacientky, u které se objevily příznaky demence – poruchy paměti a halucinace. (Koukolík a Jiráček, 1998, s. 11)

Alzheimerova choroba patří k nejzávažnějším onemocněním, a to jak z hlediska prognózy, tak i míry postižení kvality života pacientů, ale i blízkých osob, kteří každý den o ně pečují. Tato choroba není totiž onemocněním jedince, nýbrž celé rodiny. V neposlední řadě patří Alzheimerova choroba k nejzávažnějším onemocněním i z pohledu ekonomické náročnosti onemocnění, jelikož diagnóza Alzheimerova choroba patří k jedné z nejdražších diagnóz vůbec. (Jiráček et al., 2009, s. 35)

Alzheimerova choroba je neurodegenerativní onemocnění centrálního nervového systému, primárně šedé kůry mozkové. (Pidrman, 2007, s. 34) V průběhu onemocnění dochází k atrofii mozku, tj. úbytku mozkové tkáně. Nejvíce jsou postiženy zánikem nervové buňky tzv. cholinergního systému, který se podílí na mechanismu paměti. Dále odborníci zjistili v mozcích postižených mikroskopická ložiska tzv. beta amyloidu, bílkoviny tvořící krystalická jádra tzv. Alzheimerovské plaky (ložiska v mozkové kůře), která ničí mozkové buňky. (Jiráček et al., 1998, s. 21) Dalšími chorobnými změnami odehrávajícími se v mozku nemocných jsou tzv. neurofibrilární klubíčka obsahující bílkovinu TAU protein. V nervových buňkách se přemění tato bílkovina a vznikají tzv. tangles (neuronální uzlíčky). (Holmerová et al., 2007, s. 38)

### 5.1 Definice Alzheimerovy choroby

**Mezinárodní klasifikace nemocí verze 10 (MKN - 10) definuje Alzheimerovu chorobu následovně:**

*„Jde o deteriorace paměti a myšlení, které postupně narušují soběstačnost v aktivitách denního života. Paměť je narušena ve všech složkách a k její poruše patří nedílně i poruchy chování a myšlení.*

*Typický průběh onemocnění: nenápadná začátek, pozvolná progresse a zhoršování kognitivních funkcí, nepřítomnost klinických ani laboratorních známek jiného onemocnění, které by mohlo způsobovat demenci, nepřítomnost náhlých známek neurologického poškození mozku či mozkového poranění.“ (Holmerová et al., 2007, s. 39)*



## 5.2 Výskyt Alzheimerovy choroby

Když byla Alzheimerova choroba před více jak sto lety objevena, šlo o nemoc vzácnou a neobvyklou. Dnes je touto chorobou postiženo 0,5 % světové populace. V roce 2007 bylo v České republice evidováno přes 120 tisíc pacientů s Alzheimerovou nemocí. (Holmerová, 2007, s. 11) Odborníci odhadují, že ve vyspělých zemích světa do roku 2040 vzroste počet osob postižených Alzheimerovou chorobou o 100 %. (Slovenská Alzheimerova společnost, 2012)

### 5.2.1 Rizikové a protektivní faktory onemocnění

Příčiny vzniku Alzheimerovy choroby nejsou dosud známy. Mezi ověřené rizikové faktory, které se podílí na vzniku této nemoci, podle Jiráka a Koukolíka (2004, s. 114) patří věk a familiární agregace včetně genetických vlivů (Downův syndrom). Alzheimerova choroba je onemocnění, které tedy ve většině případů postihuje jedince staršího věku, tj. věkovou skupinu nad 65 let. Výskyt nemoci je vyšší u žen než u mužů. Dále se téměř zdvojnásobuje výskyt Alzheimerovy choroby u těch jedinců, jejichž alespoň jeden blízký příbuzný je postižen tímto onemocněním. (Růžička et. al., 2003, s. 15) Mezi rizikové faktory náleží i nižší vzdělání a úraz či opakované úrazy hlavy. (Pidrman, 2007, s. 42),

Mezi protektivní faktory Alzheimerovy choroby podle Hořejšího et al., (1999, s. 16) patří například vyšší vzdělání, psychická aktivita i ve vyšším věku, hormonální substituce u žen či včasná a účinná léčba depresí.

### 5.2.2 Prevalence a incidence onemocnění

Incidence<sup>1</sup> i prevalence<sup>2</sup> Alzheimerovy choroby s věkem přímo narůstá. Růžička et al. (2003, s. 15) uvádí, že od věku 65 let se každých pět let prevalence této nemoci prakticky zdvojnásobuje. Zatímco ve věku 65-70 let postihuje Alzheimerova choroba cca 1 %, tak ve věkové skupině 95 - 100 let je to už téměř 40 %.

---

<sup>1</sup> incidence – počet nových případů onemocnění zjištěných v určitém časovém období v populaci, u níž existuje riziko, že porucha propukne. (Jiráka a Koukolík, 2004, s. 111)

<sup>2</sup> prevalence – počet případů onemocnění v celé zkoumané populaci. (Jiráka a Koukolík, 2004, s. 112)

V posledních několika letech je zřetelný závažný trend, a to že narůstá skupina postižených s demencí ve středním a těžkém stádiu. Méně je nemocných, kteří jsou postiženi mírnými formami demence. Včasné zjištění demence v nejranějších stádiích se stává tím správným směrem v péči o nemocné. Odborníci zjistili, že oddálení nástupu symptomů demence o 5 let vede ke snížení její prevalence, a to až o 50 % v jedné generaci. (Pidrman, 2007, s. 15)

Nárůst roční incidence Alzheimerovy choroby ve věkové skupině 60 – 90 let je exponenciálního charakteru, ale poté se nárůst nových případů zpomaluje. (Růžička et al., 2003, s. 15)

### **Prevalence demence v Evropě**

Evropská asociace Alzheimer Europe zveřejnila v roce 2009 zprávu o výsledcích projektu EuroCode. Tento projekt se zabýval prevalencí demence v Evropě. Projekt byl financován Evropskou komisí a koordinátorem projektu byla právě evropská asociace Alzheimer Europe. Zjistilo se, že s narůstajícím věkem prevalence demence narůstá rychleji, než se předpokládalo v dřívějších výzkumech. Výskyt demence je tedy mnohem vyšší, a to především ve věkové skupině nad 85 let. Dále se v projektu zjistilo, že v Evropě bylo v roce 2009 více než 7 miliónu postižených demencí. (Česká alzheimerovská společnost, 2012e)

Statistickí dále stanovili prognózu, že v roce 2040 bude postiženo Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence více než 11 miliónů obyvatel Evropy. (Slovenská Alzheimerova společnost, 2012)

### **5.3 Stadia Alzheimerovy choroby**

Alzheimerova nemoc je onemocnění chronické, progresivní charakteristické pomalým plíživým rozvojem, časnými poruchami prostorové i časové orientace a jiných kognitivních funkcí. (Hořejší et al., 1999, s. 13) Příznačné zhoršování kognitivních funkcí a progresse Alzheimerovy choroby je u každého nemocného individuální. (Růžička et al., 2003, s. 73). Alzheimerova choroba trvá v průměru 9 let. (Pidrman, 2007, s. 34)

Holmerová et al. (2007, s. 34 - 37) uvádí rozdělení průběhu Alzheimerovu choroby na následující tři stadia:

- **stadium počínající a mírné demence** – nemocný je relativně soběstačný a nevyžaduje trvalou péči či trvalý dohled. V tomto období je možné vhodně zvolenou terapií zmírnit nebo pozastavit průběh nemoci.

- **stadium středně pokročilé demence** – pro toto období je příznačná postupně se zhoršující nesoběstačnost nemocného. Je rovněž i nejdelším obdobím nemoci a nemocný potřebuje nepřetržitou péči a dohled.
- **stadium pokročilé demence** – v tomto posledním stadiu převažuje nesoběstačnost nemocného, který je odkázán na trvalou domácí či ústavní péči. V této fázi nemoci je vyžadována obzvláště kvalitní ošetrovatelská péče o pacienta a dohled po celých 24 hodin denně.

## 5.4 Diagnostika Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba je terminální onemocnění, tedy nelze jej zcela vyléčit. Ale včasná diagnostika a včasné zahájení adekvátní léčby může přispět k udržení kvalitního života pacientů. (Ressner, 2004, s. 16)

### 5.4.1 Symptomatologie Alzheimerovy nemoci

Mezi typické příznaky počínající Alzheimerovy demence podle Frankové et al. (2011, s. 18) patří následující symptomy: zapomnětlivost, časová dezorientace, prostorová dezorientace (nejprve v neznámém, později i ve známém prostředí), ztráta iniciativy, nejistota v rozhodování, obtížné hledání slov, poruchy nálady – apatie, deprese, aj.

### 5.4.2 Diagnostika syndromu demence

Demence patří mezi nejčastější zdravotní problémy stáří. Nicméně odhady odborníků uvádí, že dokonce až u 50 - 70 % pacientů není demence diagnostikována. (Bartoš a Martínek, 2011, s. 633) Příčinou diagnostických chyb je například to, že se pacient nesvěří s poruchou paměti ať už lékaři či rodině, poruchy se chybně připisují stárnutí či zanedbání kognitivních funkcí při vyšetření a nerozpoznání časných známek demence. (Růžička et al., 2003, s. 21 - 22)

### Klinické vyšetření

Většina seniorů se zpravidla v doprovodu rodinného příslušníka navštíví nejprve ordinaci praktického lékaře. Ten pak pacienta odesílá k odbornému vyšetření k dalším specialistům (psychiatrovi, neurologovi a geriatrovi). Další možností je i vyšetření nemocného přímo u specialisty bez doporučení praktického lékaře. (Franková et al., 2011, s. 66)

Při diagnostice demence se provádí řada vyšetření, z nichž některá patří mezi běžná vyšetření, které může provádět i praktický lékař. Naopak zcela specifické postavení zaujímá

neuropsychologická diagnostika. (Hort a Jiráček, 2007, s. 12) Avšak teprve histopatologické vyšetření mozku stanoví definitivní diagnózu Alzheimerovy choroby provázené demencí, a to zpravidla až *post mortem* nebo se stanoví diagnóza ve výjimečných případech pomocí biopsie mozku (Růžička et al., 2003, s. 33)

Tab. 4 Souhrn vyšetření při podezření na demenci

Rutinní	Častá	Vyšetření doplňující, ve zvláštních indikacích
Anamnéza od pacienta	Neuropsychologické testy (prováděné často)	Mozkomíšni mok
Interní a neurologické vyšetření		Funkční zobrazení (PET/SPECT),
Laboratorní vyšetření		Genetické vyšetření
Kognitivní screening		
CT nebo MRI mozku		
EEG (velmi často zbytečné)		

Zdroj: (vlastní zpracování, upraveno podle Hort a Jiráček, 2007, s. 12)

Vysvětlivky: CT = výpočetní tomografie (*computed tomography*), EEG = elektroencefalografie, MRI = zobrazení magnetickou rezonancí (*magnetic resonance imaging*), PET= pozitronová emisní tomografie (*positron – emission tomography*), SPECT = jednofotonová emisní výpočetní tomografie (*single photon emission computed tomography*).

## 5.5 Terapie Alzheimerovy choroby

Terapii Alzheimerovy choroby lze obecně rozdělit na léčbu farmakologickou a nefarmakologickou. Jelikož není známa etiopatogeneze<sup>3</sup> onemocnění, tak se oba typy léčby zaměřují na léčbu symptomů onemocnění a v případě nefarmakologické terapie i na psychosociální intervenci. Jedná se tedy o komplexní management onemocnění. (Holmerová et al., 2012, s. 26)

Podle Pidrmána (2007, s. 93) patří mezi cíle terapie Alzheimerovy demence:

- zlepšení stavu nemocného,

<sup>3</sup> etiopatogeneze - soubor příčin a mechanismů, které vedou ke vzniku a k rozvoji nemoci (Wikipedie, 2012)

- udržení dosavadního stavu pacienta,
- zhoršování stavu s menší progresí, než jaké jsou předpoklady.

### **Náklady na léčbu pacientů s Alzheimerovou chorobou**

Jelikož není Alzheimerova choroba onemocněním jen nemocného, ale nýbrž celé rodiny je vynakládána i nemalá částka na léčbu rodinných příslušníků. Odborníci odhadují, že se na jednoho pacienta postiženého demencí se ve státech západní Evropy ročně vynakládá finanční částka cca 15 000 - 25 000 euro. (Pidrman, 2007, s. 15)

#### **5.5.1 Farmakologické přístupy v léčbě**

Farmakoterapii Alzheimerovy choroby člení Jiráček a Koukolík (2004, s. 147) na následující dva okruhy:

- **farmakoterapie kognitivních poruch** – terapie je užívána k léčbě mírné až středně těžké formy demence. Při této léčbě se zlepšuje kognice pacientů s Alzheimerovou chorobou, funkční schopnosti i samotné chování pacientů. Nicméně léčba těmito přípravky je nákladná, avšak účinná a v neposlední řadě má i celospolečenský význam. (Hort, Jiráček, 2007, s. 23-24)
- **farmakoterapie nekognitivních poruch** - terapie zaměřená na biologické a psychologické příznaky demence, ovlivňující nekognitivní funkce - nálada, spánek či chování. (Jiráček a Koukolík, 2004, s. 147)

#### **5.5.2 Nefarmakologické přístupy v léčbě**

Jednotlivé metody nefarmakologické léčby jsou určeny pro konkrétní stádia onemocnění. Rozvíjení těchto metod a práce s pacienty je v rukou ošetrovatelských pracovníků a v neposlední řadě rodinných příslušníků a pečovateli o nemocné.

Pidrman (2007, s. 93) uvádí jako cíle nefarmakologické léčby:

- zachování, popřípadě zlepšení úrovně jednotlivých dovedností – motorika, chůze, soběstačnost, kognitivní funkce,
- smysluplné vyplnění volného času,
- zlepšení verbální i nonverbální komunikace nemocného s ošetrovatelským personálem či rodinnými příslušníky.

V následujícím přehledu je charakterizováno několik metod používaných při terapii Alzheimerovy choroby:

- **aktivizace** – jedná se o rozdělení denního života nemocného na jednotlivé aktivity. Při aktivizaci je nezbytná spolupráce terapeuta s pečovatelem o nemocného. Rovněž je důležité pacienta motivovat k této činnosti. (Jirák a Koukolík, 2004, s. 164; Holmerová et al., 2007, s. 140 - 141)
- **bazální stimulace** – stimulační metoda se soustřeďuje na kompenzaci nedostatku vlastních motorických zkušeností a vjemů pacientů, a to prostřednictvím cílené stimulace smyslových orgánů. Cílem bazální stimulace je celkové zlepšení všech funkcí organismu pacientů s postiženým myšlením, vnímáním a poruchami hybnosti a také například i zlepšení komunikace jedince s okolím a zvládnutí orientace v prostoru i čase. Úzká spolupráce ošetrovatelského personálu a rodinných příslušníků je nenahraditelná. (Holmerová et al., 2007, s. 248 - 249)
- **kognitivní terapie a cvičení paměti** – kognitivní rehabilitace cvičí paměť prostřednictvím slovních her, a to například doplňováním chybějících slov či doplňováním říkánek. (Holmerová et al., 2005, s. 180 - 181)
- **reminiscenční terapie** – terapie je založena na vzpomínkách pacientů a jejich vybavování pomocí různorodých podnětů. Reminiscenční terapie je určena pro pacienty s lehkou až střední formou demence. (Holmerová, 2007, s. 122, 181)

Edukace rodinných příslušníků – práce s pečovateli a rodinnými příslušníky je důležitou součástí terapie Alzheimerovy choroby. Ve světě existuje několik společností, které se zabývají problematikou Alzheimerovy choroby. Jedná se například o organizace Alzheimer Europe a Alzheimer's Disease International. V České republice je to Česká alzheimerovská společnost, která nabízí pomoc, jak rodinným příslušníkům, tak i pečovatelům o nemocné. (Česká alzheimerovská společnost, 2012b)

## 5.6 Česká alzheimerovská společnost

Česká alzheimerovská společnost vznikla v roce 1997 a v současnosti patří mezi členy mezinárodních organizací, jako je *Alzheimer Europe* a *Alzheimer's Disease International*. Byla to právě ČALS, která přispěla k šíření informací o Alzheimerově chorobě. Vznik spo-

lečnosti podnítila spolupráce a setkávání profesionálu v oboru gerontologie (lékařů, sester, sociálních pracovníků a dalších), kteří se věnovali problematice pacientů postižených demencí. Nyní jsou členy České alzheimerovské společnosti i rodinní příslušníci a pečovatelé. (Česká alzheimerovská společnost, 2012b)

ČALS je občanským sdružením, které poskytuje poradenství pečujícím, lidem postiženým demencí, ale i profesionálům. Dále společnost pořádá i vzdělávací akce akreditované Ministerstvem práce a sociálních věcí. (Česká alzheimerovská společnost, 2012d) Česká alzheimerovská společnost poskytuje i tzv. respitní péči, jejímž principem je spolupráce pracovníků ČALS a pečujících o nemocné. Kdy odborníci z ČALS se postarají o postiženého na několik hodin týdně, zůstávají s ním v jeho domácím prostředí a umožní tak, aby si pečující mohl v tento čas odpočinout. (Česká alzheimerovská společnost, 2012c)

## 5.7 Plán strategie pro pacienty s Alzheimerovou chorobou

Již v roce 2008, kdy předsedala Evropské Unii Francie, byla problematika Alzheimerovy choroby a dalších demencí nastíněna jako prioritní problém v rámci celé Evropy, kterým je potřeba se neodkladně zabývat. Rovněž bylo přijato písemné prohlášení Evropského parlamentu o prioritách při boji s touto chorobou. Francie v témže roce vytvořila politický dokument Plán Alzheimer. Tento dokument obsahuje činnosti na období 2008 - 2012, které mají za cíl zlepšit kvalitu života nemocných a jejich rodinných příbuzných, pečujících, dále zlepšit znalosti o Alzheimerově chorobě a zvýšit povědomí o tomto onemocnění u široké veřejnosti. (Zdravotnické noviny, 2009) Vláda České republiky přijala v roce 2010 usnesení o vytvoření tzv. Plánu Alzheimer.

Plán Alzheimer ČR by měl obsahovat zejména tyto náležitosti:

- analýza současného stavu osob s demencí a jejich rodinných příslušníků – jejich potřeby a zajištění,
- kvalita a dostupnost zdravotnických a sociálních služeb pro osoby s Alzheimerovou chorobou,
- opatření pro oblast poskytování zdravotnických a sociálních služeb,
- vzdělávání a výzkum v této problematice. (ZDN.cz, 2010)

## **5.8 Možnosti péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou v České republice**

Podle zprávy Evropské komise znamenají duševní onemocnění, mezi které patří Alzheimerova choroba, závažnou ekonomickou zátěž pro zdravotnické systémy. (Holmerová et al., 2006, s. 78)

### **Péče rodiny a pečovatelů**

Většina nemocných s Alzheimerovou chorobou pobývá v péči rodinných příslušníků. (Büchler et al., 2010, s. 463) Při péči o nemocné rodině nabízí pomoc i pracovníci ze sociálních a zdravotních služeb. Jedná se zejména o pomoc poskytovanou v denním stacionáři či návštěva pečovatelky či asistentky formou domácí péče.

### **Institucionalizovaná péče**

Neklid a agresivita patří mezi hlavní důvody umístění nemocných do ústavní péče. (Růžička et al., 2003, s. 27 - 28)

Instituce poskytující dlouhodobý pobyt pacientům s Alzheimerovou chorobou:

- psychiatrická léčebna,
- léčebna dlouhodobě nemocných,
- ústavy sociální péče,
- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem.



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 ANALÝZA SOUČASNÉ ÚROVNĚ POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB KLIENTŮM S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU V ČR

Možnosti péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou byly specifikovány v kapitole 5. 8., kde bylo uvedeno rozdělení péče o nemocné na péči rodinných příslušníků a pečovatelů a institucionalizovanou péči. Péči o nemocné můžeme rovněž všeobecně rozdělit i na péči zdravotní a sociální. Analytická část se bude zabývat poskytováním sociálních služeb a hodnocením současné úrovně poskytování těchto služeb klientům s Alzheimerovou chorobou v České republice a Olomouckém kraji.

Při posuzování rozsahu poskytovaných sociálních služeb pro klienty s Alzheimerovou chorobou v jednotlivých regionech je nezbytné vzít v potaz i hledisko nemožnosti stejného vybavení danými službami sociální péče. A to například z důvodu těchto determinujících hledisek:

- míra urbanizace a věkové složení obyvatelstva dané lokality,
- rozsah realizace pozice rodinných příslušníků jako primární instituce v péči o seniory. (Vzdělávací centrum pro veřejnou správu a ČR, o.p.s., 2008)

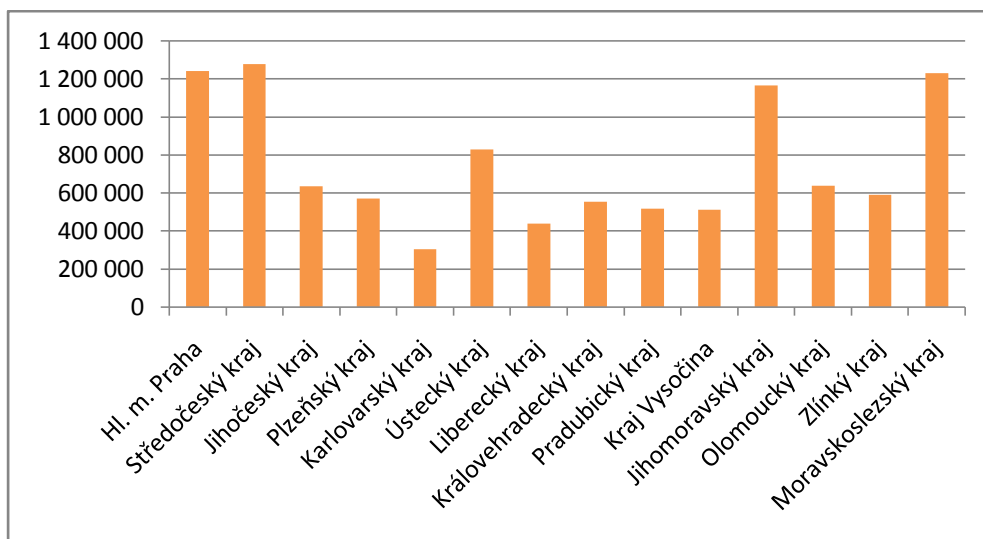
Dalším důležitým hlediskem, které hraje roli při posuzování rozsahu poskytování sociálních služeb je neúplnost statistických zdrojů, a to zejména z těchto důvodů:

- oficiální statistické výstupy Ministerstva práce a sociálních věcí ČR v oblasti poskytování sociálních služeb nezaznamenávají veškeré činnosti realizované nestátními neziskovými organizacemi – intenzitu poskytování pečovatelské péče. (Vzdělávací centrum pro veřejnou správu a ČR, o.p.s., 2008)

### 6.1 Demografická analýza ČR a Olomouckého kraje

Pro následnou analýzu jednotlivých krajů České republiky v rozsahu a úrovni poskytovaných sociálních služeb klientů s Alzheimerovou chorobou je nejprve nezbytné stanovit demografickou analýzu ČR se zaměřením na obyvatele starší 65 let. Jelikož je Alzheimerovou chorobou postižena především populace osob starších 65 let.

Mezi kraje s počtem více jak 1 milion obyvatel patřily v roce 2011 celkem 4 kraje, a to Středočeský kraj, Hlavní město Praha, Jihomoravský kraj a Moravskoslezský kraj. Ke krajům s nejnižším počtem obyvatel se řadí kraj Karlovarský (303 165 obyvatel), Liberecký kraj (438 600 obyvatel) a kraj Vysočina s 511 937 obyvateli. (obr. 3)



Obr. 3 Srovnání krajů ČR dle počtu obyvatel v roce 2011  
(Vlastní zpracování dle ČSÚ, 2012a)

V následující tabulce je uveden počet žen a mužů starších 65 let v jednotlivých krajích České republiky v roce 2011. Pozornost je i věnována podílu osob starších 80 let a 95 let. Nejpočetnější skupina žen starších 65 let žila v roce 2011 v Hlavním městě Praze (12,6 %), v Středočeském (11,3 %) a Moravskoslezském kraji (11,6 %). Naopak nejméně početná skupina žen starších 65 let žila v témže roce v kraji Karlovarském (2,7 %), Libereckém (4,0 %) a Pardubickém (5,0 %). Největší zastoupení počtu mužů starších 65 let evidovaly v roce 2011 kraje Hlavní město Praha (12,5 %), Středočeský (11,6 %) a Jihomoravský (11,3 %). Zatímco nejméně početné zastoupení mužů starších 65 let zaznamenaly kraje jako Karlovarský (2,7 %), Liberecký (4,0 %) a Pardubický (5,0 %). Největší podíl osob ve věku 80 let a více v roce 2011 činil 2,7 % ze všech mužů starších 65 let a 3,7 % ze všech žen starších 65 let, a to v kraji Hlavní město Praha. Zatímco nejmenší zastoupení osob v témže věku bylo v kraji Karlovarském s 0,4 % podílem žen a 0,6 % podílem mužů.

Tab. 5 Počet obyvatel starších 65 let v krajích ČR v roce 2011

Kraj	Muži			Ženy		
	65 +	80 +	95 +	65 +	80 +	95 +
<b>Hl. m. Praha</b>	86 634	18 487	208	126 874	36 926	761
<b>Středočeský</b>	80 510	14 440	128	114 610	30 031	473
<b>Jihočeský</b>	42 810	7 840	57	60 334	15 779	268
<b>Plzeňský</b>	40 054	7 203	62	55 422	14 380	203
<b>Karlovarský</b>	18 886	3 003	27	27 269	6 475	84
<b>Ústecký</b>	49 431	7 547	65	72 912	17 871	252
<b>Liberecký</b>	27 580	4 927	35	40 007	10 731	174
<b>Královéhradecký</b>	38 909	7 631	72	55 952	15 271	240
<b>Pardubický</b>	34 713	6 717	66	49 998	13 371	221
<b>Jihomoravský</b>	78 348	14 800	148	116 769	32 710	620
<b>Olomoucký</b>	42 146	7 984	60	62 773	16 820	301
<b>Zlínský</b>	38 902	7 118	78	59 968	16 091	243
<b>Moravskoslezský</b>	77 171	12 577	91	117 124	29 023	434
<b>Celkem ve věku nad 65 let</b>	<b>691 454</b>			<b>1 009 982</b>		
<b>Celkem</b>	<b>1 701 436</b>					

Zdroj: (vlastní zpracování dle ČSÚ, 2012a)

### 6.1.1 Prognóza obyvatelstva ČR

Odborníci z řad Českého statistického úřadu ČR stanovili v roce 2009 projekci obyvatel do roku 2065. V tabulce uvedené níže je zaznamenána prognóza podle věkového zastoupení obyvatel do roku 2050. Pozornost je dána i podílu osob starších 65 a 80 let v daném roce.

Dle predikce by se měl počet obyvatel ČR v rozmezí let 2015 – 2050 zvýšit o 174 321 obyvatel na 10 842 320 obyvatel. Podíl osob ve věku 65 let by měl již za 13 let dosahovat 21,7 % všech obyvatel. A v roce 2050 by tento podíl osob měl být dokonce 31,3 % všech obyvatel. O více jak dvojnásobek má vzrůst i podíl osob starších 80 let, který má v rozmezí let 2015 a 2025 vzrůst ze 4,0 % na 5,3 %. A o 25 let později tedy v roce 2050 by měl tento podíl dosahovat hodnoty 10,3 % všech obyvatel.

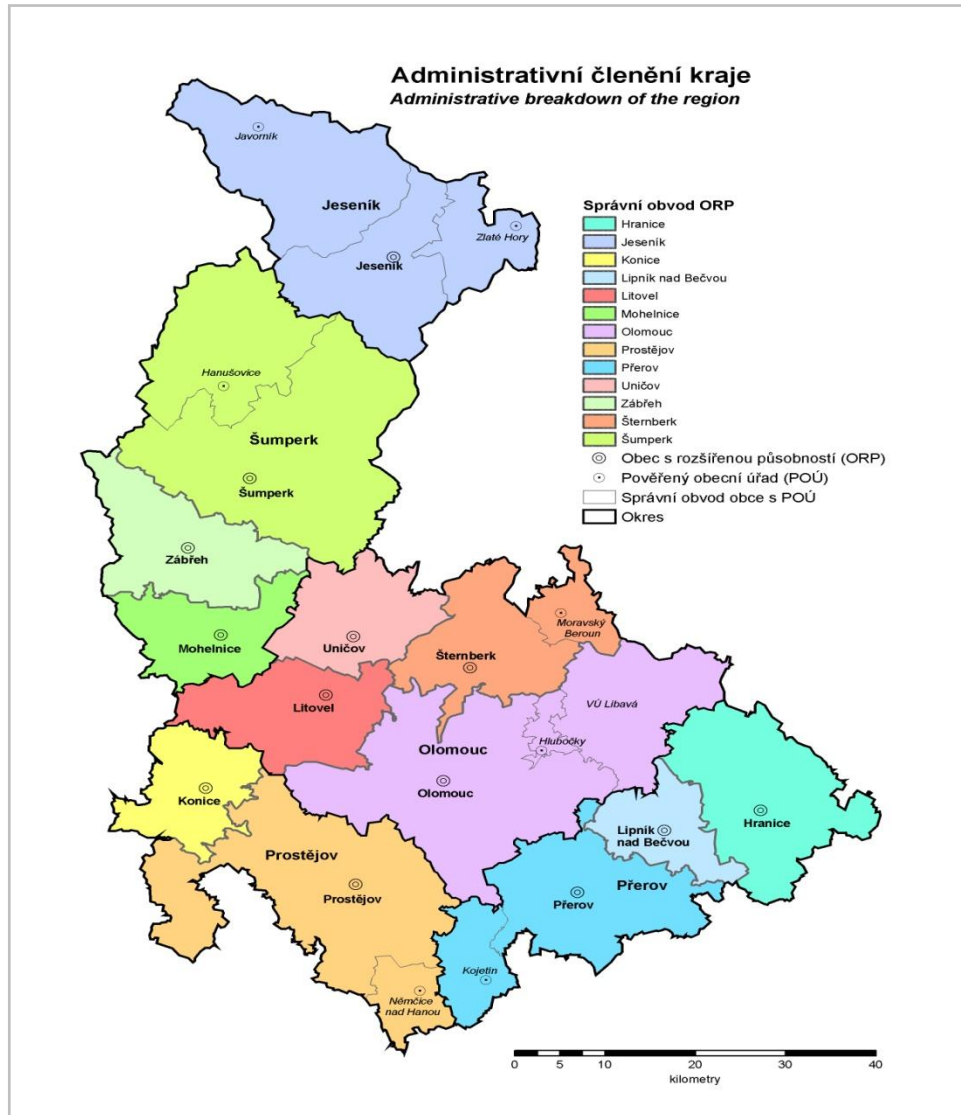
Tab. 6 Projekce obyvatel ČR do roku 2050

Věk obyvatel	2015	2020	2025	2035	2045	2050
0 - 14	1 611 202	1 682 797	1 621 321	1 419 585	1 446 476	1 500 915
15 – 64	7 170 789	6 948 298	6 899 380	6 810 087	6 192 493	5 965 878
65 +	1 886 008	2 166 389	2 360 876	2 665 421	3 217 910	3 375 527
80+	421 822	457 613	578 120	938 706	1 055 489	1 118 858
90 +	50 703	70 098	86 927	149 352	264 540	276 035
<b>Celkem</b>	<b>10 667 999</b>	<b>10 797 484</b>	<b>10 881 577</b>	<b>10 895 093</b>	<b>10 856 879</b>	<b>10 842 320</b>
<b>Podíl 65 + [ %]</b>	<b>17,7</b>	<b>20,1</b>	<b>21,7</b>	<b>24,5</b>	<b>29,6</b>	<b>31,1</b>
<b>Podíl 80 + [ %]</b>	<b>4,0</b>	<b>4,2</b>	<b>5,3</b>	<b>8,6</b>	<b>9,7</b>	<b>10,3</b>

Zdroj: (vlastní zpracování dle ČSÚ, 2009)

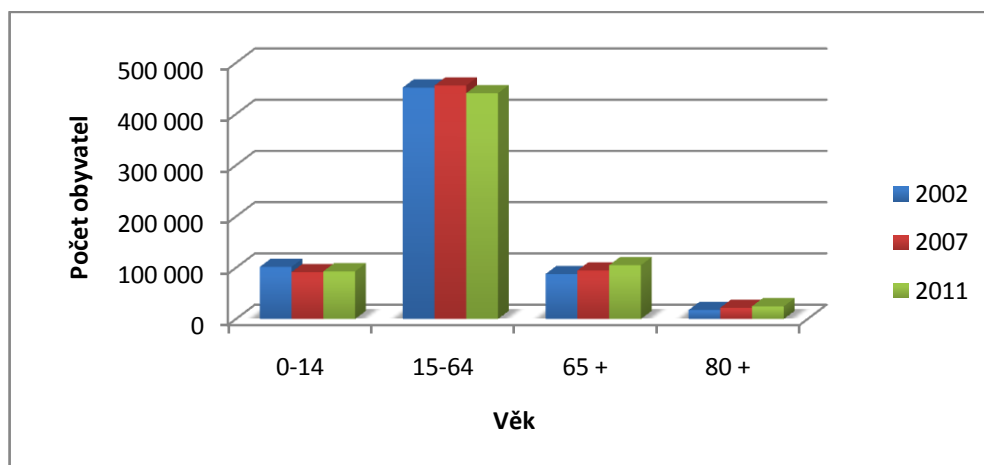
### 6.1.2 Vývoj počtu obyvatelstva Olomouckého kraje

Olomoucký kraj tvoří celkem 5 okresů – Jeseník, Olomouc, Prostějov, Přerov a Šumperk. (obr. 4) Podle počtu obyvatel je největším okresem Olomouc (232 226 obyvatel), následují okresy Přerov (133 932 obyvatel), Šumperk (124 246 obyvatel), Prostějov (110 182 obyvatel) a Jeseník s 41 095 obyvateli. (ČSÚ, 2010c)



Obr. 4 Administrativní členění Olomouckého kraje (ČSÚ, 2008)

Věková struktura obyvatel Olomouckého kraje je v současnosti srovnatelná s průměrem České republiky. Nadále v kraji pokračuje úbytek obyvatel v předproduktivním věku 0 – 14 let a produktivním věku 15 – 64 let, avšak zvyšuje se zastoupení obyvatel ve věku nad 65 let (poproduktivní věk). Klesá i rovněž celkový počet obyvatel Olomouckého kraje. Zatímco v roce 2002 dosahoval hodnoty 641 159 obyvatel, tak v roce 2011 došlo k poklesu o 2521 osob na 638 638 obyvatel. (obr. 5)



Obr. 5 Vývoj počtu obyvatel dle věkového složení v letech 2002 - 2011

(vlastní zpracování dle ČSÚ, 2012a)

### 6.1.3 Prognóza obyvatelstva v Olomouckém kraji

Na plánování poskytování sociálních služeb v kraji má vliv i prognóza počtu obyvatel. Součástí stanovené projekce obyvatelstva ČR do roku 2065 je i prognóza pro jednotlivé kraje ČR. V Olomouckém kraji dle této prognózy dojde v letech 2011 - 2020 k nárůstu obyvatel o 2612. Avšak po tomto roce se má počet obyvatel jen snižovat, a to až do uvedeného roku 2050. Podíl osob starších 65 let neustále poroste. Kdy v roce 2020 by měl dosahovat podílu 20,8 % všech obyvatel.

Tab. 7 Projekce obyvatelstva Olomouckého kraje do roku 2050

Věk obyvatel	2015	2020	2025	2035	2045	2050
0 - 14	95 607	98 265	93 384	77 818	74 778	75 865
15 - 64	431 065	409 882	398 074	378 003	327 999	307 296
65 +	115 952	133 103	145 467	161 534	189 069	195 159
80+	26 263	28 820	36 193	58 107	64 812	67 226
90 +	2 962	4 148	5 267	9 207	16 227	17 076
<b>Celkem</b>	<b>642 664</b>	<b>641 250</b>	<b>636 925</b>	<b>617 355</b>	<b>591 846</b>	<b>578 320</b>
<b>Podíl 65 + [ %]</b>	<b>18,0</b>	<b>20,8</b>	<b>22,8</b>	<b>26,2</b>	<b>32,0</b>	<b>33,8</b>

Zdroj: (vlastní zpracování dle ČSÚ 2010b)

## 6.2 Komunitní plánování sociálních služeb v ČR

Plánování poskytování sociálních služeb prostřednictvím tzv. komunitního plánování je realizováno v České republice již řadu let. (MPSV ČR, 2009) Metodou komunitní plánování je možné na úrovni obcí či krajů plánovat sociální služby, tak aby splňovaly potřeby jednotlivých občanů a rovněž i odpovídaly specifickým v dané lokalitě. Pro tuto metodu je typický dialog a vyjednávání se všemi zúčastněnými stranami, kterých se daná oblast týká. Cílem komunitního plánování sociálních služeb je jak posílení sociální soudržnosti obyvatel, tak podpora a prevence sociálního vyloučení jedinců a skupin. (MPSV ČR, 2005)

### 6.2.1 Komunitní plánování sociálních služeb Olomouckého kraje

V roce 2007 vytvořil Olomoucký kraj první dokument zabývající se plánováním sociálních služeb metodou komunitního plánování. Jednalo se o tzv. Plán rozvoje sociálních služeb pro rok 2008. Cílem dokumentu bylo vytvořit priority v sociálních službách a stanovit zdroje jejich financování. Nejprve byl z důvodu změn v sociální oblasti tedy vytvořen střednědobý plán jen na jeden rok. Následoval strategický dokument Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji pro roky 2009 – 2010, který deklaroval celkem 16 základních principů poskytování sociálních služeb v kraji. (Olomoucký kraj, 2011)

#### **Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb V Olomouckém kraji pro roky 2011 – 2014.**

Tento v pořadí třetí dokument vytvořený metodou komunitního plánování byl zhotoven během společného jednání zástupců z řad poskytovatelů, uživatelů sociálních služeb a v neposlední řadě i odborníků zabývajících se touto problematikou. Střednědobý plán například charakterizuje a podporuje stávající síť sociálních služeb v kraji a její rozvoj na základě aktuálních priorit. Prostřednictvím střednědobého plánu se snaží Olomoucký kraj zajistit efektivitu, kvalitu a dostupnost sociální služby. V roce 2010 působilo v Olomouci 148 služeb sociální péče. (Olomoucký kraj, 2011)

Střednědobý plán je rozčleněn na cílové skupiny osob, kterými jsou:

- děti, mládež, rodina;
- osoby se zdravotním postižením;
- senioři;
- etnické menšiny a cizinci;



- osoby v krizi;
- osoby ohrožené návykovým jednáním;
- osoby sociálně vyloučené.

Pro každou cílovou skupinu je vytvořeno několik cílů a opatření, jak jich dosáhnout.

Pro skupinu senioři byly stanoveny pro roky 2011 - 2014 celkem tyto 4 cíle:

1. **Zachování a rozvoj stávající sítě sociálních služeb** – podpora projektů zvyšující kvalitu služeb pro seniory,
2. **Podpora a rozvoj terénních a ambulantních služeb pro seniory** – zajištění místní a časové dostupnosti služeb pro seniory,
3. **Podpora služeb pro seniory vyžadující specializovanou péči,**
4. **Rozvoj služeb sociální péče podporující zachování života v přirozeném prostředí** – rozvoj stávajících a podpora vzniku nových odlehčovacích služeb.

Z výše uvedených cílů se přímo týká osob s Alzheimerovou chorobou cíl třetí. Prvním opatřením vedoucí k naplnění třetího cíle, které Olomoucký kraj naplánoval pro roky 2011 – 2014, je využití kapacity pobytových zařízení pro seniory s různými typy demencí. Toto opatření se zaměří na zajištění péče o klienty prostřednictvím vytvoření zvláštních oddělení ve stávajících zařízeních. Dalším opatřením je příprava a vznik domova se zvláštním režimem pro sílovou skupinu seniorů s Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí. (Olomoucký kraj, 2011)

### **6.3 Kvalita poskytované sociální péče pro klienty s Alzheimerovou chorobou**

Kvalita poskytovaných sociálních služeb v České republice byla již zmíněna v kapitole 3. 2., kde byly charakterizovány standardy kvality sociálních služeb a možnosti její kontroly formou inspekce. V této kapitole bude popsán certifikační systém Vážka, který zaručuje kvalitu poskytovaných služeb právě pro klienty s Alzheimerovou chorobou.

#### **Certifikace Vážka**

Česká alzheimerovská společnost vytvořila certifikační systém Vážka, určený pro zařízení poskytující služby lidem trpícím demencí. Certifikace Vážka je udělena jak zdravotnickým, tak i sociálním zařízením. V případě sociálního zařízení je stanovena podmínka, aby

se jednalo o zařízení, které poskytuje sociální služby nemocným postiženým demencí na základě registrace dané sociální služby podle zákona o sociálních službách. (Česká Alzheimerovská společnost, 2012a) Organizace obdrží certifikát na základě výsledku auditu na dobu 18 měsíců. Po uplynutí stanovené doby může zařízení požádat o jeho prodloužení, a to opět na základě auditu. Certifikační systém je vyžadován po všech kontaktních místech ČALS, jelikož je zárukou kvalitní poskytované péče pro klienty s demencí. (Česká Alzheimerovská společnost, 2010)

V současnosti má Česká Alzheimerovská společnost celkem 25 kontaktních míst se zastoupením ve všech krajích České republiky (obr. 6). Jedná se o zařízení státní i nestátní. (Česká Alzheimerovská společnost, 2010)



Obr. 6 Kontaktní místa ČALS v ČR (Mapy Google.cz, 2011)

## 6.4 Pobytové sociální služby

Mezi pobytové sociální služby poskytující sociální péči klientům s Alzheimerovou chorobou patří zejména domovy se zvláštním režimem, pobytová respitní (odlehčovací) péče, týdenní stacionáře či domovy pro seniory.

### Domovy se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem je podle zákona o sociálních službách určen například pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu chronického onemocnění, kteří vyžadují pomoc jiné fyzické osoby. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 50, 2006)

### Domovy pro seniory

Pouze vybrané domovy pro seniory se speciálním režimem umožňují umístění nemocného s Alzheimerovou chorobou. Jedná se většinou o klienty imobilní s Alzheimerovou chorobou ve stabilizovaném stavu či seniory s lehčí formou Alzheimerovy demence. (Domov seniorů POHODA Chválkovice, 2012)

### Týdenní stacionáře

Pobytová služba týdenní stacionář je podle zákona o sociálních službách poskytována jedincům se sníženou soběstačností, a to z důvodu věku či zdravotního postižení. Tato služba je určena i pro osoby s chronickým duševním onemocněním, kteří potřebují pravidelnou pomoc od jiné osoby. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 47, 2006)

### Odlehčovací (respitní) péče

Odlehčovací služby poskytuje většina domovů pro seniory či domovy se zvláštním režimem. Jedná se o přechodné umístění nemocného do těchto pobytových zařízení, a to po časově omezenou dobu. Avšak klient si musí tuto službu hradit podle ceníku daného zařízení. (Bartoš a Hasalíková, 2010, s. 101)

#### 6.4.1 Kapacita a vybavenost pobytovými sociálními službami v ČR

V následující tabulce je zachycena kapacita a počet domovů pro seniory v letech 2008 - 2010. Počet domovů pro seniory stále narůstá. V letech 2008 - 2010 vzniklo celkem 14 nových domovů pro seniory. (MPSV ČR, 2011b)

Tab. 8 Počet domovů pro seniory v letech 2008 - 2010

Druh služby (poskytované ve smyslu § 34 zá- kona č. 108/2006)	2008			2009			2010		
	počet	kapacita	počet uživatelů k 31.12.	počet	kapacita	počet uživatelů k 31.12.	počet	kapacita	počet uživatelů k 31.12.
Domovy pro seniory	452	37 733	35 945	453	37 192	35 640	466	37 818	36 183

Zdroj: (MPSV ČR, 2011b)

Z hlediska zřizovatele sociálních služeb byly provozovány v roce 2010 domovy pro seniory i domovy se zvláštním režimem nejvíce pod hlavičkou kraje.

Tab. 9 Vybrané sociální služby podle zřizovatele v roce 2010

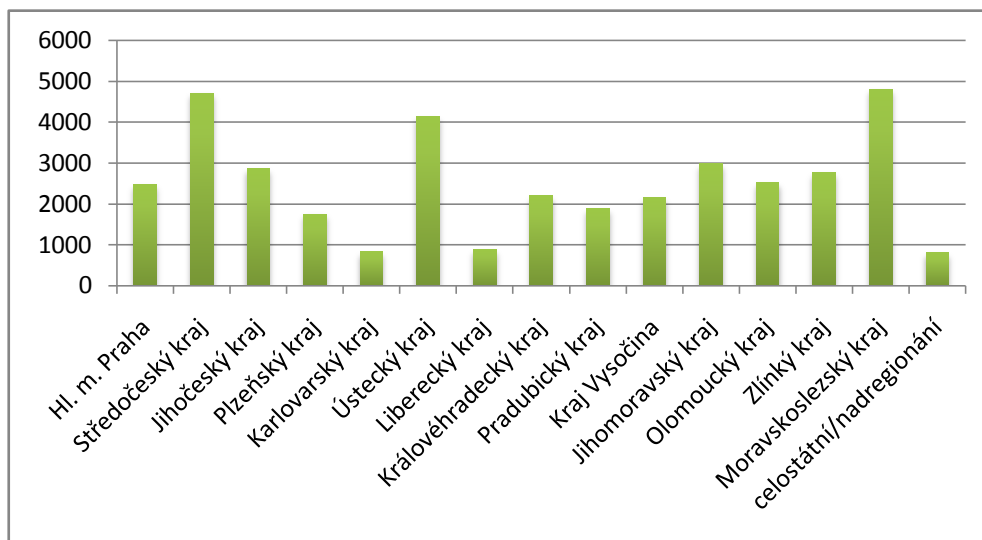
Druh služby (poskytované ve smyslu § 34 zákona č. 108/2006)	Celkem		Státní		Krajská		Obecní		Církevní		Ostatní	
	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita
Domovy pro seniory	466	37 818	0	0	190	17 772	170	15 861	69	2 643	37	1542
Domovy se zvláštním režimem	176	8 822	0	0	89	4 951	45	2352	12	296	30	1223

Zdroj: (MPSV ČR, 2011b)

### Domovy pro seniory

Vyšší vybavenost místy v domovech pro seniory v regionech jako je Středočeský kraj, Ústecký či Moravskoslezský je evidentní z následujícího grafu. Tato skutečnost je v lokalitách, kde je například narušena původní struktura osídlení či v regionech horských a podhorských. Zatímco nižší kapacitou lůžek disponují regiony s vysokou mírou rodinné solidarity (např. Hodonín, Břeclav, Olomouc) či magistrátní města (obzvláště Praha, Plzeň a Brno). (Průša et al., 2010, s. 12)

V roce 2010 disponoval největší kapacitou lůžek v domově pro seniory v rámci České republiky kraj Moravskoslezský s 4798 lůžky. Dalšími v pořadí kraj Středočeský (4 706 lůžek), Ústecký (4 124 lůžek) a Jihomoravský (2 985 lůžek). Olomoucký kraj evidoval v témže roce 2 517 lůžek. Nejnižší kapacitou lůžek v domovech pro seniory disponoval kraj Karlovarský s 828 lůžky. (Obr. 7)

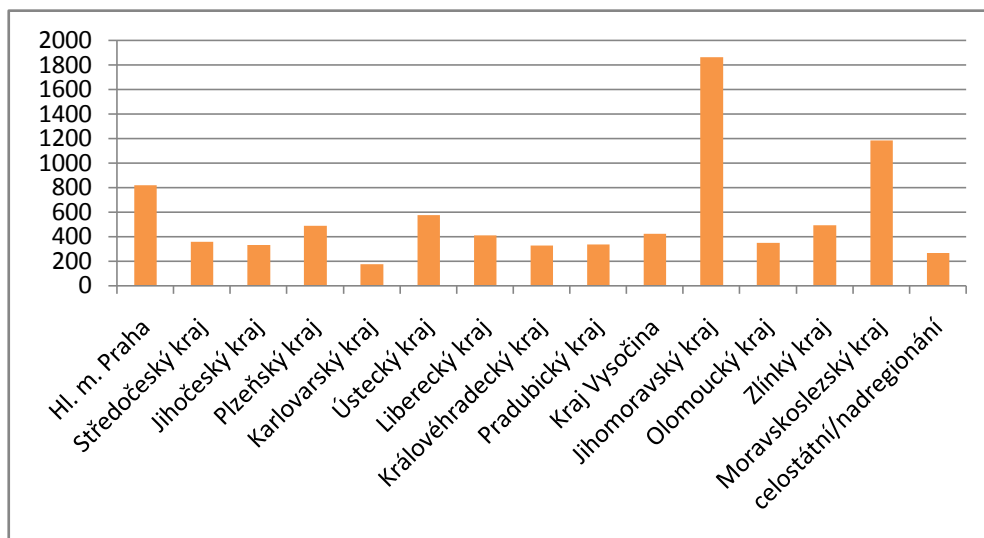


*Obr. 7 Počet lůžek v domově pro seniory dle působnosti služby (regionální, celostátní/nadregionální) v roce 2010 (vlastní zpracování dle MPSV ČR, 2010b)*

### **Domovy se zvláštním režimem**

V následujícím grafu je znázorněn počet domovů se zvláštním režimem poskytující služby výhradně osobám s Alzheimerovou chorobou a dalšími typy demencí.

K 1. 7. 2012 disponoval největším počtem kraj Moravskoslezský s 30 domovy a jako druhý v pořadí kraj Jihomoravský s 26 zařízeními. Hlavní město Praha a Středočeský kraj evidovaly shodně 20 domovů se zvláštním režimem. Olomoucký kraj patří ke krajům s nižší vybaveností těmito zařízeními, a to konkrétně k 1. 7. 2012 disponoval 8 zařízeními. Nejnižší vybaveností domovy se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou chorobou a dalšími typy demencí měl k dispozici k 1. 7. 2012 kraj Plzeňský, a to 5 zařízení.



Obr. 8 Počet domovů se zvláštním režimem dle působnosti služby v roce 2012 (vlastní zpracování dle MPSV ČR, 2012a)

### Týdenní stacionáře

K 1. 7. 2012 bylo v elektronickém registru MPSV ČR poskytovatelů sociálních služeb evidováno celkem 10 týdenních stacionářů s cílovou skupinou osoby s Alzheimerovou chorobou a dalšími typy demencí. Jednalo se o tyto kraje: Středočeský kraj (3 zařízení), Plzeňský kraj (1 zařízení), Karlovarský kraj (1 zařízení), Ústecký kraj (2 zařízení) a Moravskoslezský kraj (3 zařízení). Absence týdenních stacionářů pro cílovou skupinu osoby s Alzheimerovou chorobou a dalšími typy demencí v některých krajích může být způsobena například tím, že jsou tyto služby poskytovány v zařízeních respitní péče.

## 6.5 Nepobytové sociální služby

Mezi nepobytové sociální služby určené pro nemocné s Alzheimerovou chorobou a demencí patří:

- denní stacionář,
- denní centrum pro osoby s demencí,
- pečovatelské služby,
- služby osobní asistence,
- respitní (odlehčovací) péče v domácím prostředí nemocného.

**Denní stacionář**

Denní stacionář, který se soustřeďuje na osoby s demencí, představuje pro klienty s Alzheimerovou chorobou optimální formu péče. Přičemž pro tuto péči je nezbytné funkční sociální zázemí, do kterého se klient může navracet. Pro samotného klienta pobyt v denním stacionáři znamená participaci v jednotlivých aktivitách a zachování soběstačnosti i sociálních dovedností. (Jiráková et al., 2009, s. 121)

**Denní centrum**

Zákon o sociálních službách v § 45 charakterizuje centrum denních služeb jako ambulantní služby, které se poskytují osobám se sníženou soběstačností, a to z důvodu věku, chronického onemocnění či zdravotního postižení. Stav těchto osob vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

**Pečovatelské služby**

Pečovatelské služby jsou poskytovány v domácím prostředí nemocného. Kdy pečovatelé pomáhají nemocnému například s hygienou, stravováním či doprovodem k lékaři. Jedná se o službu, kterou si klient hradí podle ceníku dané organizace. (Bartoš a Hasalíková, 2010, s. 100)

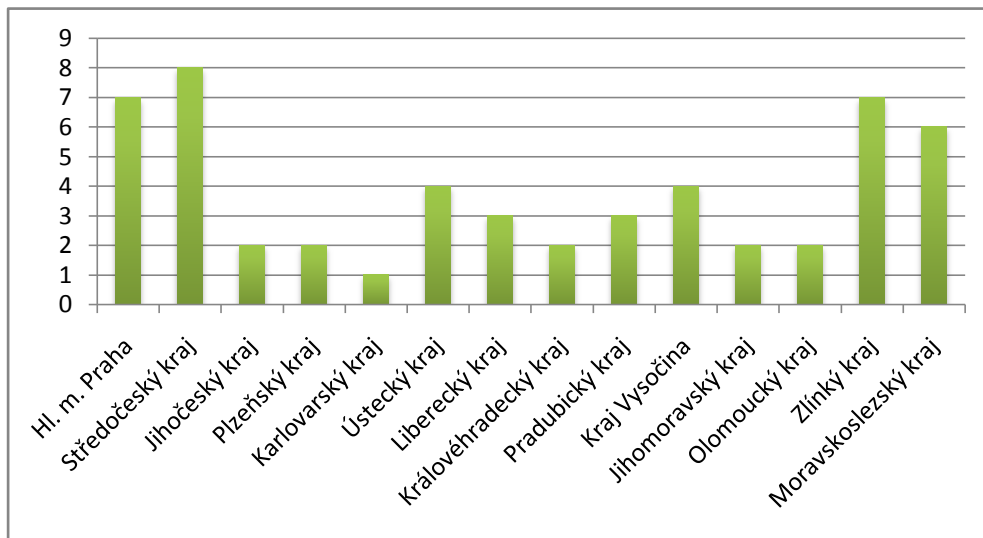
**Služby osobní asistence**

Služby osobní asistence se poskytují v odlišném rozsahu. Asistent zastává u nemocného hlavně roli společníka. Poskytované služby se častokrát překrývají s nabídkou pečovatelské služby. Velkou předností osobní asistence je časová flexibilita asistentů, která umožňuje, aby se u nemocného asistenti střídali a zajistili tímto v případě potřeby 24hodinovou péči o nemocného v jeho domově. Služby osobní asistence patří mezi hrazené služby, a to podle ceníku dané instituce. (Bartoš a Hasalíková, 2010, s. 100 - 101)

**6.5.1 Kapacita nepobytových sociálních služeb v ČR****Denní stacionáře**

Z následujícího grafu vyplývá, že k 1. 7. 2012 mezi kraje s největším počtem denních stacionářů s cílovou skupinou osoby s Alzheimerovou chorobou a dalšími typy demencí můžeme zařadit Středočeský kraj, Hlavní město Praha, Zlínský kraj a Moravskoslezský kraj. Naopak Karlovarský kraj, Jihočeský kraj, Plzeňský kraj, Jihomoravský a Olomoucký kraj

disponují nejnižším počtem denních stacionářů. V Olomouckém kraji se nachází denní stacionáře konkrétně v Olomouci a v Prostějově.



*Obr. 9 Počet denních stacionářů dle působnosti služby v roce 2012  
(vlastní zpracování dle MPSV ČR, 2012a)*

### **Centra denních služeb, odlehčovací služby, osobní asistence a pečovatelská služba**

Následující tabulka zachycuje centra denních služeb, denní stacionáře, odlehčovací služby, osobní asistence a pečovatelské služby, vedené v registru poskytovatelů sociálních služeb v roce 2010, dle právní formy poskytovatele těchto služeb. Jako poskytovatel měla největší zastoupení nestátní nezisková organizace, a to téměř u všech služeb s výjimkou pečovatelské služby, kde převládal poskytovatel město či obec.



Tab. 10 Vybrané nepobytové sociální služby dle právní formy poskytovatele v roce 2010

Druh služby	celkem	NNO	o.s.	f.o.	města/ obce	p.o.	ostatní
Centra denních služeb	107	77	0	0	5	25	0
Denní stacionáře	274	144	2	3	5	117	3
Odlehčovací služby	264	143	9	3	12	94	3
Osobní asistence	219	189	5	9	2	14	0
Pečovatelská služba	816	279	20	30	301	179	7

Zdroj: (Vlastní zpracování dle MPSV ČR, 2010b)

Vysvětlivky: NNO – nestátní nezisková organizace, o. s. – obchodní společnost,  
f. o. - fyzická osoba, p. o. – příspěvková organizace, ostatní – např. organizační složka státu

## 6.6 Pest analýza

Pest analýza je rozbořením čtyř skupin prostředí - politicko – právního, ekonomického, sociálního a technologického prostředí. Obecně lze konstatovat, že se jedná o analýzu makroprostředí. Pest analýza uvedená níže je zaměřena na analýzu poskytování sociálních služeb osobám s Alzheimerovou chorobou.

### Politické a legislativní faktory

Poskytování sociálních služeb ovlivňuje řada zákonů, norem a vyhlášek. Právní úprava poskytování sociálních služeb je v kompetenci rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Právní úprava poskytování sociálních služeb prošla zásadní změnou přijetím nového zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách s účinností k 1. 7. 2007. Přičemž dosavadní právní úprava byla nevyhovující, a to již od počátku devadesátých let minulého století. Jelikož po roce 1989 bylo zapotřebí transformovat sociální systém, protože stávající systém byl shledán nevyhovujícím, z důvodu jeho vytvoření v 50 letech 20. stol. (Průša, 2003, s. 12). Kdy jedním z hlavních problémů byl fakt, že poskytovatelé sociálních služeb nebyli nijak kontrolováni státem z hlediska úrovně poskytování sociálních služeb. Dále

k registraci sociální služby nemusela organizace splňovat žádné zvláštní podmínky. Avšak dnes je tomu právě naopak. (Matoušek et al., 2007a, s. 38 – 39)

Současná právní úprava poskytování sociálních služeb stanovuje podmínku registrace služby, kterou musí poskytovatel služeb splnit, aby vůbec mohla být daná sociální služba provozována. Poskytovatelé sociálních služeb jsou tedy registrováni u příslušného krajského úřadu, který disponuje i pravomocí inspekce, s cílem hodnotit kvalitu poskytovaných služeb. Dále je poskytování sociálních služeb stanoveno na základě smluvního vztahu mezi poskytovatelem a uživatelem těchto služeb.

Co se týče samotných sociálních pracovníků, zákon o sociálních službách stanovuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka. Jedná se zejména o bezúhonnost, způsobilost k právním úkonům, zdravotní a odbornou způsobilost. Dále zákon vymezuje i povinnost dalšího vzdělávání sociálních pracovníků. Tímto krokem se má docílit, aby poskytované služby sociálním pracovníkem byly na standardní a kvalitní úrovni.

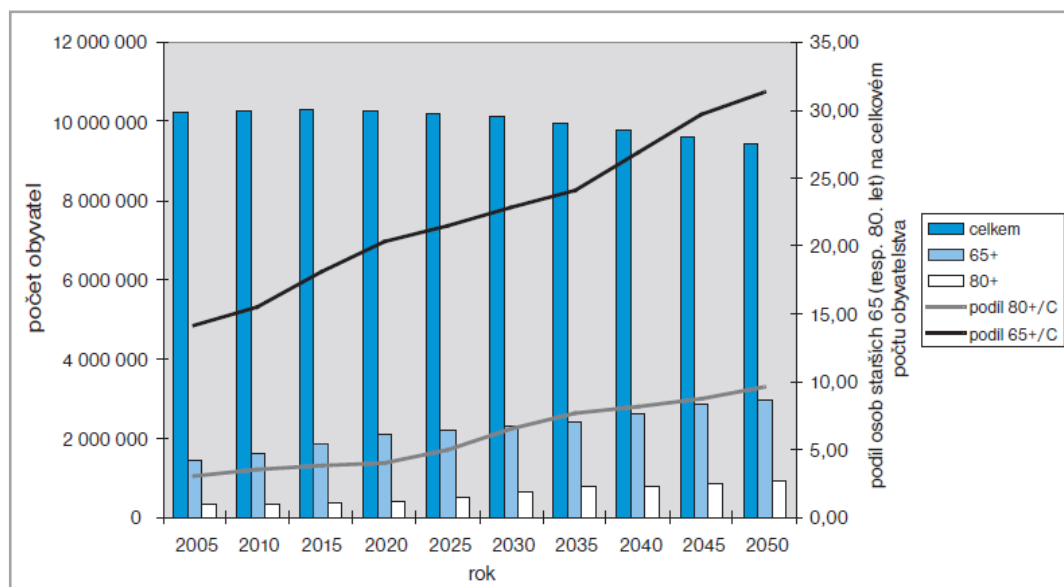
Kvalitu a dostupnost sociálních služeb pro osoby s Alzheimerovou chorobou má zajistit i tzv. Plán Alzheimer České republiky, který je v současnosti připravován zejména odborníky z řad Ministerstva práce a sociálních věcí a také z Ministerstva zdravotnictví. Koncepce počítá i s rozšířením ambulantních a terénních sociálních služeb.

### **Sociální a demografické faktory**

Probíhající demografické změny s důsledkem stárnutí obyvatel, ke kterému v současnosti dochází, jsou ovlivněny i ekonomickým a sociálním vývojem. Kvalitnější poskytovaná zdravotní péče, lepší pracovní a životní podmínky, to vše ovlivňuje délku života jedince. Odborníci z České republiky na problematiku stárnutí obyvatel připravují pravidelně v několika posledních letech Národní program přípravy na stárnutí. Aktuální platný program je na období let 2008 – 2012. Jedna z priorit tohoto programu je zaměřena i na kvalitu života seniorů. Mezi další strategické priority programu patří: aktivní stárnutí, zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří, prostředí a komunita vstřícná ke stáří, podpora rodin a pečovatелů a podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv. (MPSV ČR, 2008)

I když v příštích letech bude docházet v České republice k poklesu celkového počtu obyvatel, počet osob starších 65 let bude i nadále vzrůstat. Tato skutečnost s sebou přináší i nut-

nost věnovat větší pozornost otázkám poskytování sociální péče seniorům a přizpůsobení daných služeb potřebám seniorů. V následujícím grafu je uvedena predikce podílu osob starších 65 let resp. i 80 let, kteří se v budoucnosti stanou závislími na poskytování sociálních služeb. Tento trend bude mít dopad nejen na systém důchodové pojištění, ale i oblast poskytování sociálních služeb a v neposlední řadě i zdravotní péče.



Obr. 10 Vývoj podílu osob závislých na poskytování sociálních služeb  
(Vzdělávací centrum pro veřejnou správu a ČR, o.p.s., 2008)

### Ekonomické faktory

Hospodářská krize, která postihla v roce 2009 nejprve Spojené státy americké a později i téměř celou Evropu, měla dopad i na hospodaření České republiky. V současnosti v důsledku doznívající finanční a ekonomické krize probíhá i nadále snižování vládních výdajů. Tato skutečnost ovlivňuje i oblast sociální péče. Jelikož je systém financování sociálních služeb převážně závislý na financování z vnějších zdrojů. Dalším ekonomickým faktorem, který ovlivňuje poskytování sociálních služeb, je i odlišný způsob financování jednotlivých typů služeb.

Tab. 11 Srovnání způsobu financování pobytových, ambulantních a terénních sociálních služeb

Typ sociální služby	Hlavní zdroje financování	Další zdroje financování
<b>Pobytová</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• platby uživatelů sociálních služeb</li> <li>• příspěvky na péči dle § 11, zákona č. 108/2006 Sb.</li> <li>• státní dotace</li> <li>• příjmy z veřejného zdravotního pojištění</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vedlejší hospodářská činnost (pronájem nebytových prostor, apod.)</li> <li>• příspěvek zřizovatele na činnost</li> <li>• dary</li> <li>• ostatní granty a příspěvky na sekundární a terciární aktivity poskytovatele</li> <li>• ostatní zdroje</li> </ul>
<b>Ambulantní a terénní</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• platby uživatelů sociálních služeb</li> <li>• příspěvky na péči dle § 11, zákona č. 108/2006 Sb.</li> <li>• státní dotace</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vedlejší hospodářská činnost (pronájem nebytových prostor, apod.)</li> <li>• příspěvek zřizovatele na činnost</li> <li>• dary</li> <li>• ostatní granty a příspěvky na sekundární a terciární aktivity poskytovatele</li> <li>• ostatní zdroje</li> </ul>

Zdroj: (vlastní zpracování dle Herman et al., 2008, s. 24 – 25)

Změna nižší sazby DPH z 10 na 14 %, která platí od ledna letošního roku, vede například ke zvýšení cen léků, zdravotnického materiálu, potravin, městské hromadné dopravy, ubytování a tepla. Růst dolní sazby DPH se promítne i do zdražení zdravotní a sociální péče. (Lidovky.cz, 2012)

Sektor sociálních služeb se stává v současné době v zemích Evropské Unie důležitým zaměstnavatelem a zejména i vytvářením nových pracovních pozic. Tato skutečnost přispívá i ke vzniku sociální integrace. (Vize koncepce sociálních služeb v ČR, 2009) Avšak v důsledku nízkého platu sociálních pracovníků v České republice se mnohdy toto povolání stává nepříliš atraktivním. Výše platu zaměstnance v sociálních službách se odvíjí dle příslušné platové třídy.

### Technologické prostředí

Při poskytování sociálních služeb klientům s Alzheimerovou chorobou není potřeba mnoho moderních technologií, jak tomu může být u jiných klientů. Ambulantní a pobytové zařízení poskytují klientům s Alzheimerovou chorobou řadu nefarmakologických postupů, které jsou především zaměřeny na trénink paměti klientů. Jelikož se jedná o klienty, kteří mají postiženou krátkodobou paměť, snaží se některá zařízení přizpůsobit tomuto faktu i vybavení prostor v místě poskytování služby. To znamená, vybavit některé místnosti starším nábytkem, který klientům evokuje dobu jejich mládí. V případě pobytových sociálních zařízení je nezbytné, aby úprava prostor vyhovovala klientům s demencí, kteří v terminálním stádiu onemocnění se stávají často imobilními.

Pro klienty využívající ambulantní služby se nabízí projekt bezpečný návrat České alzheimerské společnosti a jedné farmaceutické společnosti. Tento projekt je tím, co může pomoci rodinným příslušníkům předcházet, že se jejich blízký člen mimo domov ztratí.

## 7 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Dotazníkové šetření probíhalo v období od 4. 6. do 6. 7. 2012 celkem na třech místech v Olomouckém kraji, a to jmenovitě v Diakonii Českobratrské církve Evangelické – středisku v Sobotíně, Domově pro seniory v Olomouci a v psychiatrické ambulanci XY v Olomouci. Dotazníky byly určeny pro rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou a pečovatele o nemocné. Některé otázky v použitých dotaznících byly převzaty z již uskutečněného dotazníkového šetření v rámci diplomové práce na téma *Kvalita života nemocných s Huntingtonovou chorobou a osob v riziku*. (Váverková, 2011)

### **Diakonie Českobratrské církve evangelické – středisko v Sobotíně**

Středisko Diakonie Českobratrské církve evangelické v Sobotíně bylo založeno v roce 1992. Ředitelkou střediska je v současnosti paní Ing. Hana Řezáčová. V organizaci je zaměstnáno více než 116 zaměstnanců. Diakonie ČCE v Sobotíně obdržela v září loňského roku certifikát České Alzheimerovské společnosti Vážka pro domov se zvláštním režimem. Tímto certifikátem získala organizace statut kontaktního místa ČALS poskytující kvalifikované služby a poradenství pro osoby trpící syndromem demence a rovněž i pro blízké osoby nemocných. Diakonie poskytuje sociální služby jak pro mladé lidi (tzv. Dům na půl cesty), tak pro seniory.

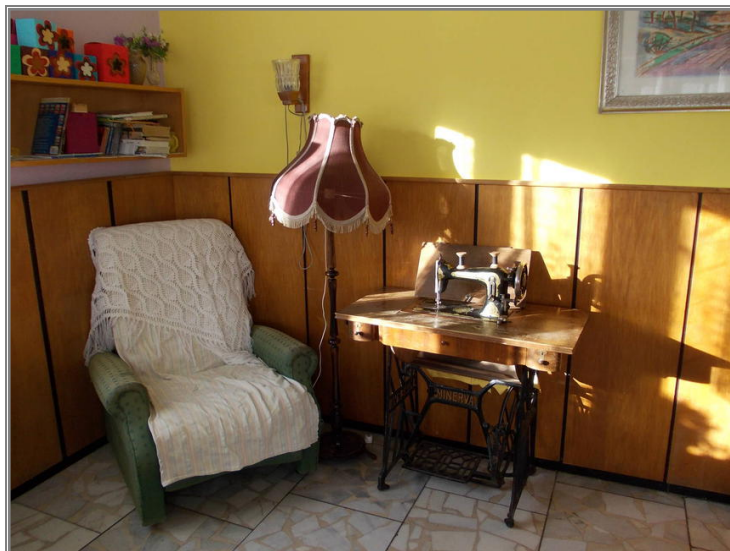
Středisko Diakonie v Sobotíně poskytuje následující sociální služby pro seniory:

- Domov pro seniory,
- Domov se zvláštním režimem
- Respitní péče – odlehčovací služby,
- Pečovatelská služba.

### ***Domov pro seniory se zvláštním režimem***

Posláním Domova pro seniory se zvláštním režimem je poskytovat ubytování, stravování a péči dle individuálních potřeb osobám ve věku 60 a více let. Cílem domova je umožnit klientům žít důstojný a podle jejich možností a rovněž i přání aktivní život. Domov se zvláštním režimem disponuje celkem 30 místy pro nemocné s Alzheimerovou demencí nebo ostatním typem demencí. Pokoje pro klienty jsou buď 2 či 3 lůžkové. V současnosti jsou služby domova poskytovány celkem 29 klientům, a to 6 mužům a 23 ženám. Aktuální

průměrný věk uživatelů služeb je 75 let. (Diakonie Českobratrské církve evangelické - středisko v Sobotíně, 2012a a interní materiály organizace)



*Obr. 11 Retro koutek v domově se zvláštním režimem*

*(Interní materiály Diakonie ČCE)*

### ***Odlehčovací služby***

Odlehčovací služba je nabízena zájemcům ve třech formách: terénní, ambulantní a pobytová. Tato služba byla zahájena k 1. 4. 2005 za finanční podpory Evropské Unie. Dostupnost respitní péče je 24 hodin denně po celý rok. Cílem této péče je zlepšení kvality života seniorů s demencí a rodin, které o nemocné pečují. Smyslem nabízené péče pro rodinné příslušníky nemocných je především poskytnout úlevu od psychické a fyzické zátěže, která je spojena s trvalou péčí o postiženého demencí. V neposlední řadě i získání volného času pro pečující rodinu na odpočinek a načerpání nových sil na péči o nemocného. (Diakonie Českobratrské církve evangelické - středisko v Sobotíně, 2012b a interní materiály organizace)

### **Domov seniorů POHODA Chválkovice**

Domov seniorů Pohoda v Olomouci má za sebou již dlouholetou historii. Pod dřívějším názvem Domov důchodců vznikl již v roce 1941. V současnosti je Domov seniorů POHODA příspěvkovou organizací, která se snaží zvyšovat kvalitu poskytované péče s cílem co nejvyšší spokojenosti klientů. Ředitelem organizace je PaedDr. Jiří Floder. Sou-

částí této organizace je domov pro seniory a chráněné bydlení. (Domov seniorů POHODA Chválkovice, 2012c)

### ***Domov pro seniory***

Domov pro seniory poskytuje pobytové služby seniorům a osobám se zdravotním postižením. Rovněž jsou zde ubytováni i senioři imobilní s Alzheimerovou chorobou ve stabilizovaném stavu a senioři s lehčí formou Alzheimerovy demence. Domov disponuje kapacitou celkem 200 míst. Jedním z dlouhodobých cílů domova pro seniory je zajistit podmínky pro důstojný a aktivní život uživatelů. (Domov seniorů POHODA Chválkovice, 2012b)



*Obr. 12 Domov pro seniory*

*(Interní materiály Domova seniorů POHODA)*

### ***Chráněné bydlení***

Chráněné bydlení pomáhá lidem, kteří nemohou svou sociální a zdravotní situaci řešit pomocí vlastních sil v přirozeném sociálním prostředí. Cílem poskytované služby je podpořit samostatnost uživatele a zachovat jeho nezávislost v co nejvyšší možné míře. Mezi zásady poskytování služeb v tomto zařízení patří respektování potřeb uživatele, rovnost bez diskriminace, partnerství a kvalita služeb. Chráněné bydlení s kapacitou 147 míst poskytuje služby lidem od 27 let. (Domov seniorů POHODA Chválkovice, 2012a)



## 7.1 Prezentace výsledků dotazníkového šetření

V následující tabulce je uvedeno zhodnocení návratnosti dotazníků určených pro rodinné příslušníky nemocného s Alzheimerovou chorobou. Celkem bylo osloveno 40 respondentů z toho 24 respondentů v Diakonii ČCE v Sobotíně, 12 respondentů v Domově seniorů POHODA a 4 respondenti prostřednictvím psychiatrické ambulance v Olomouci. Celková návratnost dotazníků pro rodinné příslušníky je 55 %.

*Tab. 12 Zhodnocení návratnosti dotazníků pro rodinné příslušníky nemocných*

Místo sběru dat	Počet poskytnutých dotazníků	Počet vrácených dotazníků	Návratnost (v %)
Diakonie ČCE	24	13	54
Domov seniorů	12	5	42
Psychiatrická ambulance	4	4	100
Celkem	40	22	55

Zdroj: Vlastní zpracování

V níže uvedené tabulce je zaznamenáno zhodnocení návratnosti dotazníků určených pro pečovatele o nemocné s Alzheimerovou chorobou. Celkem bylo osloveno 24 respondentů z toho 11 respondentů v Diakonii ČCE v Sobotíně a 13 respondentů v Domově seniorů POHODA. Celková návratnost dotazníků pro pečovatele je 100 %.

*Tab. 13 Zhodnocení návratnosti dotazníků pro pečovatele o nemocné*

Místo sběru dat	Počet poskytnutých dotazníků	Počet vrácených dotazníků	Návratnost (v %)
Diakonie ČCE	11	11	100
Domov seniorů	13	13	100
Celkem	24	24	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Celkem bylo poskytnuto 64 dotazníků, z toho jich bylo vráceno 46. Celková návratnost dotazníkového šetření je tedy 72 %.

### 7.1.1 Výsledky z dotazníku pro pečovatele o nemocné s Alzheimerovou chorobou

Dotazník pro pečovatele (viz příloha P I) byl rozdělen do dvou částí – demografické údaje a péče o nemocné. První část obsahovala 3 otázky uzavřené a 1 otevřenou otázku. Druhou část péče o nemocné tvořilo 8 otázek uzavřených, 7 otázek polouzavřených a 2 otázky ote-

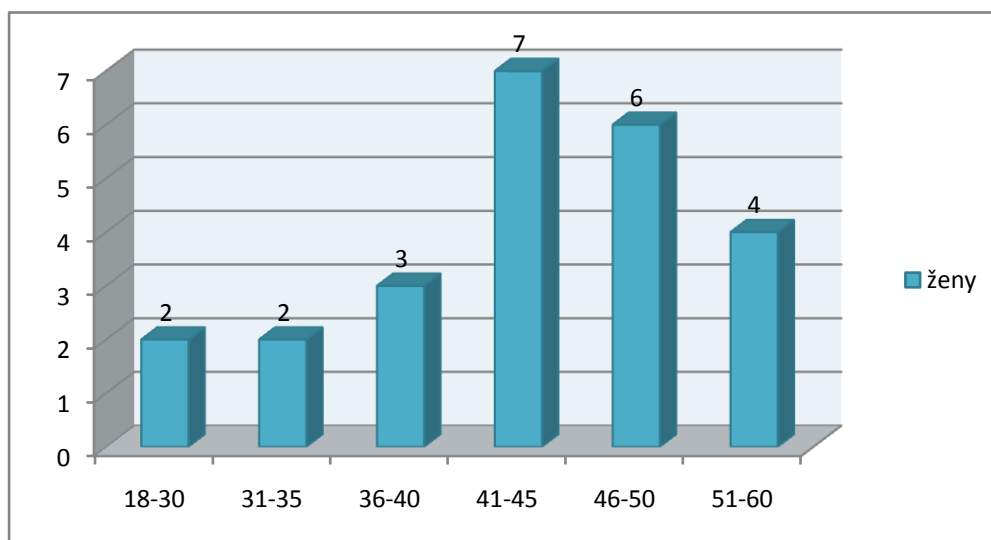
vřené. V následujícím zhodnocení otázek z dotazníku byly údaje získané ze všech míst sběru dat vyhodnoceny společně.

### Demografické údaje

První část dotazníku zjišťovala demografické údaje o respondentech - pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a bydliště.

#### Otázka č. 1, 2: Pohlaví a věk?

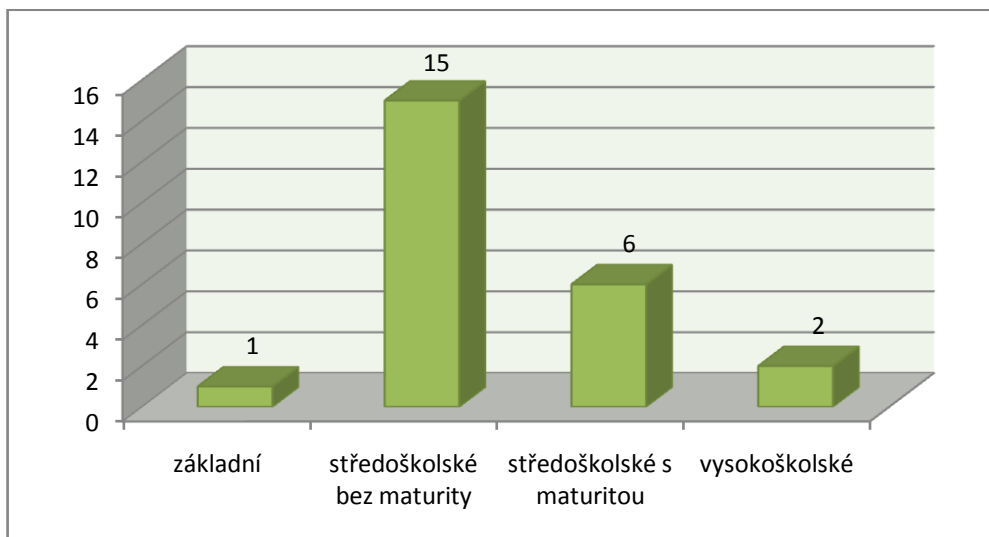
Dotazník byl vyplněn ze 100 % ženami. Z následujícího grafu je zřejmé, že nejpočetnější věkovou kategorií dotázaných tvořili respondenti ve věku 41-45 let (29 %). Druhou nejpočetnější skupinou byla věková kategorie 46 -50 let (25 %). Nejméně početné skupiny byly celkem dvě, a to 18-30 let a 31-35 let, které představovaly shodně 8 % z celkového počtu dotázaných.



Obr. 13 Věkové kategorie respondentů (vlastní zpracování)

**Otázka č. 3:** Nejvyšší dosažené vzdělání?

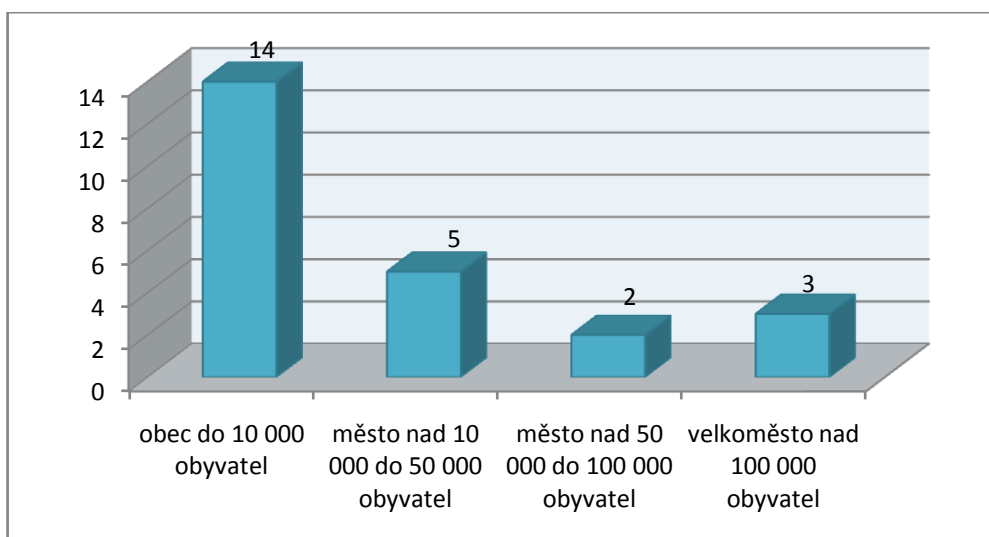
Z následujícího grafu vyplývá, že jako nejvyšší dosažené vzdělání respondenti uvedli *středoškolské bez maturity*, a to 63 % z celkového počtu dotázaných pečovatelů. Nejméně početnou skupinu představovalo nejvyšší dosažené vzdělání *základní* s 4 %.



Obr. 14 Nejvyšší dosažené vzdělání (vlastní zpracování)

**Otázka č. 4:** Bydlíte v?

Z celkového počtu dotázaných uvedlo 58 % respondentů jako své bydliště *obec do 10 000 obyvatel*. Nejméně početnou skupinou bylo *město nad 50 000 do 100 000 obyvatel* s 8 %.



Obr. 15 Bydliště (vlastní zpracování)

### Péče o nemocné

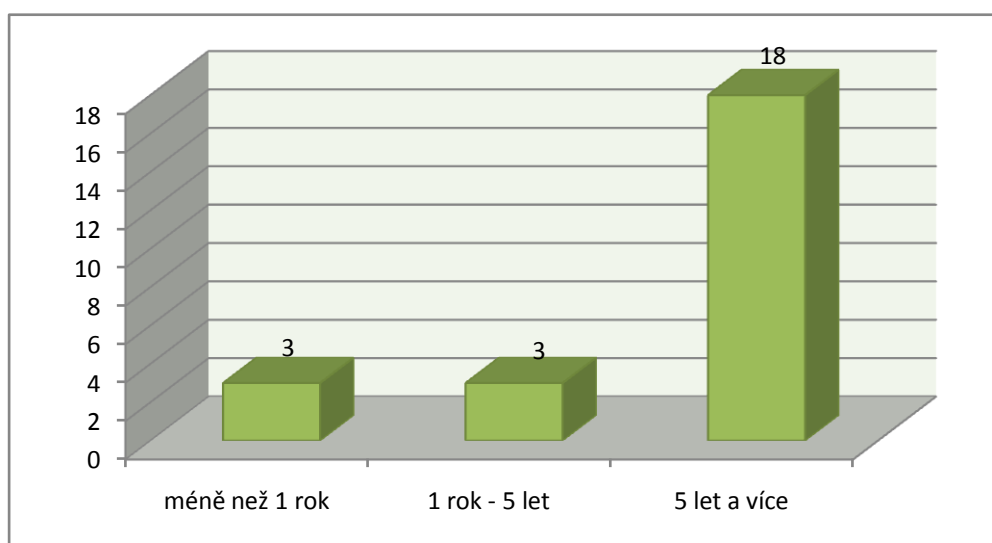
Druhá část dotazníku péče o nemocné zjišťovala nejprve zkušenosti s péčí o nemocného a dále byla zaměřena na samotné pečovatele a jejich pocity při péči o nemocného. K následujícímu zhodnocení dotazníku byly vybrány jen některé otázky. Číslo otázek v tomto zhodnocení se shodují s označením v dotazníku v příloze P I.

**Otázka č. 5:** Měl/a jste již v minulosti zkušenosti s péčí o nemocného s Alzheimerovou chorobou?

Předchozí zkušenost s péčí o nemocného s Alzheimerovou chorobou uvedlo celkem 58 % respondentů. Tedy nadpoloviční většina ze všech dotázaných.

**Otázka č. 6:** Jak dlouho pečujete nebo jste pečoval/a o nemocného?

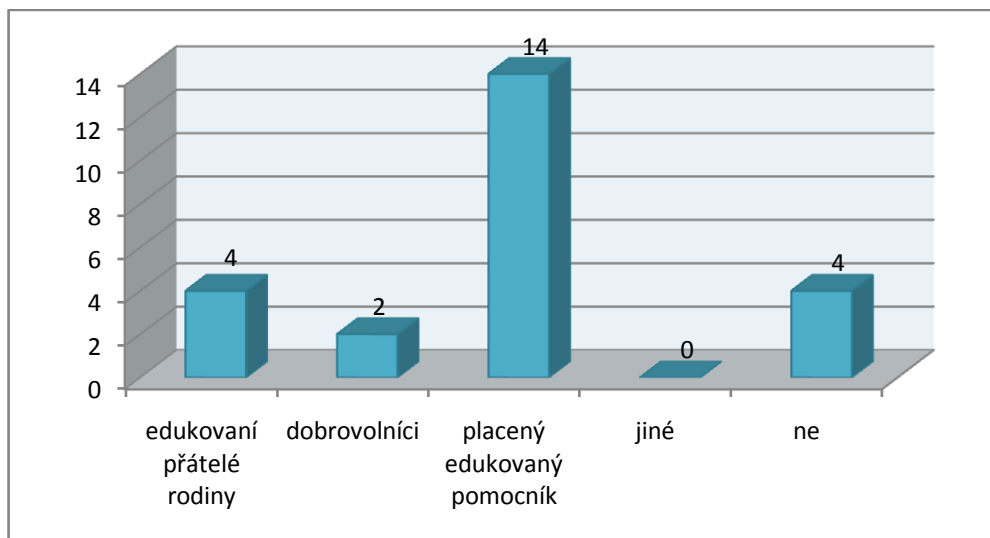
Z následujícího grafu je patrné, že většina respondentů (75 %) pečuje či pečovala o nemocného po dobu 5 let a více. Skupiny s délkou péče méně než 1 rok a 1 rok – 5 let tvořily shodně 12,5 %.



Obr. 16 Délka péče o nemocného (vlastní zpracování)

**Otázka č. 7:** Pokud se podílejí/podíleli na péči o nemocného pomocníci? Pokud ano, prosím uveďte, do které kategorie náleží.

Pokud se podílejí či podíleli na péči o nemocného pomocníci, tak se jednalo většinou o placené edukované pomocníky (58 %). Skupinu edukovaní přátelé rodiny vybralo celkem 17 % ze všech respondentů. Zatímco možnost dobrovolníků konkrétně z organizace *Maltezská pomoc* uvedlo pouze 8 % dotázaných.



Obr. 17 Péče o nemocného prostřednictvím pomocníků (vlastní zpracování)

**Otázka č. 8:** Spolupracujete s nějakými organizacemi, které vám mohou poskytnout pomoc v péči o nemocného? Pokud ano, uveďte prosím konkrétní organizaci.

Většina respondentů (83 %) nespolupracuje s žádnými organizacemi, které jim mohou poskytnout pomoc s péčí o nemocného. Respondenti s kladnou odpovědí uvedli spolupráci s organizací *Česká alzheimerovská společnost*.

**Otázka č. 9:** Využil/a jste v minulosti či využíváte služby České alzheimerovské společnosti (ČALS) či kontaktních míst ČALS (státní, nestátní, sociální a zdravotnické zařízení) – například „Pamatováček“ v Olomouci, pokud ano, uveďte, prosím, které služby a konkrétní zařízení:

Většina respondentů (83 %) nevyužila či nevyužívá služeb České alzheimerovské společnosti. Zbývající část dotázaných uvedla jedinou službu, a to shodně *poradenství ČALS*.

**Otázka č. 10:** Využil/a jste v minulosti či využíváte služeb poradenské linky v rámci určité organizace, pokud ano, uveďte, prosím konkrétní organizaci:

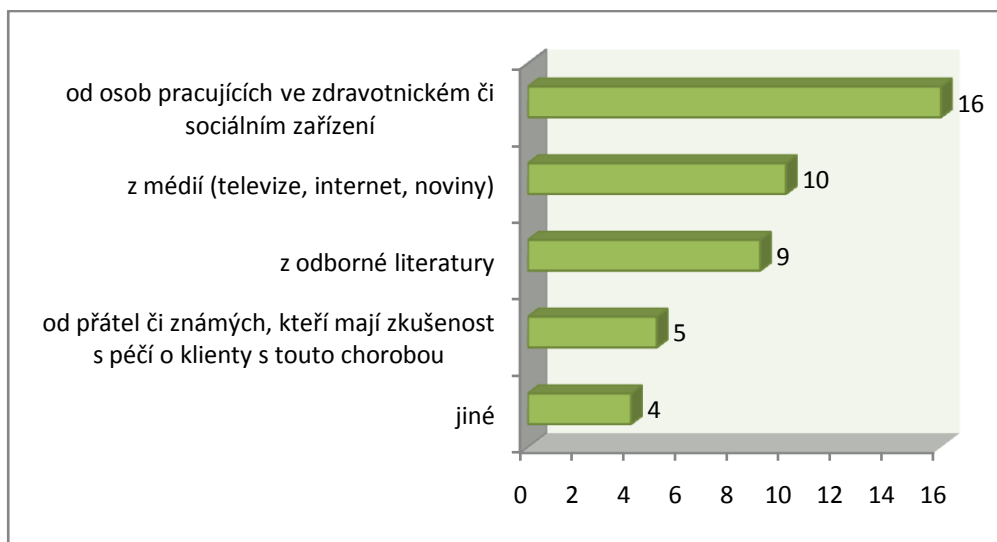
Kladnou odpověď zvolil pouze jeden respondent, který uvedl konkrétní organizaci Domov se zvláštním režimem v obci Jedlí.

**Otázka č. 11:** Uvítal/a byste možnost zavedení bezplatné poradenské telefonní linky?

Respondenti měli v této otázce na výběr ze tří možností – ano, ne a nevím. Převážná většina respondentů (54 %) by uvítala možnost zavedení bezplatné poradenské linky. Možnost *nevím* zvolilo 40 % respondentů.

**Otázka č. 12:** Kde získáváte informace v péči o nemocné s Alzheimerovou chorobou?

Jako nejčastější zdroj informací (67 %) uvedli respondenti *osoby pracující ve zdravotnickém či sociálním zařízení*. Následovaly skupiny *média* s 42 % a *odborná literatura* s 38 %. Možnost *jiné zdroje informací* zvolilo celkem 17 % ze všech dotázaných. Tato část respondentů uvedla jako jiné zdroje informací školící kurzy při zaměstnání.



Obr. 18 Zdroje informací v péči o nemocného s ACH (vlastní zpracování)

**Otázka č. 16:** Které problémy spojené s péčí o nemocného považujete za nejpodstatnější a nejproblémovější? Prosím očísľujte podle důležitosti. 1 = nejdůležitější

V následující tabulce jsou zachyceny odpovědi respondentů na otázku zabývající se problémy spojenými s péčí o nemocného. Celkem 6 respondentů tuto otázku nezodpovědělo. Zbývající část dotázaných (50 %) jako nejdůležitější problém uvedlo malou či žádnou podporu v sociální oblasti a s ní spojené i finanční problémy rodiny. Dále respondenti zvolili jako nejdůležitější problém (28 %) malou a žádnou informovanost zdravotnického personálu, se kterou se setkali v případě umístění nemocného ve zdravotnickém zařízení. Stejnou důležitost (28 %) přiřadili respondenti problému malá či žádná možnost umístění nemocného v prvním stadiu do denního zařízení s edukovaným personálem. Jako nejméně důležitý problém (33 %) označilo nejvíce dotázaných malou či žádnou ambulantní podporu rodin s nemocným v domácí péči.

Tab. 14 Problémy spojené s péčí o nemocného

Problém	1	2	3	4	5	Celkem
	Počet odpovědí					
Malá či žádná informovanost zdravotnického personálu o nemoci a jejich projevech	5	7	1	3	2	18
Malá či žádná podpora v sociální oblasti	9	4	2	2	1	18
Malá podpora či nedostupnost speciálních terapeutických pomůcek	2	3	3	6	4	18
Malá či žádná možnost umístění nemocného v prvním stadiu do denního zařízení s edukovaným personálem	5	2	4	3	4	18
Malá či žádná ambulantní podpora rodin s nemocným v domácí péči	2	3	5	2	6	18

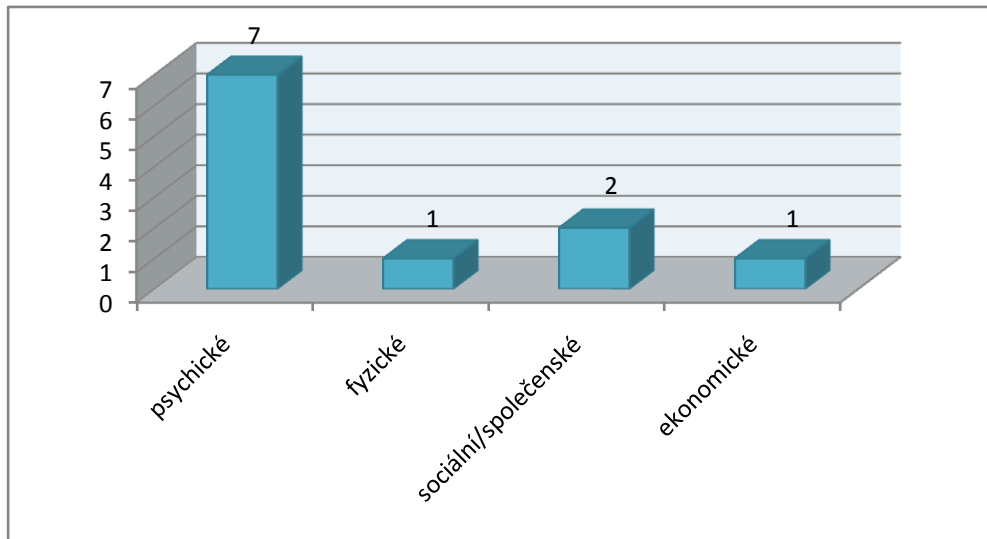
Zdroj: Vlastní zpracování

**Otázka č. 17:** Které projevy Alzheimerovy choroby považujete za nejproblémovější? Odpověď prosím konkretizujte.

Tuto otevřenou otázku zodpovědělo celkem 67 % ze všech dotázaných. Jako nejproblémovější projev Alzheimerovy choroby respondenti uvedli *komunikaci* (38 %) a *dezorientaci nemocných* (38 %). Dále *agresivitu* nemocných a jeden z hlavních příznaků tohoto onemocnění, kterým je *ztráta paměti*. Respondenti shledali i jako nejproblémovější projevy Alzheimerovy choroby i *nepoznání vlastní rodiny*, *vznětlivost*, *horší vyjadřování* a *nutnost neustálého hlídání nemocného*.

**Otázka č. 18:** Které oblasti Vašeho života byly z důvodu Alzheimerovy choroby nemocného nejvíce poznamenány a jak?

Celkem na tuto otázku odpovědělo 42 % respondentů. Nejvíce (50 %) respondentů označilo jako velmi poznamenanou oblast života z důvodu Alzheimerovy choroby *psychickou* oblast. Konkrétně se zmínili o *beznaději*, *bezmocnosti*, *úzkosti* a „*náročnosti na psychiku*“. Dále nemoc poznamenala i *sociální/společenskou* oblast jejich života. Jeden respondent uvedl i konkrétní odpověď „*nechápvavost okolí*.“



Obr. 19 Nejvíce poznamenané oblasti života z důvodu ACH (vlastní zpracování)

**Otázka č. 19:** Mohl/a byste prosím popsat Vaše pocity při péči o nemocného a každodenní konfrontaci s Alzheimerovou chorobou?

Z následujícího grafu je patrné, že nejčastěji respondenti pociťují při péči o nemocného *potřebu odpočinku a relaxace* (75 %). Dále zažívají dotázaní při péči *únavu*, *beznaděj* a *vyčerpání*. *Potřebu blízké komunikace s osobou s vlastními zkušenostmi* uvedlo 25 % ze všech dotázaných. Pocit *strachu* uvedl pouze jeden respondent.



Obr. 20 Pocity při péči o nemocného a konfrontaci s ACH (vlastní zpracování)



**Otázka č. 21:** Mohl/a byste prosím níže popsat Vaše postřehy, rady a zkušenosti při péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou v sociálním zařízení?

Tuto možnost využil pouze jeden respondent, který uvedl: „ Je dobře, že tu jsou domovy se zvláštním režimem, jelikož péče o nemocného je 24 hodin velmi náročná.“

### 7.1.2 Výsledky z dotazníku pro rodinné příslušníky nemocného s Alzheimerovou chorobou

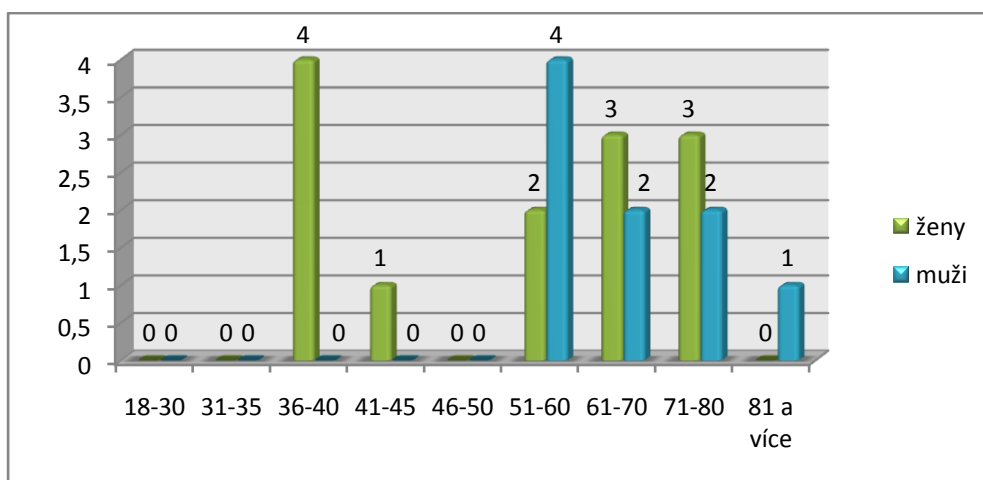
Dotazník pro rodinné příslušníky (viz příloha P II) byl rozdělen do dvou částí – demografické údaje a péče o nemocné. První část obsahovala 3 otázky uzavřené a 1 otevřenou otázku. Druhou část péče o nemocné tvořilo 10 otázek uzavřených, 10 otázek polouzavřených a 2 otázky otevřené. V následujícím zhodnocení otázek z dotazníku byly údaje získané ze všech tří míst sběru dat vyhodnoceny společně.

#### Demografické údaje

Rovněž jako u předchozího dotazníku tato část zjišťovala demografické údaje o respondentech - pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a bydliště.

**Otázka č. 1, 2:** Pohlaví a věk?

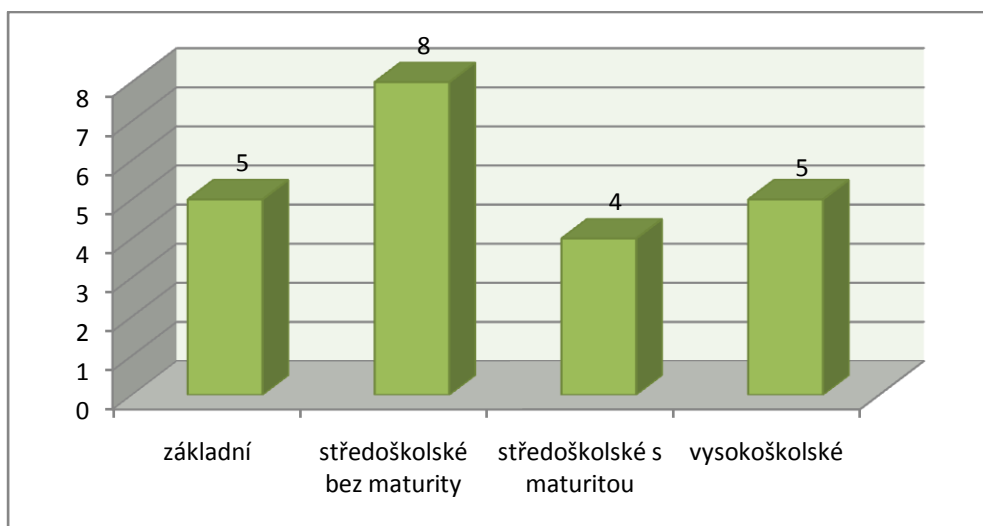
Z celkového počtu 22 respondentů bylo 13 žen (59 %) a 9 mužů (41 %). Z následujícího grafu je zřejmé, že nejpočetnější věkovou kategorií dotázaných tvořili respondenti ve věku 36 – 40 let (27 %). Druhou nejpočetnější skupinou byly shodně s 23 % dvě věková kategorie, a to 61 - 70 let a 71 – 80 let. Nejméně početné skupiny byly rovněž dvě, a to 41 - 45 let a 81 a více let, které představovaly 5 % z celkového počtu dotázaných.



Obr. 21 Pohlaví a věkové kategorie respondentů (vlastní zpracování)

**Otázka č. 3:** Nejvyšší dosažené vzdělání?

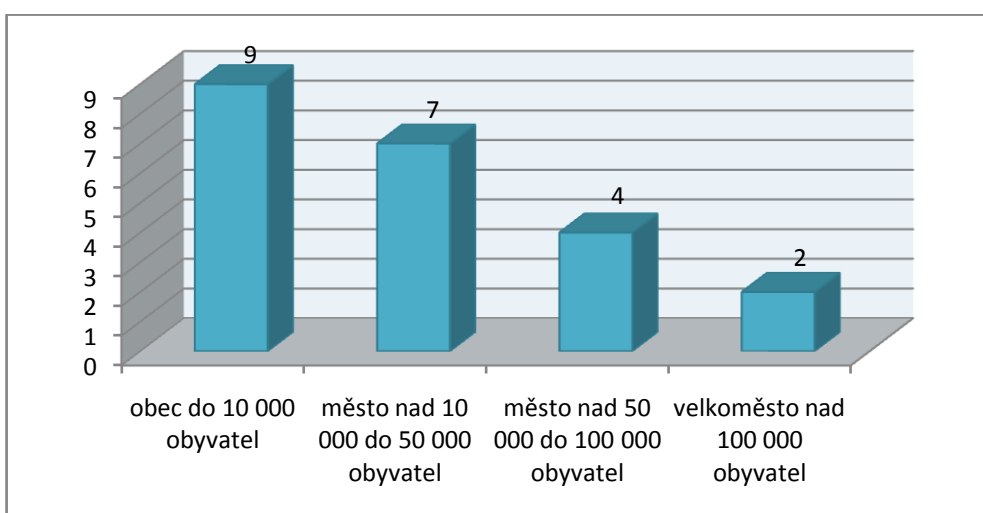
Z následujícího grafu je zřejmé, že jako nejvyšší dosažené vzdělání respondenti uvedli *středoškolské bez maturity*, a to 36 % z celkového počtu dotázaných. Dále 23 % respondentů má nejvyšší dosažené vzdělání *základní*. Nejméně početnou skupinu představovalo nejvyšší dosažené vzdělání *středoškolské s maturitou* s 18 %.



Obr. 22 Nejvyšší dosažené vzdělání (vlastní zpracování)

**Otázka č. 4:** Bydlíte v?

Z celkového počtu dotázaných uvedlo 41 % respondentů jako své bydliště *obec do 10 000 obyvatel*. Dva respondenti (9 %) označili jako své bydliště *velkoměsto nad 100 000 obyvatel*.



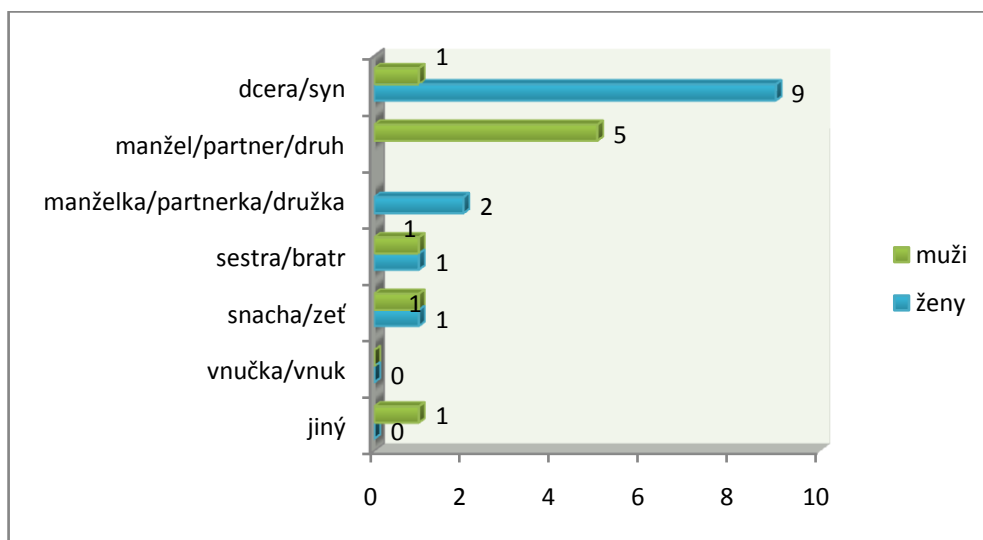
Obr. 23 Bydliště (vlastní zpracování)

### Péče o nemocné

Druhá část dotazníku péče o nemocné zjišťovala nejprve příbuzenský vztah jednotlivých respondentů k nemocným a jejich zkušenosti s péčí o nemocného. Dále tato část byla zaměřena na samotné rodinné příslušníky a jejich pocity při péči o nemocného. K následujícímu zhodnocení dotazníku byly vybrány jen některé otázky. Čísla otázek v tomto zhodnocení se shodují s označením v dotazníku v příloze P II.

**Otázka č. 5:** Uved'te prosím, v jakém příbuzenském vztahu k osobě nemocné s Alzheimerovou chorobou jste:

Nejvíce byla zastoupena skupina *děti* nemocných s 45 %. Druhou nejpočetnější skupinu (32%) představovali *manžel/partner/druh* a *manželka/partnerka/družka*. Nejméně početné byly dvě skupiny *sourozenci* nemocných a *snacha/zeť* shodně s 9 % z celkového počtu dotázaných.



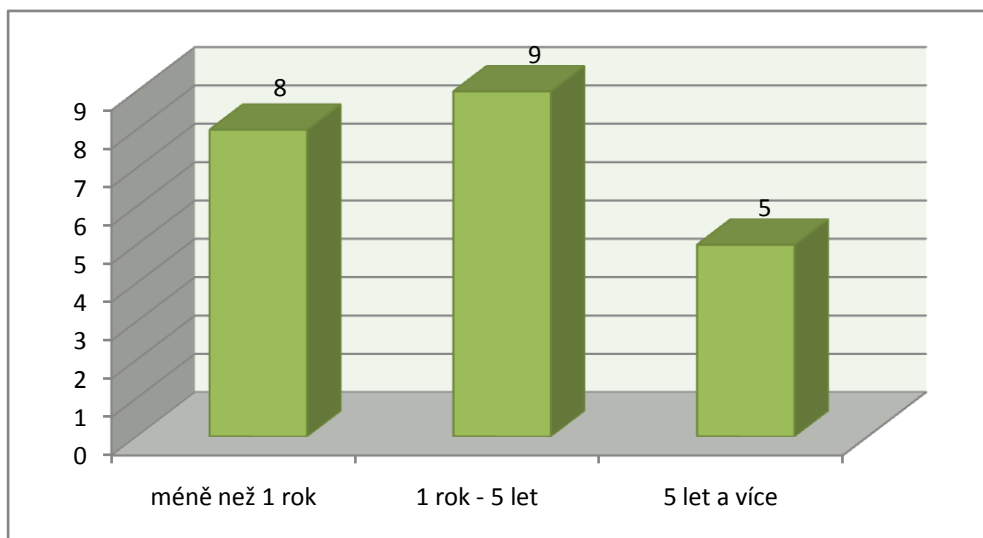
Obr. 24 Příbuzenský vztah k nemocnému s ACH (vlastní zpracování)

**Otázka č. 6:** Měl/a jste již v minulosti zkušenosti s péčí o nemocného s Alzheimerovou chorobou?

Na tuto otázku odpovědělo kladně 23 % ze všech dotázaných. Zbývajících 77 % respondentů nemělo v minulosti zkušenost s péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou.

**Otázka č. 7:** Jak dlouho pečujete nebo jste pečoval/a o nemocného?

Z následujícího grafu je patrné, že nejpočetnější skupinu (41 %) tvořila délka péče po dobu *1 rok – 5 let*. Dále 36 % respondentů uvedlo, že pečovalo či pečuje o nemocného *méně než 1 rok*. Nejdelší dobu péče *5 let a více* označilo zbývajících 23 % dotázaných.



Obr. 25 Délka péče o nemocného (vlastní zpracování)

**Otázka č. 8:** Péče o nemocného:

- a. Podílejí/podíleli se na péči o nemocného všichni členové rodiny?

Možnost společné péče o nemocného prostřednictvím více členů rodiny potvrdilo celkem 12 (55 %) respondentů.

- b. Podílejí/podíleli se na péči o nemocného pomocníci, pokud ano, prosím uveďte, do které kategorie náleží:

Na péči o nemocného se u 82 % respondentů nepodíleli pomocníci. Pokud se podílejí či podíleli na péči o nemocného pomocníci, tak se jednalo nejčastěji (75%) o edukované přátelé rodiny. Pouze jeden respondent uvedl pomocníky ze sociální služby.

**Otázka č. 9:** Spolupracujete s nějakými organizacemi, které Vám mohou poskytnout pomoc v péči o nemocného? Pokud ano, prosím, uveďte konkrétní organizaci.

Většina respondentů (64 %) nespolupracuje s žádnými organizacemi, které jim mohou poskytnout pomoc s péčí o nemocného. Respondenti s kladnou odpovědí uvedli nejčastěji spolupráci s organizací *Diakonii Českobratrské církve evangelické v Sobotíně* a jejich respitní péči. Dva respondenti uvedli spolupráci s *Českou alzheimerovskou společností*.

**Otázka č. 10:** Využil/a jste v minulosti či využíváte služby České alzheimerovské společnosti (ČALS) či kontaktních míst ČALS (státní, nestátní, sociální a zdravotnické zařízení) – například „Pamatováček“ v Olomouci, pokud ano, uveďte, prosím, které služby a konkrétní zařízení:

Většina respondentů (91 %) nevyužila či nevyužívá služeb České alzheimerovské společnosti. Zbývající část dotázaných uvedla, že využívá u ČALS jejich poradenství a edukaci. Jeden respondent uvedl i projekt České alzheimerovské společnosti „bezpečný návrat.“

**Otázka č. 11:** Využil/a jste v minulosti či využíváte služeb poradenské linky v rámci určité organizace, pokud ano, uveďte, prosím konkrétní organizaci:

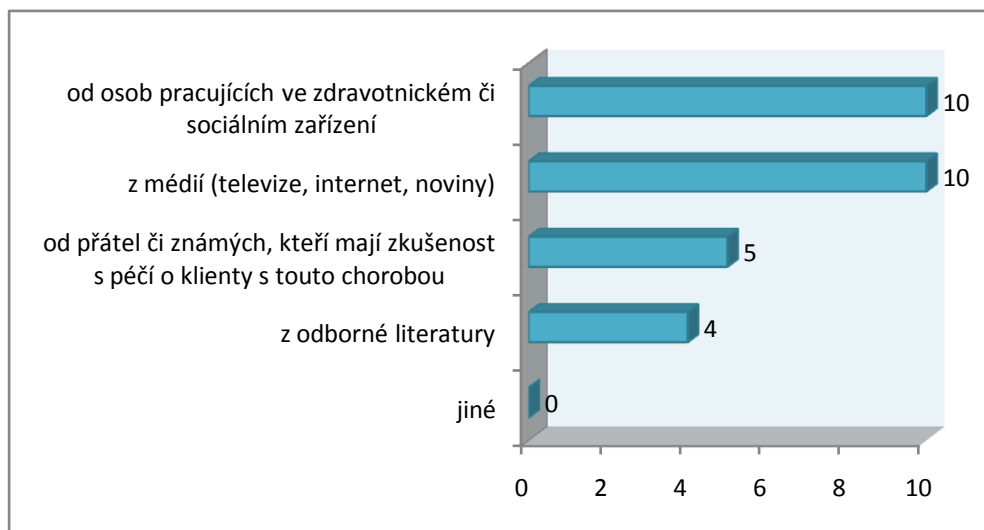
Kladnou odpověď zvolili dva respondenti, kteří uvedli konkrétní organizaci Domov se zvláštním režimem v obci Jedlí.

**Otázka č. 12:** Uvítal/a byste možnost zavedení bezplatné poradenské telefonní linky?

Respondenti měli v této otázce na výběr ze tří možností – ano, ne a nevím. Celkem 64 % respondentů by uvítalo možnost zavedení bezplatné poradenské linky. Možnost *nevím* označilo 31 % respondentů.

**Otázka č. 13:** Kde získáváte informace v péči o nemocné s Alzheimerovou chorobou?

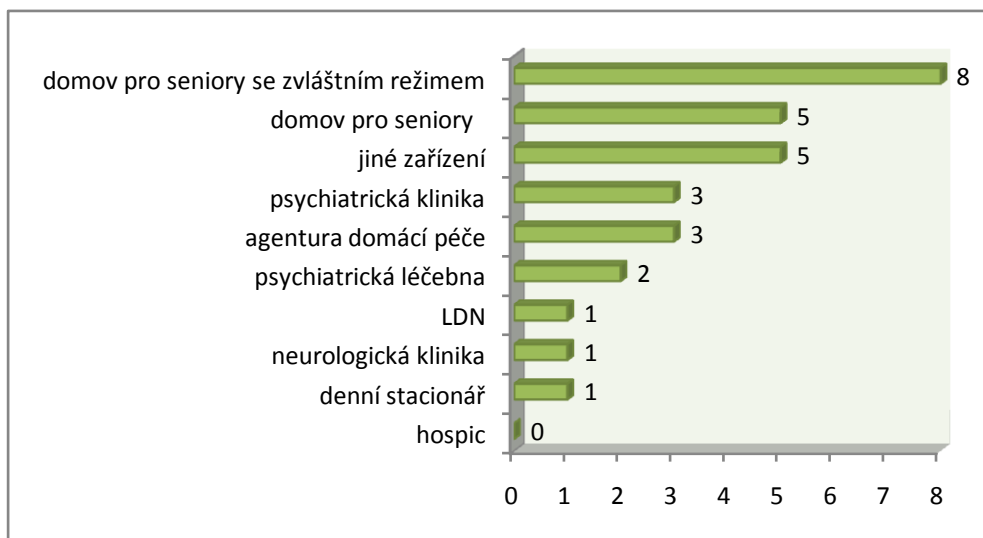
Z následujícího grafu (obr. 26) je patrné, že jako nejčastější zdroj informací (45 %) zvolili respondenti shodně dvě skupiny, a to *osoby pracující ve zdravotnickém či sociálním zařízení a média*. C zdroj informací *od přátel či známých se zkušeností s péčí o nemocného s Alzheimerovou chorobou* s 23 % a *odborná literatura* s 18 %.



Obr. 26 Zdroje informací v péči o nemocného s ACH (vlastní zpracování)

**Otázka č. 14:** Pokud jste vyhledal/a zdravotnické zařízení k hospitalizaci nemocného či sociální zařízení, uveďte prosím jaký typ:

Pokud rodina vyhledala zdravotnické zařízení k hospitalizaci nemocného, tak se nejčastěji (15 %) jednalo o *psychiatrickou kliniku*. Druhou nejpočetnější skupinu představovala *psychiatrická léčebna* s 10 %. Nejméně početné skupiny z kategorie zdravotnické zařízení byly celkem 2, a to *LDN* a *neurologická klinika* shodně s 5 %. Z kategorie sociální zařízení byla nejvíce zastoupena skupina *domov pro seniory se zvláštním režimem* s 40 %. Následovaly skupiny *domov pro seniory* (25 %), *agentura domácí péče* (13 %) a *denní stacionář* (5 %). Možnost *jiné zařízení* zvolilo celkem 5 respondentů, kteří uvedli shodně *respitní péči*. Většina respondentů, kteří odpověděli kladně na tuto otázku, označili více než jednu odpověď. Celkem 2 respondenti vybrali možnost, že nevyhledali žádné zdravotnické ani sociální zařízení.



Obr. 27 Zdravotnické zařízení k hospitalizaci nemocného a sociální služby  
(vlastní zpracování)

**Otázka č. 15:** Pokud jste vyhledal/a zdravotnické zařízení či sociální zařízení, uveďte prosím z jakého důvodu:

Jako nejčastější důvody (45 %) pro umístění nemocného do zdravotnického či sociálního zařízení respondenti označili *projevy spojené s nemocí (prevence proleženin, problémy s výživou, problémy s inkontinencí moče a stolice, aj.)*. Možnost *jiné důvody* vybralo 18 % dotázaných, kteří uvedli konkrétní důvody – ztráta orientace nemocného, útěky z domova, dezorientace nemocného ve vlastním domě, měnící se povahy nemocného a z toho vyplývající psychická zátěž pro pečující osobu. Zbývající část respondentů zvolila možnost *kognitivní projevy onemocnění (porucha chování, agresivita, psychiatrické projevy)*.

**Otázka č. 19:** Které problémy spojené s péčí o nemocného považujete za nejpodstatnější a nejproblémovější? Prosím očísľujte podle důležitosti. 1 = nejdůležitější

V následující tabulce jsou uvedeny odpovědi respondentů na otázku zabývající se problémy spojenými s péčí o nemocného. Celkem 8 respondentů tuto otázku nezodpovědělo nebo jejich odpověď nebyla úplná. Zbývající část dotázaných (43 %) jako nejdůležitější problém uvedlo malou či žádnou podporu v sociální oblasti a s ní spojené i finanční problémy rodiny. Dále respondenti zvolili jako druhý nejdůležitější problém (36 %) malou či žádnou možnost umístění nemocného v prvním stadiu do denního zařízení s edukovaným personálem a dostatečnou aktivizací nemocného. Jako nejméně důležitý problém (21 %) označilo nejvíce dotázaných malou podporu či nedostupnost speciálních terapeutických pomůcek.

Tab. 15 Problémy spojené s péčí o nemocného

Problém	1	2	3	4	5	Celkem
	Počet odpovědí					
Malá či žádná informovanost zdravotnického personálu o nemoci a jejich projevech	3	5	3	2	1	14
Malá či žádná podpora v sociální oblasti	6	3	2	2	1	14
Malá podpora či nedostupnost speciálních terapeutických pomůcek	3	2	4	3	3	14
Malá či žádná možnost umístění nemocného v prvním stadiu do denního zařízení s edukovaným personálem	5	4	2	1	2	14
Malá či žádná ambulantní podpora rodin s nemocným v domácí péči	2	6	1	2	2	14

Zdroj: Vlastní zpracování

**Otázka č. 20:** Které projevy Alzheimerovy choroby považujete za nejproblémovější? Odpověď prosím konkretizujte.

Tuto otevřenou otázku zodpovědělo celkem 82 % ze všech dotázaných. Jako nejproblémovější projev Alzheimerovy choroby respondenti uvedli komunikaci (33 %) a dezorientaci nemocných (33 %). Dále uvedli respondenti i nesamostatnost, agresivitu nemocných a jeden z hlavních příznaků tohoto onemocnění, kterým je ztráta paměti. Respondenti shledali i jako nejproblémovější projevy Alzheimerovy choroby i halucinace, nepoznání vlastní rodiny, inkontinence, malá či žádná pohybová aktivita a dušnost psychického rázu.

**Otázka č. 21:** Které oblasti Vašeho života byly z důvodu Alzheimerovy choroby nemocného nejvíce poznamenány a jak?

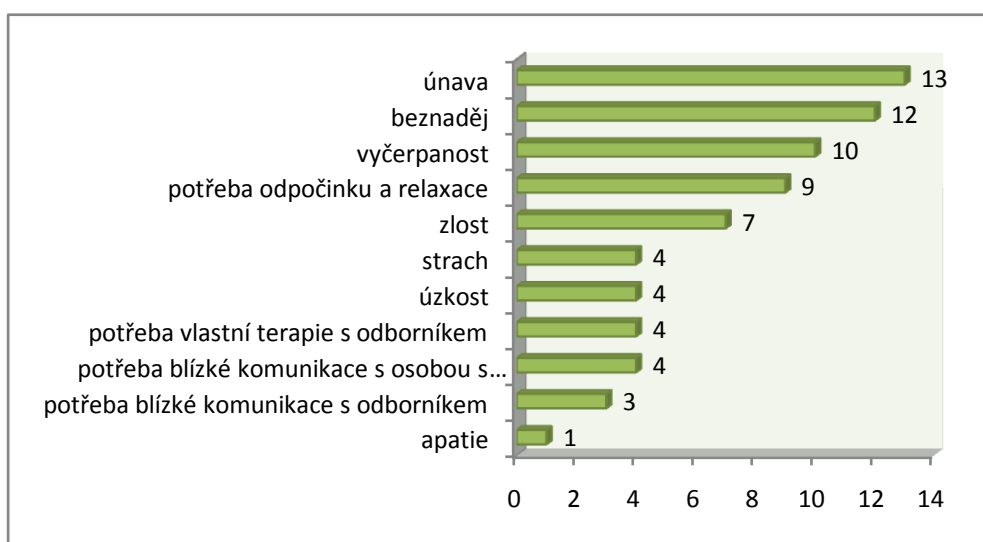
Celkem na tuto otázku odpovědělo 68 % respondentů. Všichni respondenti označili jako velmi poznamenanou oblast života z důvodu Alzheimerovy choroby *psychickou oblast*. Konkrétně se zmínili o stresu, vyčerpanosti, špatném spánku, nutnosti stále něco opakovat či připomínat a nemožnosti komunikace s rodinou. *Fyzickou oblast* zvolili celkem 3 respondenti, z nichž dva respondenti uvedli konkrétní odpověď: „*Jako bývalý sportovec jsem ztratil kondici – nemožnost sportovat.*“ a druhý respondent se zmínil i o svých zdravotních potížích. Dále nemoc poznamenala i *sociální/společenskou* oblast života respondentů. Dva respondenti uvedli i konkrétní odpověď „*minimální společenský život*“ a „*omezení kontaktu s rodinou a vnoučaty*“. A v neposlední řadě byla zasažena i *ekonomická stránka* života dotázaných. Dva respondenti uvedli i konkrétní odpověď, v které se zmínili o tom, že mu-



seli opustit své zaměstnání, aby se mohli naplno věnovat nemocnému. Jeden respondent uvedl poznámku o tom, že je domácí péče o nemocného málo finančně ohodnocena.

**Otázka č. 22:** Mohl/a byste prosím popsat Vaše pocity při péči o nemocného a každodenní konfrontaci s Alzheimerovou chorobou?

Z následujícího grafu je zřejmé, že nejčastěji respondenti pocíťují při péči o nemocného *únavu* (59 %). Následovaly skupiny *beznaděj*, *vyčerpanost*, *potřeba odpočinku a relaxace* a *zlost*. Dále uvedli respondenti shodně s 18 % pocity *strachu*, *úzkosti*, *potřebu blízké komunikace s osobou s vlastními zkušenostmi* a *potřebu vlastní terapie s odborníkem*. Pocit apatie uvedl pouze jeden respondent.



Obr. 28 Pocity při péči o nemocného a konfrontaci s ACH  
(vlastní zpracování)

**Otázka č. 23:** Změnila Alzheimerova choroba Vaše vztahy s ostatními členy rodiny? Většina respondentů (82 %) odpověděla na tuto otázku, že se jejich vztahy v rodině v důsledku onemocnění blízkého člena rodiny nezměnily.

**Otázka č. 24:** Máte/měl/a jste během péče o nemocného někdy čas jen pro sebe, abyste načerpal/a potřebnou energii?

Kladnou odpověď zvolilo celkem 41 % respondentů. Tedy většina respondentů (59 %) neměla či nemá během péče o nemocného někdy čas jen pro sebe.

**Otázka č. 25:** Mohl/a byste prosím níže popsat, co Vás trápilo či trápí při péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou jak v domácí péči, tak v sociálním či zdravotnickém zařízení? Budu velmi vděčna za Vaše postřehy, rady a zkušenosti.

Tuto možnost využilo celkem 6 respondentů (27 %).

1. respondent – vyjádřil vděčnost, že jeho blízký příbuzný pobývá v Diakonii Českobratrské církve evangelické v Sobotíně. Dále označil zde poskytovanou péči jako péči na velmi vysoké úrovni.
2. respondent – sdělil své pocity ohledně přístupu některých členů rodiny vůči pečující osobě.
3. respondent – uvedl, že se setkal ve státních zařízeních s nezájmem personálu o nemocného. Konkrétně uvedl zařízení LDN.
4. respondent – napsal, že pociťuje beznaděj vzhledem k nevléčitelnosti Alzheimerovy choroby.
5. respondent – se zmínil o svých velmi špatných zkušenostech s hospitalizací nemocného ve zdravotnickém zařízení. Raději doporučuje pečovat o nemocného v domácí péči.
6. respondent – ohodnotil příspěvky na péči jako nedostačující, jelikož nepokryjí skutečné náklady na péči o nemocného.

## 8 SHRNU TÍ A ODBORNÁ DISKUZE K ANALYTICKÉ ČÁSTI

Analytická část se zabývala nejprve demografickou analýzou obyvatel ČR, komunitním plánováním sociálních služeb, dále kvalitou poskytované sociální péče klientům s Alzheimerovou chorobou a pobytovými a nepobytovými zařízeními sociální péče. Poslední část byla věnována dotazníkovému šetření.

V demografické analýze České republiky byly charakterizovány jednotlivé kraje, a to nejprve dle počtu obyvatel a následně dle podílu osob starších 65 let v roce 2011. Z této analýzy vyplynulo, že mezi nejpočetnější kraje s podílem mužů a žen starších 65 let patří kraje Hlavní město Praha, Středočeský a Moravskoslezský kraj. Naopak nejméně osob starších 65 let žilo v roce 2011 v kraji Karlovarském, Libereckém a Pardubickém. Dále zde byla popsána i prognóza počtu obyvatel ČR až do roku 2050. Z predikce počtu obyvatel vyplynulo, že by do roku 2050 měl vzrůst počet obyvatel o 174 321 na 10 842 320 obyvatel a podíl osob starších 65 let měl být dokonce 31,3 % všech obyvatel.

Část věnovaná komunitnímu plánování se soustředila hlavně na komunitní plánování sociálních služeb v Olomouckém kraji a cílovou skupinu seniory. Střednědobý plán kraje pro roky 2011 – 2014 zahrnuje i přípravu a výstavbu nového domova se zvláštním režimem určeného pro klienty s Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demencí. Dále odborníci z Olomouckého kraje naplánovali i zajistit péči o tyto klienty prostřednictvím vytvoření zvláštních oddělení ve stávajících pobytových sociálních zařízeních

V části kvalita poskytovaných sociálních služeb byl popsán certifikační systém Vážka České Alzheimerovské společnosti, který má zajistit kvalitu poskytovaných sociálních a zdravotnických služeb pro osoby s Alzheimerovou chorobou.

Pobytová sociální zařízení poskytující služby klientům s Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demencí byly rozděleny na domovy se zvláštním režimem, pobytovou respitní (odlehčovací) péči, týdenní stacionáře a domovy pro seniory. V této části byly analyzovány výše uvedené zařízení, a to z hlediska jejich počtu v jednotlivých krajích, kapacity a zřizovatele. Mezi nepobytové sociální služby byla zařazena následující zařízení: denní stacionář, denní centrum pro osoby s demencí, pečovatelské služby, služby osobní asistence, respitní (odlehčovací) péče v domácím prostředí nemocného. Rovněž byla analyzována i tato zařízení z hlediska jejich počtu v jednotlivých krajích, kapacity a zřizovatele.

PEST analýza obsahovala politické a legislativní, ekonomické, sociálně demografické a technologické faktory, které ovlivňují poskytování sociálních služeb. Z této analýzy vyplynulo, že z hlediska sociálních faktorů má vliv na poskytování sociálních služeb zejména důsledky demografických změn a prodlužování lidského věku, z ekonomických faktorů je to především doznívající hospodářská a finanční krize i odlišný způsob financování sociálních služeb. Technologické prostředí má vliv rovněž na poskytování sociálních služeb, ale co se týče klientů s Alzheimerovou chorobou, tak má toto prostředí vliv jen do jisté míry. V neposlední řadě je i legislativa tím, co ovlivňuje poskytování sociálních služeb, a to především zákon o sociálních službách a vyhláška č. 505/2006 Sb., v které jsou stanoveny například maximální ceny úhrad za poskytnuté sociální služby.

Dotazníkové šetření se zaměřilo na pečovatele a rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou. Celková návratnost dotazníkového šetření byla 72 %.

#### **Z dotazníku pro pečovatele byly zjištěny následující skutečnosti:**

100 % respondentů byly ženy, což jen potvrzuje fakt, že feminizace oboru sociálních služeb je značná.

Co se týče vzdělanostního složení respondentů, tak 63 % z celkového počtu dotázaných bylo s nejvyšším dosaženým vzděláním *středoškolským bez maturity*. Nejméně početnou skupinu představovalo nejvyšší dosažené vzdělání *základní* s 4 %.

Jak vyplývá z následující tabulky, v oblasti sociální péče nejrychleji roste podíl skupiny zaměstnanců s nejvyšším dosaženým vzděláním terciárním, a to průměrně o 16 % ročně. Zatímco podíl zaměstnanců s nejvyšším dosaženým vzděláním základním a se středoškolským vzděláním klesá. Dohnalová a Průša et al. (2011, s. 53) se domnívají, že tato skutečnost může být z důvodu rostoucího podílu vysokoškolsky vzdělaných ošetřovatelek pracujících v sociální péči.

*Tab. 16 Nejvyšší dosažené vzdělání zaměstnanců v oblasti sociální péče*

Vzdělání v %	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Index růstu
Základní	13,25	11,56	12,88	12,97	12,45	11,60	0,97
Středoškolské bez maturity	37,16	36,55	36,15	38,77	41,39	36,06	0,99
Středoškolské s maturitou	43,24	44,50	43,33	39,90	35,39	38,90	0,98
Terciární	6,35	7,39	7,64	8,36	10,76	13,44	1,16

Zdroj: ČSÚ in Dohnalová a Průša, 2011, s. 103

Většina respondentů (58 %) měla předchozí zkušenost s péčí o nemocné. Po dobu více jak 5 let pečovala či pečuje o nemocné 75 % respondentů.

Jak vyplynulo z dotazníkového šetření, pomoc při péči prostřednictvím pomocníků využili pečovatelé nejčastěji placené edukované pomocníky a nejméně skupinu dobrovolníků (8 %). Konkrétně se na péči podíleli dobrovolníci z řad *Maltézská pomoci*. Není žádným tajemstvím, že podíl dobrovolníků napříč zdravotnickými či sociálními zařízeními není v České republice tak značný, jako je tomu u jiných evropských zemí. Například ve skandinávských státech se dokonce třetina až polovina obyvatel angažuje v dobrovolnických činnostech. A občané Velké Británie dokonce považují dobrovolnictví za jejich občanskou povinnost. (Dohnalová a Průša et al., 2011, s. 16)

Spolupráci s nějakými organizacemi, které pečovatelům mohou pomoci s péčí, nepotvrdila většina respondentů. Zbývající část využila služeb České Alzheimerovské společnosti.

Většina respondentů nevyužila služeb poradenské linky v rámci nějaké organizace. Tento výsledek může být způsoben několika důvody, a to například: respondenti neshledali důvod k využití poradenské služby, nevěděli o její existenci, tato služba je u většiny organizací zpoplatněna. Na další otázku možnosti zavedení bezplatné poradenské linky by uvítala většina respondentů (54 %).

Nejvíce Alzheimerova choroba poznamenala (50 %) *psychickou* oblast života pečovatelů a dále i *sociální/společenskou* oblast jejich života. Tento výsledek jen potvrzuje fakt, že péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou je velmi náročné po psychické stránce. Jak již bylo řečeno v kapitole 5.8, mezi hlavní důvody umístění nemocných do ústavní péče patří neklid a agresivita, tedy i tyto projevy onemocnění vedle jiných mohou narušovat psychiku pečovatelů.

#### **Z dotazníku pro pečovatele byly zjištěny tyto skutečnosti:**

Nejvíce byla zastoupena skupina *děti* nemocných s 45 %. Druhou nejpočetnější skupinu (32 %) představovali *manžel/partner/druh* a *manželka/partnerka/družka*. Nejméně početné byly dvě skupiny *sourozenci* nemocných a *snacha/zeť* shodně s 9 % z celkového počtu dotázaných.

Většina respondentů (77 %) neměla předchozí zkušenost s péčí o nemocné. Po dobu 1 - 5 let pečovala či pečuje o nemocné 41 % respondentů. Možnost společné péče o nemocného

prostřednictvím více členů rodiny potvrdilo 55 % respondentů. Tento výsledek potvrzuje, že Alzheimerova nemoc není onemocněním jedince, ale nýbrž celé rodiny.

Na péči o nemocného se u 82 % respondentů nepodíleli pomocníci. Pokud se podílejí či podíleli na péči o nemocného pomocníci, tak se jednalo nejčastěji (75%) o edukované přátelé rodiny. Pouze jeden respondent uvedl pomocníky ze sociální služby. Tento výsledek může být způsoben skutečností, že rodina nemocného raději svěří péči o nemocného do rukou blízkých přátel rodiny než cizích osob. Nebo také tím, že péče poskytovaná v sociálních zařízeních je zpoplatněna.

Většina respondentů (64 %) nespolupracuje s žádnými organizacemi, které jim mohou poskytnout pomoc s péčí o nemocného. Respondenti s kladnou odpovědí uvedli spolupráci s organizací *Diakonií Českobratrské církve evangelické v Sobotíně* a jejich respitní péči a s *Českou alzheimerovskou společností*.

Většina respondentů nevyužila služeb poradenské linky v rámci nějaké organizace. Tento výsledek může být způsoben stejnými důvody jako u respondentů z řad pečovatелů. Možnost zavedení bezplatné poradenské linky by uvítala většina respondentů (64 %). Možnost *nevím* označilo 31 % respondentů.

Z dotazníků vyplynulo, že pokud rodina vyhledala zdravotnické zařízení k hospitalizaci nemocného, jednalo se o *psychiatrickou kliniku* (15 %), *psychiatrickou léčebnu* (10 %), *LDN* (5%) a *neurologickou kliniku* (5 %). Z kategorie sociální zařízení se jednalo nejčastěji o *domov pro seniory se zvláštním režimem* (40 %), *domov pro seniory* (25 %), *agentura domácí péče* (13 %) a *denní stacionář* (5 %). Možnost *jiné zařízení* zvolilo celkem 5 respondentů, kteří uvedli shodně *respitní péči*. Většina respondentů, kteří odpověděli kladně na tuto otázku, označili více než jednu odpověď.

V následující tabulce je uveden počet hospitalizací pacientů s diagnózou Alzheimerova choroba dle druhu zařízení v letech 2006 - 2010. Přičemž jeden pacient může být během tohoto období hospitalizován vícekrát, v tabulce jsou tedy uvedena data za případy hospitalizace. Jak vyplývá z tabulky, nejčastěji byli pacienti s touto chorobou hospitalizováni v psychiatrických léčebnách (40,3 %), další nejpočetnější skupiny byly v pořadí hospitalizace v nemocnicích (27,0 %) a ve fakultních nemocnicích (8,6 %). Naopak nejméně hospitalizací bylo zaznamenáno v ostatních léčebných zařízeních (156 hospitalizací) a v hospicích (118 hospitalizací). V letech 2006 - 2010 vzrostl počet hospitalizací pacientů pro demence, a to o více než pětinu hospitalizací, tj. z 6 549 na 7981 hospitalizací. Přičemž

největší nárůst byl zaznamenán u Alzheimerovy choroby, tj. o více než 41 % (489 hospitalizací). (ÚZIS ČR, 2011b)

*Tab. 17 Počet hospitalizací s diagnózou Alzheimerova choroba v lůžkových zařízeních podle druhu zařízení v letech 2006 - 2010*

	Druh zařízení							
	FN	N	NNP	LDN	PL	OLÚ	H	OLZ
Počet hospitalizací	1 121	3 533	558	1 741	5 273	596	118	156
<b>Celkem</b>	<b>13 096</b>							

Zdroj: Vlastní zpracování podle ÚZIS ČR, 2011b

Vysvětlivky: FN = fakultní nemocnice, N = nemocnice, NNP = nemocnice následné péče, LDN = léčebna dlouhodobě nemocných, PL = psychiatrická léčebna, OLÚ = ostatní léčebné ústavy, H = hospic, OLZ = ostatní lůžková zařízení

V tabulce uvedené níže je znázorněn počet hospitalizací pacientů s diagnózou Alzheimerova choroba v lůžkových zařízeních podle potřeby další péče po propuštění v letech 2006 - 2010. Jak vyplývá z tabulky, nejčastěji pacienti s touto chorobou následně po propuštění vyhledali ambulantní péči (26,5 %). Žádná hospitalizace byla zaznamenána celkem u 3456 případů. Ústavní léčba byla evidována u 18,8 % všech případů a ústavní sociální léčba u 11,5 % ze všech hospitalizací. (ÚZIS ČR, 2011b)

*Tab. 18 Počet hospitalizací s diagnózou Alzheimerova choroba v lůžkových zařízeních podle potřeby další péče po propuštění v letech 2006 - 2010*

	Potřeba další péče po propuštění				
	žádná	ambulantní	ústavní léčba	ústavní sociální léčba	ošetřovatelská péče
Počet hospitalizací	3 456	5 228	2 443	1 497	396
<b>Celkem</b>	<b>13 020</b>				

Zdroj: Vlastní zpracování dle ÚZIS ČR, 2011b

Alzheimerova choroba poznamenala u všech respondentů *psychickou* oblast jejich života a dále i *sociální/společenskou* oblast jejich života. *Fyzickou oblast* zvolili celkem 3 respondenti. A v neposlední řadě byla zasažena i *ekonomická stránka* života dotázaných. Tento výsledek potvrzuje slova Ministra práce a sociálních věcí ČR Drábka, který řekl, že „*Péče o lidi s demencí má často za důsledek depresi. Podle evropské studie až 78 % pečujících*

*životních partnerů a 47 % pečujících dospělých dětí trpí nebo trpělo depresí.*“ (MPSV ČR, 2010a)

Většina respondentů (59 %) neměla či nemá během péče o nemocného někdy čas jen pro sebe. Tento výsledek koresponduje s tím, že péče o nemocného vyžaduje 24 hodinovou péči.

Na základě výsledků z analytické části bude zpracován projekt vybudování nového denního stacionáře v Olomouckém kraji.



## **9 PROJEKT VYBUDOVÁNÍ NOVÉHO DENNÍHO STACIONÁŘE PRO KLIENTY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU V OLOMOUCKÉM REGIONU**

Cílem projektu je vybudování nového denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou v Olomouckém kraji. Projektová část obsahuje postup vybudování denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou. Nejprve je tato část zaměřena na východiska projektu a na založení občanského sdružení jakožto poskytovatele sociální služby. Dále projektová část stanovuje cíle a činnosti denního stacionáře a cílovou skupinu osob, kterým bude daná služba poskytována. V této části je i podrobně popsána registrace sociální služby a podmínky, které poskytovatel musí splnit, aby byla služba zaregistrována u příslušného krajského úřadu. Nedílnou součástí úspěšné realizace projektu je i propagace daného projektu, která je zde charakterizována. Poté je projekt podroben časové, nákladové a rizikové analýze. Závěrem je provedeno zhodnocení projektu.

### **9.1 Východiska pro zpracování projektu**

Jak vyplynulo z provedené demografické analýzy Olomouckého kraje, počet obyvatel starších 65 let bude neustále narůstat a současně i počet osob postižených Alzheimerovou chorobou, a to nejen v Olomouckém regionu. Denní stacionář je nejvhodnějším zařízením pro osoby s touto chorobou, o které pečuje rodina převážně v domácím prostředí. Jelikož z analýzy nepobytových sociálních zařízení, konkrétně počtu denních stacionářů v Olomouckém regionu, vyplynulo, že v Olomouckém kraji se nachází pouze dva stacionáře poskytující služby cílové skupině osoby s Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demencí, a to v Olomouci a Prostějově. Například kraj Zlínský s nižším počtem obyvatel disponuje celkem 7 zařízeními. Aktuální komunitní plánování Olomouckého kraje, které podporuje ambulantní sociální služby je i dalším předpokladem pro vybudování dané služby.

#### **Lokalita a místo poskytování denního stacionáře**

Na základě předchozí provedené analýzy byla vybrána lokalita vybudování nového denního stacionáře město Přerov. Lokalita byla vybrána z důvodu počtu obyvatel jakožto druhého nejpočetnějšího okresu Olomouckého kraje, v kterém je v současnosti absence zařízení daného typu.

Místo poskytování denního stacionáře (pronajatý objekt či prostory) by mělo splňovat následující požadavky:

- velikost objektu (odpovídající počet a velikost místností v zařízení),
- hygienické požadavky,
- klidná a bezpečná lokalita,
- dobrá dopravní dostupnost,
- bezbariérovost objektu,
- objekt nejlépe s venkovní zahradou.

## 9.2 Založení občanského sdružení

Jako poskytovatel sociálních služeb byla vybrána nestátní nezisková organizace, a to občanské sdružení. Typ neziskové organizace byl zvolen zejména z důvodu, že nestátní nezisková organizace může získat na podporu své činnosti granty od různých institucí, a že tato instituce není založena za účelem dosahování zisku. Právní úprava občanského sdružení je obsažena v zákonu č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, v platném znění. Sdružení jsou právnickými osobami a jejich vznik je podmíněn registrací. Dle zákona se mohou stát členy sdružení i právnické osoby. (Zákon č. 83/1990, § 2, 1990)

### Registrace občanského sdružení

Návrh na registraci občanského sdružení smí podat podle zákona nejméně tři osoby, přičemž jedna z nich musí být starší 18 let. Členové tzv. přípravného výboru si musí zvolit zmocněnce staršího 18 let, který bude nadále jednat jejich jménem. K návrhu na registraci jsou členové povinni doložit stanovy, které musí obsahovat následující údaje: název a sídlo sdružení, podpisy a označení členů přípravného výboru, cíl činnosti, orgány sdružení a způsob jejich ustanovování, určení orgánů a funkcionářů jednat jejich jménem, práva a povinnosti členů sdružení, a zásady hospodaření. (Zákon č. 83/1990, § 6, 1990)

Na členské schůzi občanského sdružení by měly být sepsány stanovy sdružení a zvoleny statutární orgány. Dále by se měly podle intervalu uvedenému ve stanovách konat členské schůze.

Pokud Ministerstvo Vnitřní záležitostí ČR neshledá důvod k odmítnutí registrace, je povinno do 10 dnů zahájení řízení registrovat občanské sdružení. (Zákon č. 83/1990, § 9, 1990)

Pro kladné vyřízení žádosti zvolí občanské sdružení v Přerově profesionální konzultaci s odborníky na právo.

### **9.3 Poslání a cíle denního stacionáře**

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, definuje v § 46 poskytované služby v denním stacionáři jako ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

#### **Poslání denního stacionáře**

Posláním denního stacionáře v Přerově je poskytovat kvalitní ambulantní sociální služby a zlepšit kvalitu života klientů s Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demencí. S cílem zachovat co nejdéle soběstačnost uživatele služby a s individuálním přístupem a úctou ke klientovi.

#### **Cíle denního stacionáře**

Cílem denního stacionáře je umožnit klientům strávit, pokud možno co nejdelší čas v jejich přirozeném domácím prostředí. Neboli oddálit předčasné umístění nemocných do zařízení ústavní péče.

#### **Cílová skupina osob**

Cílovou skupinou osob, kterým bude sociální služba poskytována, jsou osoby s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí.

Služba nebude poskytována:

- osobám závislým na alkoholu či jiných návykových a omamných látkách,
- osobám s akutním infekčním onemocněním,
- osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje trvalou hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení,
- osobám s chováním narušující pobyt ostatním klientům.

### **9.4 Poskytované činnosti v denním stacionáři**

#### **Kapacita a otevírací doba sociální služby**

Kapacita denního stacionáře bude 8 klientů/den. V budoucnosti pokud se kapacita zařízení projeví jako nedostačující, bude možno kapacitu navýšit.

Služby budou poskytovány pondělí až pátek po celý rok v čase 7 – 15.30 hodin.

### **Poskytované činnosti**

Denní stacionáře dle zákona o sociálních službách poskytují tyto činnosti:

1. pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
2. pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
3. poskytnutí stravy,
4. výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
5. zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
6. sociálně terapeutické činnosti,
7. pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Sociální pracovníci denního stacionáře v Přerově budou provádět s klienty aktivizační činnosti se zaměřením na trénink paměti a další činnosti s cílem zachovat a podpořit motorické, psychické a sociální schopnosti a dovednosti klientů. Dále se budou klienti v doprovodu sociálního pracovníka pravidelně zúčastňovat kulturních a společenských akcí v městě Přerově, procházek po okolí, avšak s přihlédnutím na aktuální zdravotní či psychický stav klienta. V denním stacionáři bude poskytováno i poradenství pro rodinu a blízké členy klienta s Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demencí.

Stravování bude zajištěno formou svačinek a obědů pro klienty. Poskytovaná strava bude rozlišena i například dle zdravotního stavu klienta – diabetická strava, apod. Zaměstnanci zařízení budou dohlížet na pitný režim klientů (čaj, voda, atd.). Poskytovaná strava klientům bude zpoplatněna dle aktuálního ceníku stacionáře.

### **Ostatní služby - doprava**

Klientům, kteří projeví zájem o odvoz a dovoz do denního stacionáře, bude tato služba zajištěna. Avšak služba bude zpoplatněna dle platného ceníku denního stacionáře.

### **Úhrada za pobyt v denním stacionáři**

Klienti budou zařazeni do jednotlivých skupin dle jejich zdravotního stavu a potřeb. Přičemž každá skupina bude zahrnovat příslušné úkony a poskytované služby klientům. Toto zařazení je nezbytné pro sjednání rozsahu poskytovaných ambulantních sociálních služeb

v denním stacionáři v Přerově. Zařazení do skupiny bude v kompetenci sociálního pracovníka na základě informací, které obdrží od blízké osoby klienta. Cena za pobyt klienta ve stacionáři bude stanovena hodinově.

Podle vyhlášky 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, je stanovena maximální úhrada klienta za poskytování sociálních služeb v denním stacionáři na 100 Kč za hodinu za činnosti výše uvedené - 1. a 2. a 4. – 7. A dále za poskytnutí stravy je stanovena částka 150 Kč denně za celodenní stravu a v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel a 75 Kč za oběd, a to včetně provozních nákladů spojených s přípravou stravy pro klienta.

### **Zásady poskytování sociální služby**

Sociální služby v denním stacionáři budou poskytovány s respektováním těchto zásad:

- důstojnost klienta a respektování jeho potřeb,
- spolupráce s blízkou osobou či rodinou klienta,
- dodržování etických principů,
- dobrovolnost a svobodné rozhodování klienta.

#### **9.4.1 Smlouva o poskytování sociálních služeb**

Mezi poskytovatelem a uživatelem musí být sepsána dle zákona o sociálních službách smlouva o poskytování sociálních služeb, jak již bylo řečeno v kapitole 2.2.3. Nyní zde budou stanoveny náležitosti, které musí smlouva obsahovat:

- označení smluvních stran;
- druh sociální služby, pro kterou je smlouva uzavírána;
- rozsah činností a úkonů v rámci poskytování sociální služby;
- místo a čas poskytování sociální služby;
- výše úhrady za sociální služby a způsob jejich placení;
- ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem sociálních služeb;
- výpovědní důvody a výpovědní lhůty;
- doba platnosti smlouvy. (MPSV ČR, 2006)

### 9.4.2 Personální obsazení denního stacionáře

Jedním z cílů denního stacionáře v Přerově je poskytovat kvalitní sociální služby, proto je nezbytné věnovat velkou pozornost při výběru zaměstnanců stacionáře a dále i zajistit jejich další vzdělávání. Personální obsazení denního stacionáře budou tvořit 3 sociální pracovníci - z toho jeden na částečný úvazek, jeden ekonom – účetní a uklízeč/ka. Se všemi zaměstnanci bude nejprve sepsána pracovní smlouva na dobu určitou. Povinností zaměstnanců denního stacionáře bude zachovávat mlčenlivost ohledně důvěrných dat klientů a loajalitu k organizaci, v případě sociálních pracovníků řídit se i etickým kodexem sociálních pracovníků a kontinuálně se vzdělávat a v neposlední řadě i šířit dobré jméno organizace. Denní stacionář v Přerově bude i podporovat možnost vykonat v tomto zařízení praxi studentů ze středních škol sociální péče a služeb či vysokých škol oboru sociální práce či jiných příbuzných oborů. Rovněž bude vítána ve stacionáři pomoc i ze strany dobrovolníků.

Denní stacionář se bude v budoucnu pokoušet o získání finančních prostředků z fondu Evropské unie – Evropského sociálního fondu, a to prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost. S cílem získat tyto prostředky na vzdělávání sociálních pracovníků.

#### **Sociální pracovníci**

Vedoucí sociální pracovník bude mít v náplni práce jednání s případnými zájemci, klienty a jejich blízkými příbuznými, celý proces přijímání nového klienta a uzavírání smluv o poskytování sociálních služeb. Rovněž bude dohlížet nad chodem organizace. V jeho kompetenci bude i běžná administrativa stacionáře. Dále i pracovní činnost sociálního pracovníka a poskytování poradenství blízkým členům klienta. Na tuto pracovní pozici budou upřednostněni zájemci s několikaletou praxí.

V náplni pracovní činnosti sociálního pracovníka bude poskytovat sociální služby v denním stacionáři klientům dle zákona o sociálních službách, tj. činnosti výše uvedené. Na tuto pracovní pozici budou přijati i absolventi ze středních či vyšších škol.

#### **Ekonom – účetní**

V případě zaměstnání ekonoma (účetní) bude sepsána dohoda o provedení práce. Tato dohoda bude obsahovat zpracování výroční zprávy, případně další služby týkající se ekonomického poradenství. Toto místo bude ideální například pro ženy na mateřské či důchodce.

### **Uklízeč/ka**

Uklízeč/ka bude přijat pouze na částečný úvazek. Toto místo bude ideální rovněž například pro ženy na mateřské či důchodce.

## **9.5 Možnosti propagace projektu**

Aby byla zajištěna úspěšnost sociální služby, je nezbytné informování veřejnosti a případných zájemců o tuto službu. Rovněž touto cestou mohou být osloveni i případní sponzoři a dárci denního stacionáře. V této kapitole jsou popsány zvolené formy propagace denního stacionáře.

### **Webové stránky**

Nejprve budou vytvořeny webové stránky organizace. Pro jejich vytvoření bude osloven živnostník, či pokud projeví zájem o jejich vytvoření i nějaký dobrovolník.

Webové stránky budou obsahovat:

- základní informace o denním stacionáři – lokalita (mapa umístění stacionáře) a fotografie objektu, otevírací doba, počet uživatelů, poslání a cílová skupina,
- poskytované služby a zásady poskytovaných sociálních služeb,
- platný ceník poskytovaných sociálních služeb,
- kontakty na zaměstnance denního stacionáře,
- informace o slavnostním zahájení,
- fotogalerie – bude aktualizována v průběhu zahájení činnosti stacionáře.

### **Letáky**

Informační letáky o existenci nové ambulantní služby budou rozmístěny v čekárnách praktických lékařů, psychiatrů, neurologů a v lékárnách. Tyto letáky budou obsahovat informace o umístění denního stacionáře, pro koho je stacionář určen (cílovou skupinu osob), den zahájení služby, odkaz na webové stránky organizace a kontakt na koho se mohou obrátit, aby získali bližší informace.

### **Regionální tisk**

Bude osloven regionální tisk města Přerova a okolí. V tisku bude zveřejněn článek či rozhovor s členem občanského sdružení o vzniku nového denního stacionáře v Přerově. Čtenáři a případní zájemci se dozvědí základní informace o denním stacionáři tj. o umístění

denního stacionáře, komu je stacionář určen (cílovou skupinu osob), den zahájení služby a kontakt na koho se mohou obrátit, aby získali bližší informace.

### **Rozhlas**

V případě propagace zařízení prostřednictvím rozhlasu bude osloven Český rozhlas Olomouc.

### **Regionální televize**

Regionální televize bude oslovena s cílem zaznamenat slavnostní zahájení denního stacionáře v Přerově. Touto cestou budou osloveni i ti zájemci, kteří doposud plánovaný vznik stacionáře nezaznamenali. Na slavnostní zahájení budou pozvány všechny zainteresované strany projektu.

## **9.6 Registrace denního stacionáře**

Denní stacionář v Přerově bude registrován u Olomouckého kraje jakožto příslušného krajského úřadu.

Podmínky registrace, které musí poskytovatel sociálních služeb splňovat podle § 79 zákona o sociálních službách:

- podání písemné žádosti o registraci,
- bezúhonnost a odborná způsobilost všech fyzických osob, které budou přímo poskytovat sociální služby,
- zajištění hygienických podmínek, pokud budou služby poskytovány v zařízení,
- vlastnické nebo jiné právo k objektu či prostorám, v nichž budou sociální služby provozovány
- zajištění materiálních a technických podmínek odpovídajících druhu poskytovaných sociálních služeb,
- skutečnost, že na majetek žadatele nebyl vyhlášen konkurz.

Poskytovatel musí tedy doložit tyto doklady k Žádosti o registraci sociální služby:

- Doklad o vlastnickém či jiném právu k objektu nebo prostorám (nájemní smlouva, smlouva o pronájmu, výpis z katastru nemovitostí, apod.), v nichž bude sociální služba poskytována.
- Doklad z Finančního úřadu potvrzující, že žadatel nemá daňové nedoplatky.



- Doklad z Okresní správy sociálního zabezpečení potvrzující, že žadatel nemá nedoplatek na pojistném a penále na sociálním zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti.
- Doklad z příslušné zdravotní pojišťovny o tom, že žadatel nemá nedoplatek na veřejném zdravotním pojištění.
- Dále musí žadatel doložit k žádosti i čestné prohlášení, že na majetek občanského sdružení nebyl prohlášen konkurz nebo proti němu nebylo vyhlášeno konkurzní nebo vyrovnávací řízení. Dále čestné prohlášení musí obsahovat i to, že nebyl návrh na prohlášení konkurzu zamítnut pro nedostatek majetku. (Olomoucký kraj, 2012a)

Žadatel je povinen doložit:

- Plán finančního zajištění služby – součástí plánu jsou náklady a výnosy na sociální službu.
- Popis realizace poskytované sociální služby:
  1. Veřejný závazek: poslání, cíle, cílová skupina a zásady poskytování sociální služby.
  2. Jednání se zájemcem o službu, vstup uživatele o službu.
  3. Popis služby:
    - Naplnění základní činností ze zákona.
    - Pravidla poskytování sociální služby.
    - Metody práce a plánování služby.
    - Pravidla pro vyřizování stížností.
    - Pravidla pro ukončení služby.
    - Úhrady za služby a spoluúčast osoby blízké na úhradě
  4. Fakultativní služby – pouze pokud jsou poskytovány.
  5. Prostory, materiální a technické vybavení – bezbariérovost.
- Popis personálního zajištění služby – jmenný seznam pracovníků vykonávající odbornou činnost dle zákona č. 108/2006 SB. o sociálních službách. (Olomoucký kraj, 2012a)

### **Pojistná smlouva**

Poskytovatel sociální služby musí uzavřít dle § 80 zákona o sociálních službách pojistnou smlouvu pro případ odpovědnosti za škodu způsobenou při poskytování sociální služby. Dále zákon stanoví povinnost uzavřít tuto smlouvu ještě před započítáním poskytování soci-

ální služby. Poskytovatel je povinen úředně ověřenou kopií pojistné smlouvy odeslat do 15 dnů ode dne uzavření této smlouvy příslušnému krajskému úřadu – v případě denního stacionáře v Přerově krajskému úřadu Olomouckého kraje.

### Rozhodnutí o registraci denního stacionáře

Pokud budou v pořádku všechny náležitosti uvedené výše, které jsou nezbytné pro registraci denního stacionáře, Olomoucká kraj rozhodne o registraci do 30 dnů ode dne podání Žádosti o registraci sociální služby. Formulář Žádosti o registraci sociální služby je uveden v příloze P III.

## 9.7 Časová analýza projektu

V této kapitole je uvedena časová analýza projektu Vybudování nového denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou v Olomouckém kraji. V první části je popsána časová analýza projektu pomocí programu WinQSB a druhá část obsahuje časový harmonogram celého projektu. Realizace projektu je naplánována na červenec 2012 – leden 2013.

### 9.7.1 Časová analýza pomocí metody CPM

Časová analýza projektu Vybudování nového denního stacionáře v Olomouckém kraji je zpracována prostřednictvím metody CPM (*Critical Path Method*) v programu WinQSB. Tato metoda kritické cesty je deterministickou metodou s pevnou dobou trvání všech činností. V následující tabulce je uveden seznam a popis činností k realizaci projektu a doba trvání jednotlivých činností.

Tab. 19 Seznam činností k realizaci projektu a doba trvání jednotlivých činností

Činnost	Popis činností	Doba trvání (dny)	Předcházející činnosti
A	Vytvoření přípravného týmu	1	-
B	Tvorba časového harmonogramu	1	A
C	Sepsání stanov	1	B
D	Registrace u MV ČR	14	C
E	Vznik občanského sdružení	1	C, D
F	Členská schůze – vznik statutárního orgánu	1	E
G	Registrace k daním	1	B, C, E
H	Výběr vhodného místa k provozování sociální služby	14	G
I	Inzerce pracovního místa, čas na	20	H

	odezvu uchazečů		
<b>J</b>	Sjednání bankovního úvěru	1	I
<b>K</b>	Pracovní pohovory s uchazeči	3	H
<b>L</b>	Stanovení dohod – dovoz obědů, dovoz a odvoz klientů	1	K
<b>M</b>	Výběr zaměstnanců	1	I, K
<b>N</b>	Podepsání pracovních smluv	1	M
<b>O</b>	Propagace stacionáře – tvorba inzerátu, webových stránek a letáků	7	N
<b>P</b>	Roznášení letáků	5	O
<b>Q</b>	Vybavení prostor	1	P
<b>R</b>	Navázání spolupráce se sponzory a dárci	20	Q
<b>S</b>	Žádost o registraci u Olomouckého kraje	32	R
<b>T</b>	Žádosti o dotace MPSV ČR, Olomoucký kraj a město Přerov	35	S
<b>U</b>	Sepsání pojistné smlouvy + odeslání	2	T
<b>V</b>	Příprava prostor na slavnostní zahájení a nákup potravin	1	U
<b>W</b>	Zahájení provozu + první klienti	1	V

Zdroj: Vlastní zpracování

Vysvětlivky: MV ČR = Ministerstvo vnitra České republiky, MPSV ČR = Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

### Řešení prostřednictvím programu WinQSB

Nejprve bylo nutné zadat údaje z předcházející tabulky do programu. Tj. symbol aktivity, dobu jejího trvání ve dnech a na závěr předcházející činnosti. Celkem bylo zadáno 23 činností. Vstupní uzel (A) představuje začátek projektu a výstupní uzel (W) konec projektu. Poté program vytvořil řešení časové analýzy.

Activity Number	Activity Name	Immediate Predecessor (list number/name, separated by ',')	Normal Time
1	A		1
2	B	A	1
3	C	B	1
4	D	C	14
5	E	C,D	1
6	F	E	1
7	G	B,C,E	1
8	H	G	14
9	I	H	20
10	J	I	1
11	K	H	3
12	L	K	1
13	M	I,K	1
14	N	M	1
15	O	N	7
16	P	O	5
17	Q	P	1
18	R	Q	20
19	S	R	32
20	T	S	35
21	U	T	2
22	V	U	1
23	W	V	1

Obr. 29 Zadání dat do programu WinQSB

(vlastní zpracování)

Na následujícím obrázku 30 jsou zachyceny výsledky časové analýzy. Program vytvořil celkem 4 kritické cesty projektu a stanovil jejich délku a počtu těchto cest. Tzv. kritická cesta značí nejkratší možnou cestu mezi vstupem a výstupem tohoto projektu. Součet dob trvání veškerých aktivit (tj. délka kritické cesty v celém tomto projektu), které se nachází na této kritické cestě, označuje nejkratší možnou dobu realizace projektu. (Kolčavová, 2010, s. 144)

Byly nalezeny celkem 4 kritické cesty s nejkratší možnou délkou realizace projektu 159 dní, tj. 5 měsíců a 6 dnů. Všechny nalezené kritické cesty stanovily stejný časový úsek 159 dní. (Obr. 31)

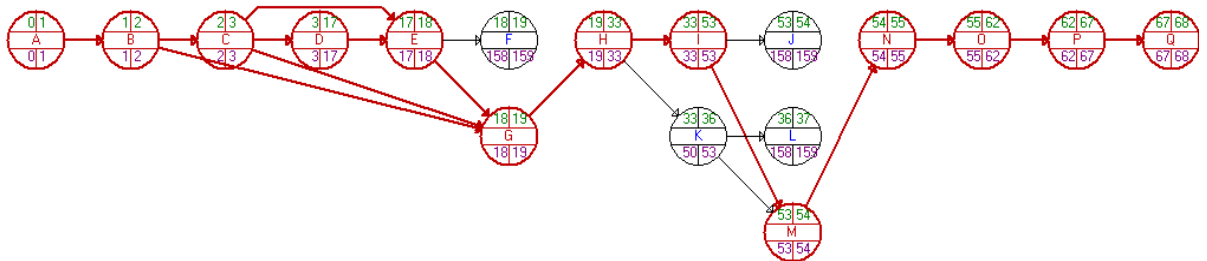
08-04-2012 20:45:41	Activity Name	On Critical Path	Activity Time	Earliest Start	Earliest Finish	Latest Start	Latest Finish	Slack (LS-ES)
1	A	Yes	1	0	1	0	1	0
2	B	Yes	1	1	2	1	2	0
3	C	Yes	1	2	3	2	3	0
4	D	Yes	14	3	17	3	17	0
5	E	Yes	1	17	18	17	18	0
6	F	no	1	18	19	158	159	140
7	G	Yes	1	18	19	18	19	0
8	H	Yes	14	19	33	19	33	0
9	I	Yes	20	33	53	33	53	0
10	J	no	1	53	54	158	159	105
11	K	no	3	33	36	50	53	17
12	L	no	1	36	37	158	159	122
13	M	Yes	1	53	54	53	54	0
14	N	Yes	1	54	55	54	55	0
15	O	Yes	7	55	62	55	62	0
16	P	Yes	5	62	67	62	67	0
17	Q	Yes	1	67	68	67	68	0
18	R	Yes	20	68	88	68	88	0
19	S	Yes	32	88	120	88	120	0
20	T	Yes	35	120	155	120	155	0
21	U	Yes	2	155	157	155	157	0
22	V	Yes	1	157	158	157	158	0
23	W	Yes	1	158	159	158	159	0
	Project	Completion	Time	=	159	days		
	Number of	Critical	Path(s)	=	4			

Obr. 30 Výsledky časové analýzy programu WINQSB (vlastní zpracování)

08-04-2012	Critical Path 1	Critical Path 2	Critical Path 3	Critical Path 4
1	A	A	A	A
2	B	B	B	B
3	C	C	C	G
4	D	E	G	H
5	E	G	H	I
6	G	H	I	M
7	H	I	M	N
8	I	M	N	O
9	M	N	O	P
10	N	O	P	Q
11	O	P	Q	R
12	P	Q	R	S
13	Q	R	S	T
14	R	S	T	U
15	S	T	U	V
16	T	U	V	W
17	U	V	W	
18	V	W		
19	W			
Completion Time	159	159	159	159

Obr. 31 Kritická cesta pomocí programu WinQSB (vlastní zpracování)

Na obrázku níže je znázorněn uzlově ohodnocený síťový graf sestavený pomocí programu WinQSB. Tento graf zachycuje kritickou cestu projektu (znázorněna červenou barvou). Na kritické cestě se nachází aktivity s nulovou časovou rezervou. Jak již bylo dříve předesláno, kritická cesta stanovila délku trvání realizace projektu na 159 dní.



Obr. 32 Síťový graf zachycující kritickou cestu pomocí programu WinQSB (vlastní zpracování)

### 9.7.2 Časový harmonogram projektu

V tabulce uvedené níže se nachází časový harmonogram projektu, který je vytvořen na období červenec 2012 – leden 2013.

Tab. 20 Časový harmonogram realizace projektu

Činnost	Rok 2012 - 2013						
	VII. 2012	VIII. 2012	IX. 2012	X. 2012	XI. 2012	XII. 2012	I. 2013
Vytvoření přípravného týmu a tvorba časového harmonogramu projektu							
Příprava a vznik občanského sdružení							
Výběr místa k poskytování sociální služby							
Inzerce pracovního místa, pracovní pohovory a výběr uchazečů							
Sjednání bankovního úvěru							
Stanovení dohod – dovoz obědů, dovoz a odvoz klientů							
Propagace stacionáře - tvorba webových stránek a letáků (roznášení), regionální tisk, televize a roz-							

hlas							
Vybavení prostor stacionáře							
Navázání spolupráce se sponzory a dárci							
Žádost o registraci sociální služby							
Sepsání + podání žádosti o dotace MPSV ČR, Olomouckého kraje a města Přerova							
Sepsání pojistné smlouvy + její odeslání							
Nákup potravin + příprava prostor na slavnostní zahájení							
Slavnostní zahájení + první klienti							

Zdroj: Vlastní zpracování

Vysvětlivky: MV ČR = Ministerstvo vnitra České republiky, MPSV ČR = Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

## 9.8 Nákladová analýza projektu

Nákladová analýza obsahuje nejprve seznam jednotlivých investičních nákladů a poté i předpokládaných ročních nákladů na provozování sociálních služeb v denním stacionáři.

### 9.8.1 Investiční náklady

V následující tabulce jsou uvedeny jednotlivé náklady nezbytné pro vznik denního stacionáře. Předpokládané investiční náklady na realizaci projektu budou ve výši 1 163 000 Kč včetně DPH.

Tab. 21 Předpokládané celkové investiční náklady projektu

Typ nákladu	Částka v tis. Kč (včetně DPH)
Poradenství odborníků (založení občanského sdružení, registrace sociální služby, atd.)	7 000
Inzerce – výběr zaměstnanců	1 000
Propagace (letáky, webové stránky)	25 000
Vybavení objektu	800 000
Rekonstrukce objektu	300 000
Ostatní	30 000
<b>Celkem</b>	<b>1 163 000</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

**Poradenství odborníků**

Poradenství odborníků z řad právníků a ekonomů využijí členové občanského sdružení zejména na založení občanského sdružení (sepsání stanov, atd.) a na registraci sociální služby (finanční plán sociální služby, atd.).

**Inzerce pracovního místa**

Denní stacionář bude muset vynaložit finanční prostředky na podání inzerátů do různých časopiseckých periodik zabývajících se problematikou sociální péče, regionálního tisku, úřadu práce a obecních úřadů.

**Propagace denního stacionáře**

Finanční prostředky nutné na realizace propagace denního stacionáře budou vynaloženy zejména na tvorbu webových stránek (pronájem domény a tvorba stránek) a dále i na tisk a tvorbu informačních letáků.

**Vybavení objektu**

Kuchyňský koutek s jídelnou, společenská a odpočinková místnost pro klienty, bezbariérová sprcha a WC pro klienty. Dále je nutno vybavit kancelář vedoucího pracovníka, šatnu pro zaměstnance, místnost pro personál, hygienické zařízení pro zaměstnance a úklidovou místnost. Dále je nutné vybavit i venkovní část objektu – posezení pro klienty.

**Rekonstrukce objektu**

Rekonstrukce objektu se zaměří na to, aby objekt splňoval hygienické, technické a bezpečnostní požadavky nutné k poskytování ambulantních sociálních služeb.

**9.8.2 Provozní náklady**

Předpokládané roční provozní náklady byly odhadnuty na základě dostupných výročních zpráv (za rok 2010) denních stacionářů (nestátních neziskových organizací) poskytujících ambulantní sociální služby klientům s Alzheimerovou chorobou. (Občanské sdružení Letokruhy, 2011; Občanské sdružení Pamatováček ČALS Olomouc, 2011) Dále dle předpokladu 8 klientů/den a personální obsazení stacionáře 4 zaměstnanci. V nákladech není započítána mzda ekonomů (účetní) a odpisy. Předpokládané roční náklady denního stacionáře v Přerově jsou uvedeny v následující tabulce. Celkové náklady byly odhadnuty na 1 151 000 Kč.



Tab. 22 Předpokládané roční provozní náklady

Typ nákladu	Částka v Kč
Materiál	100 000
Služby, spotřeba energie, plyn a vody	230 000
Cestovné	3 000
Náklady na reprezentaci	2 000
Nájemné, telefon, ostatní	220 000
Mzdové náklady včetně SP + ZP	594 000
Bankovní poplatky a ostatní	2 000
<b>Náklady celkem</b>	<b>1 151 000</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Vysvětlivky: SP = sociální pojištění, ZP = zdravotní pojištění

## 9.9 Možnosti financování realizace projektu

### Možnosti financování realizace projektu v roce 2012



Zdroj: Vlastní zpracování

Vysvětlivky: EU = Evropská unie

Projekt může být tedy financován těmito způsoby:

- dotace z fondů Evropské unie,
- dotace z rozpočtu města Přerova,
- dotace z rozpočtu Olomoucké kraje,
- jiné eventuality financování.

### **Financování projektu z Evropské unie**

Pro oblast sociálních služeb se nabízí možnost využít dotace prostřednictvím Evropského sociálního fondu (ESF) v ČR. V současné době žádná z výzev příslušného řídicího orgánu neodpovídá požadavkům na zřízení denního stacionáře. Nicméně členové občanské sdružení budou sledovat vyhlášení výzev a v případě, že se naskytne možnost čerpání prostředků prostřednictvím ESF, tak vypracují projekt a budou žádat o dotaci.

### **Financování prostřednictvím města Přerova**

Další eventualitou financování je žádost o dotaci z rozpočtu Statutárního města Přerova. Finanční žádost bude podána pro Grantový program na podporu v oblasti sociální pro rok 2012.

### **Financování prostřednictvím Olomouckého kraje**

Dotace prostřednictvím Olomouckého kraje bude zaměřena na oblast komunitního plánování kraje. Komunitní plánování Olomouckého kraje bylo již popsáno v kapitole 6.2.1. Pro připomenutí Střednědobý plán Olomouckého kraje pro roky 2011 – 2014 podporuje rozvoj služeb sociální péče podporující zachování života v přirozeném prostředí (rozvoj stávajících a podpora vzniku nových služeb).

### **Jiné eventuality financování**

Jako jiné eventuality financování může denní stacionář v Přerově využít i finanční podporu ze strany dárců a sponzorů, kteří budou poté zveřejněni prostřednictvím webových stránek denního stacionáře a v prostorách objektu stacionáře. Pro začátek projektu využije i občanské sdružení možnost úvěru z banky, a to na pokrytí prvních nákladů spojených s realizací projektu.

## **9.10 Riziková analýza projektu**

Realizaci každého projektu provází rizika. Cílem rizikové analýzy je rizika identifikovat a stanovit možnosti jejich eliminace. Současně je nutné závčas i předjímat vznik rizika. Existují celkem tři základní metody analýzy rizik. Avšak z pohledu způsobu vyjádření veličin rizik rozlišujeme tyto dvě metody: kvalitativní a kvantitativní. V analýze rizik je možné použít obě metody či jejich kombinaci. (Smejkal a Rais, 2010, s. 108)

Pro následnou analýzu rizik byla zvolena metoda kvalitativní. Tato metoda se vyznačuje vyjádřením rizika v určitém rozsahu <1 – 10>, určenou pravděpodobností <0; 1> či slov-

ním ohodnocení <malé, střední, velké>. Výhodou této metody je její rychlost a jednoduchost avšak s mírou subjektivity hodnotitele. (Smejkal a Rais, 2010, s. 108)

Mezi rizika následující rizika:

- nedostatek finančních prostředků,
- nedodržení časového harmonogramu,
- neobsazení pracovní pozice,
- nedostatek zájemců o poskytovanou službu,
- mimořádné události.

*Tab. 23 Riziková analýza projektu*

<b>Riziko</b>	<b>Ohodnocení rizika</b>
Nedostatek finančních prostředků k realizaci projektu	Velké
Nedodržení časového harmonogramu	Střední
Neobsazení pracovní pozice	Nízké
Nedostatek zájemců o poskytovanou službu	Střední
Mimořádné události	Nízké

Zdroj: Vlastní zpracování

### **Nedostatek finančních prostředků k realizaci projektu**

Toto riziko je možno eliminovat zajištěním více zdrojů financování. Kdy nespoléhat se jen na jeden hlavní zdroj financování, ale zajistit rozložení předpokládaných finančních nákladů do více zdrojů.

### **Nedodržení časového harmonogramu**

Pokud bude stávající časový harmonogram nedodržěn, tak bude nutné jej přepracovat.

### **Neobsazení pracovní pozice**

Zahájení včasného výběru zaměstnanců, tj. podání inzerátu do více časopiseckých periodik a míst, je jednou z možností, jak tomuto riziku předcházet.

### **Nedostatek zájemců o poskytovanou službu**

Toto rizik může nastat, pokud se případní zájemci nedozvědí o existenci nové sociální služby. Tomuto riziku je možno předejít zvolením důsledné propagace projektu s pokrytím více medií.

### **Mimořádné události**

Mezi rizikové faktory, které mohou nastat, můžeme zařadit požár objektu, krádež vybavení objektu a povodně. Tyto rizika je možno „ošetřit“ uzavřením pojistné smlouvy či důsledným zabezpečením objektu proti krádeži.

## **9.11 Zhodnocení projektu**

Cílem projektu bylo vybudovat nový denní stacionář pro klienty s Alzheimerovou chorobou v Olomouckém kraji. Na základě výsledků analytické části bylo zvoleno umístění stacionáře do města Přerova. Posláním denního stacionáře je poskytovat kvalitní služby s cílem zlepšit kvalitu života osob s Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demencí. Jako poskytovatel těchto služeb byla zvolena nestátní nezisková organizace, a to občanské sdružení. Nový denní stacionář v Přerově bude poskytovat sociální služby celkem 8 klientům za den, a to v čase 7 – 15. 30 v pracovních dnech.

Projektová část nejprve popsala postup založení a registrace občanského sdružení jako první krok k vybudování stacionáře. Personální zajištění poskytovaných sociálních služeb budou tvořit celkem 3 sociální pracovníci. Dalším krokem byla propagace projektu, a to prostřednictvím těchto médií: internet, rozhlas, noviny televize. Pro šíření informovanosti veřejnosti o vzniku nové sociální služby v Přerově, a to prostřednictvím internetu, byla zvolena tvorba webových stránek. Včasné podání žádosti registrace denního stacionáře, jakožto ambulantní sociální služby, je nezbytné neopomenout pro úspěšnou realizaci projektu ke stanovenému termínu.

Časová analýza projektu byla rozdělena na dvě části, a to časovou analýzu metodou CPM pomocí programu WinQSB a časový harmonogram projektu. Realizace projektu byla stanovena na období červenec 2012 – leden 2013. Z časové analýzy pomocí programu WinQSB byly stanoveny celkem čtyři kritické cesty, které určily délku realizace projektu na 159 dní, tj. 5 měsíců a 6 dnů.

Nákladová analýza odhadla předpokládané náklady na realizaci projektu ve výši 1 163 000 Kč včetně DPH a předpokládané náklady na roční provoz stacionáře ve výši 1 151 000 Kč.

Jako možné zdroje financování realizace projektu byly shledány dotace z Olomouckého kraje, města Přerova a ostatní zdroje.

Z rizikové analýzy vyplynulo celkem 5 rizik. Jednalo se o tyto rizika: nedostatek finančních prostředků, nedodržení časového harmonogramu, neobsazení pracovní pozice, nedostatek zájemců o poskytovanou službu a mimořádné události. Ke každému riziku byly zvoleny postupy, jak rizika odstranit či snížit jejich dopad. Pokud budou rizika úspěšně eliminována, je možno zahájit provoz denního stacionáře v Přerově již k naplánovanému lednovému termínu příštího roku.

## ZÁVĚR

Denní stacionáře by měly sloužit mimo jiné i ke zkvalitnění života nejen nemocných ale i osob, kteří o ně po celou dobu pečují a přejímají tak na sebe značnou odpovědnost státu, postarat se o své občany. Avšak i blízcí příbuzní nemocných vyžadují pomoc a poradenství v péči o nemocné. I tyto služby může poskytnout denní stacionář.

V diplomové práci byly stanoveny celkem tři cíle, a to dva primární a jeden sekundární cíl.

Primárním cílem diplomové práce bylo v praktické části zpracování projektu vybudování nového denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou chorobou v Olomouckém kraji. Tento cíl byl splněn. Denní stacionář byl na základě provedené analýzy situován do města Přerova a jeho otevření bylo stanoveno na leden příštího roku.

Druhým primárním cílem této diplomové práce byla analýza současné úrovně poskytování sociálních služeb klientům s Alzheimerovou chorobou v České republice a Olomouckém kraji. Součástí analýzy bylo i dotazníkové šetření, a to celkem prostřednictvím tří institucí se zaměřením na pečovatele a rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou. Následovalo celkové shrnutí a odborná diskuze k analytické části. Druhý primární cíl této práce byl naplněn v kapitole 6 - 8.

Posledním sekundárním cílem v teoretické části diplomové práce bylo zpracovat teoretické poznatky zaměřené na poskytování služeb v sociální a zdravotní péči. Pro splnění tohoto cíle byla nejprve provedena *rešerše* dostupné odborné literatury a následně *deskripce* teoretických poznatků týkající se poskytování služeb v sociální a zdravotní péči. Velkým problémem při poskytování těchto služeb v České republice je jejich chybějící provázanost, která s sebou s demografickými změnami v populaci přináší do budoucna velká úskalí.

Tato diplomová práce může také sloužit i těm, kteří se rozhodnou vybudovat ambulantní zařízení sociální péče, ale i čtenářům zajímaví se o problematiku poskytování sociální a zdravotní péče v České republice.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BAREŠ, Pavel, 2006. *Přiměřenost sociálních služeb aktuálním potřebám*. Praha: VÚPSV. 333 s. ISBN 80-87007-24-7.
- [2] BARTÁK, Miroslav, 2010. *Ekonomika zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.
- [3] BARTOŠ, Aleš a Martina HASLÍKOVÁ, 2010. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta. 181 s. ISBN 978-80-204-2282-8.
- [4] BARTOŠ, Aleš a Pavel MARTÍNEK, 2011. Použití dotazníků aktivit denního života u pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2011, roč. 74, č. 6, s. 632 - 640. ISSN 1210-7859.
- [5] BÜCHLER, Veronika et al., 2010. Rodinný pečující o osobu postiženou demencí. In: *Praktický lékař: časopis pro další vzdělávání lékařů*. 2010, roč. 90, č. 8, s. 463 – 465. ISSN 0032-6739.
- [6] CIMLER, Petr et al., 2001. *Obchod a služby: studijní text pro distanční studium*. Plzeň: Západočeská univerzita. 167 s. ISBN 80-7082-795-5.
- [7] DOHNALOVÁ, Marie a Ladislav PRŮŠA et al., 2011. *Sociální ekonomika*. Praha: Wolters Kluwer ČR. 176 s. ISBN 978-80-7357-573-1.
- [8] DURDISOVÁ, Jaroslava, 2005. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.
- [9] DURDISOVÁ, Jaroslava a Jitka LANGHAMEROVÁ, 2001. *Úvod do teorie zdravotní politiky*. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze. 126 s. ISBN 80-245-0217-8.
- [10] FRANKOVÁ, Vanda et al., 2011. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. Praha: Mladá fronta. 70 s. ISBN 978-80-204-2423-5.
- [11] GLADKIJ, Ivan et al., 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- [12] HABADOVÁ, Ludmila, 2011. Zdravotnická reforma. *CI Time: Odborný analytický měsíčník*. 2011, roč. 1, č. 9, s. 4. ISSN 1804-8099.

- [13] HERMAN, Jiří et al., 2008. *Základy managementu sociálních služeb*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 159 s. ISBN 978-80-7013-477-1.
- [14] HOLMEROVÁ, Iva et al., 2005. Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené. *Psychiatrie pro praxi*. 2005, roč. 6, č. 4, s. 180-184. ISSN 1213-0508.
- [15] HOLMEROVÁ, Iva et al., 2006. Kvalita péče aneb co potřebují pacienti a jejich rodinní příslušníci. *Česká geriatrická revue*. 2006. roč. 4, č. 2, s. 77 - 83. ISSN 1214-0732.
- [16] HOLMEROVÁ, Iva et al., 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations. 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4.
- [17] HOLMEROVÁ, Iva et al., 2012. Poruchy kognitivních funkcí u starších pacientů. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*. 2012, roč. 4, č. 1, s. 26. ISSN 1803-7542.
- [18] HORT, Jakub a Roman JIRÁK, 2007. *Alzheimerova choroba a jiné demence, aneb co v učebnicích 20. století nebylo*. Praha: MediMedia Information. 29 s. ISBN 978-80-86336-07-7.
- [19] HOŘEJŠÍ, Jaroslav et al., 1999. *Alzheimerova choroba*. Praha: Galén. 96 s. ISBN 80-7262-025-8.
- [20] JAROŠOVÁ, Darja, 2008. *Organizace a řízení ve zdravotnictví*. Vyd.2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 110 s. ISBN 978-80-7368-605-5.
- [21] JIRÁK, Roman et al., 1998. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf. 64 s. ISBN 80-85800-88-8.
- [22] JIRÁK, Roman et al., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
- [23] JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK, 2004. *Demence. Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén. 335 s. ISBN 80-7262-268-4.
- [24] JOHNOVÁ, Milena a Kristýna ČERMÁKOVÁ, 2002. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. 111 s. ISBN 80-86552-45-4.



- [25] KOLČAVOVÁ, Andrea, 2010. *Kvantitativní metody v rozhodování: studijní pomůcka pro distanční studium*. Vyd. 4. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7318-950-1.
- [26] KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK, 1998. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 80-7169-615-3.
- [27] KUZNÍKOVÁ, Iva et al., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
- [28] MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ et al., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [29] MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [30] MATOUŠEK, Oldřich et al., 2007a. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [31] MATOUŠEK, Oldřich et al., 2007b. *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál. 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
- [32] NAHODIL, František et al., 2009. *Veřejné finance v České republice*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. 359 s. ISBN 978-80-7380-162-5.
- [33] OCHRANA, František, 2009. *Metodologie vědy: úvod do problému*. Praha: Karolinum. 156 s. ISBN 978-80-246-1609-4.
- [34] PÁNA, Lubomír a Miroslav SOMR, 2007. *Metodologie a metody výzkumu*. České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií. 164 s. ISBN 978-80-86708-52-2.
- [35] PEKOVÁ, Jitka et al., 2008. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. Vyd. 3. Praha: ASPI. 712 s. ISBN 978-80-7357-351-5.
- [36] PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Praha: Grada. 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
- [37] PRŮŠA, Ladislav, 2003. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI. 151 s. ISBN 80-86395-69-3.
- [38] PRŮŠA, Ladislav et al., 2010. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením: závěrečná zpráva o řešení projektu poskytování Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením ZVZ 2009*. Praha: VÚPSV. 244 s. ISBN 978-80-7416-048-6.

- [39] RESSNER, Pavel, 2004. Alzheimerova choroba – diagnostika a léčba. *Neurologie pro praxi*. 2004, roč. 5, č. 1, s. 16. ISSN 1213-1814.
- [40] RŮŽIČKA, Evžen et al., 2003. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. Praha: Galén. 175 s. ISBN 80-7262-205-6.
- [41] SMEJKAL, Vladimír a Karel RAIS, 2010. *Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích*. Vyd. 3. Praha: Grada. ISBN 978—80-247-3051-6.
- [42] ŠATERA, Karel, 2010. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 115 s. ISBN 978-80-7318-971-6.
- [43] ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
- [44] VÁVERKOVÁ, Renáta, 2011. *Kvalita života nemocných s Huntingtonovou chorobou a osob v riziku*. Vedoucí diplomové práce Mgr. Radka Filipčíková, Ph.D.

### **Zákonné normy**

- [45] ČSFR, 1990. Zákon č. 83 ze dne 27. března 1990 o sdružování občanů. In *Sbírka zákonů České republiky*. 1990. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/1505/z83\\_1990.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/1505/z83_1990.pdf)
- [46] ČESKO, 2006. Vyhláška č. 505/2006 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7336/505\\_2006\\_aktual.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7336/505_2006_aktual.pdf)
- [47] ČESKO, 2006. Zákon o sociálních službách č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. In *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)

**Elektronické zdroje**

- [48] Česká alzheimerská společnost, 2010. *Pravidla pro udělování certifikátu Vážka*. [online]. © 2012. [cit. 2012 – 07-16] Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/000047.pdf>
- [49] Česká alzheimerská společnost, 2012a. *Certifikace Vážka®*. [online]. © 2012. [cit. 2012 – 05-30]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/projekty-cals/certifikace-vazka/>
- [50] Česká alzheimerská společnost, 2012b. *Česká alzheimerská společnost na pomoc občanům postiženým demencí*. [online]. © 2012. [cit. 2012 – 03-20]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/uvod/>
- [51] Česká alzheimerská společnost, 2012c. *Kontaktní místa*. [online]. © 2012. [cit. 2012 – 07-16]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/kontaktni-mista/>
- [52] Česká alzheimerská společnost, 2012c. *Respitní péče*. [online]. © 2012. [cit. 2012 – 05-30]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/sluzby-cals/respitni-pece/>
- [53] Česká alzheimerská společnost, 2012d. *Služby ČALS*. [online]. © 2012. [cit. 2012 – 05-30]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/sluzby-cals/>
- [54] Česká alzheimerská společnost, 2012e. *Výskyt demence. Prevalence demence v Evropě*. [online]. © 2012. [cit. 2012 – 05-26]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/vyskyt-demence/>
- [55] Český statistický úřad, 2008. *Administrativní členění Olomouckého kraje*. [online]. © 2012. [cit. 2012 – 07-16]. Dostupné z: [http://www.olomouc.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/13002E2336/\\$File/13-710108m002.jpg](http://www.olomouc.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/13002E2336/$File/13-710108m002.jpg)
- [56] Český statistický úřad, 2009. *Projekce obyvatelstva v České republice do roku 2065*. [online]. © 2012. [cit. 2012 – 07-16]. Dostupné z: [http://czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/B6003AD22A/\\$File/40200902.pdf](http://czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/B6003AD22A/$File/40200902.pdf)
- [57] Český statistický úřad, 2010a. *Demografická ročenka (pramenná díla) 2009 - 1990*. [online]. © 2012. [cit. 2012 – 07-16]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/casova\\_rada\\_demografie\\_2009\\_1990](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/casova_rada_demografie_2009_1990)
- [58] Český statistický úřad, 2010b. *Projekce obyvatelstva v Olomouckém kraji do roku 2065*. [online]. © 2012. [cit. 2012 – 07-16]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/A8003460E3/\\$File/40211017.pdf](http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/A8003460E3/$File/40211017.pdf)

- [59] Český statistický úřad, 2010c. *Statistická ročenka Olomouckého kraje 2011*. [online]. © 2012. [cit. 2012 – 07-16]. Dostupné z: [http://www.olomouc.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/krajkapitola/711011-11-r\\_2011-01](http://www.olomouc.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/krajkapitola/711011-11-r_2011-01)
- [60] Český statistický úřad, 2012a. *Demografická ročenka krajů 2002 – 2011*. [online]. © 2012. [cit. 2012 – 07-16]. Dostupné z: <http://czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/4027-12>
- [61] Diakonie Českobratrské církve evangelické – Středisko v Sobotíně, 2012a. *Domov se zvláštním režimem*. [online]. © 2012 [cit. 2012 – 06-16]. Dostupné z: <http://www.diakoniecce-sobotin.cz/nase-sluzby/domov-se-zvlastnim-rezimem/>
- [62] Diakonie Českobratrské církve evangelické – Středisko v Sobotíně, 2012b. *Odlehčovací služba*. [online]. © 2012 [cit. 2012 – 06-16]. Dostupné z: <http://www.diakoniecce-sobotin.cz/nase-sluzby/odlehcovaci-sluzba/>
- [63] Domov seniorů POHODA Chválkovice, příspěvková organizace, 2012a. *Chráněné bydlení*. [online]. © 2012. [cit. 2012 – 07-16]. Dostupné z: <http://www.ddol.cz/chranene-bydleni>
- [64] Domov seniorů POHODA Chválkovice, příspěvková organizace, 2012b. *Domov pro seniory*. [online]. © 2012. [cit. 2012 – 07-16]. Dostupné z: <http://www.ddol.cz/domov-pro-seniory>
- [65] Domov seniorů POHODA Chválkovice, příspěvková organizace, 2012c. *Historie*. [online]. © 2012. [cit. 2012 – 07-16]. Dostupné z: <http://www.ddol.cz/historie>
- [66] Lidovky.cz, 2012. *Přichází rok ekonomických změn. Budou jiné daně i slevy*. [online]. 1. 01. 2012. [cit. 2012 – 07-06]. Dostupné z: [http://byznys.lidovky.cz/prichazi-rok-ekonomickych-zmen-budou-jine-dane-i-slevy-ppy-/moje-penize.asp?c=A111214\\_160621\\_moje-penize\\_nev](http://byznys.lidovky.cz/prichazi-rok-ekonomickych-zmen-budou-jine-dane-i-slevy-ppy-/moje-penize.asp?c=A111214_160621_moje-penize_nev)
- [67] Mapy Google.cz, 2011. *Kontaktní místa ČALS v ČR*. [online]. © 2012 [cit. 2012 – 07-16]. Dostupné z: <https://maps.google.cz/maps/ms?ie=UTF8&hl=cs&msa=0&msid=209255596183707165994.0004a0a1bf262c9a1893c&brcurrent=5,0,0&ll=51.296276,13.084717&spn=4.933275,9.854736&z=7>
- [68] MARX, David, 2010. *Akreditace zdravotnických zařízení*. Ministerstvo zdravotnictví ČR. [online]. [cit. 2012 – 06-30]. Dostupné z:

- [http://www.mzcr.cz/Kvalita/obsah/akreditace-zdravotnickych-zarizeni\\_1829\\_13.html](http://www.mzcr.cz/Kvalita/obsah/akreditace-zdravotnickych-zarizeni_1829_13.html)
- [69] MPSV ČR, 2003. *Bílá kniha v sociálních službách*. [online]. [cit. 2012 – 06-30]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila\\_kniha.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf)
- [70] MPSV ČR, 2005. *Základní informace o komunitním plánování sociálních služeb*. [online]. 2005. [cit. 2012 – 07-10]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/858>
- [71] MPSV ČR, 2006. *Stručný průvodce zákonem o sociálních službách*. [online]. [cit. 2012 – 07-29]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>
- [72] MPSV ČR, 2008. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012 (Kvalita života ve stáří)*. [online]. [cit. 2012 – 07-17]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>
- [73] MPSV ČR, 2009. *Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009 - 2012*. [online]. [cit. 2012 – 07-17]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7759/Priority\\_rozvoje\\_soc\\_sluzeb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7759/Priority_rozvoje_soc_sluzeb.pdf)
- [74] MPSV ČR, 2010a. *Počet lidí s demencí roste. Pomůže Plán Alzheimer*. [online]. 2010. [cit. 2012 – 07-17]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/10044>
- [75] MPSV ČR, 2010b. *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči*. [online]. [cit. 2012 – 07-17]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza\\_fin\\_SS.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza_fin_SS.pdf)
- [76] MPSV ČR, 2011a. *Příspěvek na péči od 1. 1. 2012*. [online]. © 2011. [cit. 2012 – 06-29]. Dostupné z: <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/23>
- [77] MPSV ČR, 2011b. *Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v ČR ve vývojových řadách a grafech*. [online]. 2011. [cit. 2012 – 06-29]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/11644/brozura\\_CZ\\_05.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/11644/brozura_CZ_05.pdf)
- [78] MPSV ČR, 2012a. *Elektronický registr poskytovatelů sociálních služeb*. [online]. [cit. 2012 – 07-1]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/>
- [79] MPSV ČR, 2012b. *Sociální služby*. [online]. [cit. 2012 – 06-29]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9#zkss>.
- [80] Občanské sdružení Letokruhy, 2011. *Výroční zpráva za rok 2010*. [online]. [cit. 2012 – 08-05]. Dostupné z: <http://www.letokruhy-vs.cz/download/vyrocni%20zprava%202010.pdf>

- [81] Občanské sdružení Pamatováček ČALS Olomouc, 2011. *Výroční zpráva za rok 2010*. [online]. [cit. 2012 – 08-05]. Dostupné z: <http://pamatovacek.cz/rubriky/onas/>
- [82] Olomoucký kraj, 2011. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji pro roky 2011 - 2014*. [online]. [cit. 2012 – 07-03]. Dostupné z: <http://www.kr-olomoucky.cz/clanky/dokumenty/1373/strednedoby-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-v-olomouckem-kraji-pro-roky-20112014.pdf>
- [83] Olomoucký kraj, 2012a. *Registrace sociálních služeb*. [online]. [cit. 2012 – 08-02]. Dostupné z: <http://www.kr-olomoucky.cz/registrace-socialnich-sluzeb-cl-286.html>
- [84] Olomoucký kraj, 2012b. *Žádost o registraci sociálních služeb*. [online]. [cit. 2012 – 07-29]. Dostupné z: <http://www.kr-olomoucky.cz/clanky/dokumenty/1369/zadost-o-registraci-08.pdf>
- [85] RAITER, Tomáš, 2010. *Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů*. Ministerstvo zdravotnictví ČR. [online]. [cit. 2012 – 06-30]. Dostupné z: [http://mzcr.cz/Kvalita/obsah/mereni-kvality-zdravotni-pece-prostrednictvim-spokojenosti-pacientu\\_1816\\_13.html](http://mzcr.cz/Kvalita/obsah/mereni-kvality-zdravotni-pece-prostrednictvim-spokojenosti-pacientu_1816_13.html)
- [86] Slovenská Alzheimerova spoločnosť, 2012. *Štatistické údaje*. [online]. © 1998-2012. [cit. 2012 – 05-29]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.sk/informacie/alzheimerova-choroba/statistiky.aspx>
- [87] Spojená akreditační komise, 2008. *Národní akreditační standardy pro nemocnice. Manuál a metodika plnění*. [online]. © 2010 [cit. 2012 – 07-06]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>
- [88] Spojená akreditační komise, 2012a. *Akreditace zdravotnických zařízení v ČR*. [online]. © 2010 [cit. 2012 – 07-06]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-top/sluzby/akreditace/>
- [89] Spojená akreditační komise, 2012b. *Spojená akreditační komise, o.p.s.* [online]. © 2010. [cit. 2012 – 07-06]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-top/o-nas/>
- [90] Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR, 2009. *Vize a koncepce sociálních služeb v ČR*. [online]. © 2008. [cit. 2012 – 07-18]. Dostupné z: [http://www.spmPCR.cz/uploaded/Konference\\_40vyroci/MPSV\\_vize\\_koncepce\\_SS.pdf](http://www.spmPCR.cz/uploaded/Konference_40vyroci/MPSV_vize_koncepce_SS.pdf)

- [91] Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011a. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2010*. [online]. © 2010-2012. [cit. 2012 – 07-03]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/vydaje-zdravotnictvi>
- [92] Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011b. *Péče o pacienty s diagnózami F01, F03 a G30 (demence) v lůžkových zařízeních ČR v letech 2006 - 2010*. [online]. © 2010-2012. [cit. 2012 – 07-03]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/demence>
- [93] Vzdělávací centrum pro veřejnou správu a ČR, o.p.s., 2008. *Sociální služby – srovnání ČR a EU*. [online]. 2008. [cit. 2012 – 07-15]. Dostupné z: <http://www.vcvscr.cz/ke-stazeni/39socialni-sluzby-srovnani.pdf>
- [94] Wikipedie, 2012. *Etiopatogeneze*. [online]. [cit. 2012 – 08-03]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Etiopatogeneze>
- [95] ZDN.cz, 2010. *Vláda schválila práce na strategii pro pacienty s Alzheimerem*. [online]. 7. 10. 2010. [cit. 2012 – 06-26]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/vlada-schvalila-prace-na-strategii-pro-pacienty-s-alzheimerem-454796?category=z-domova>
- [96] ZDN.cz, 2012. *Zdravotnictví a změny v roce 2012*. [online]. 2. 01. 2012. [cit. 2012 – 07-06]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/denni-zpravy/z-domova/zdravotnictvi-a-zmeny-v-roce-2012-462836>
- [97] Zdravotnické noviny, 2009. *Alzheimerova choroba jako evropská priorita*. [online]. 2.11.2009. [cit. 2012 – 06-26]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/alzheimerova-choroba-jako-evropska-priorita-447834>

### **Interní dokumenty**

interní dokumenty Diakonie Českobratrské církve evangelické středisko v Sobotíně

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ACH	Alzheimerova choroba
CPM	Critical Path Method (Metoda kritické cesty)
CT	Výpočetní tomografie (Computed tomography)
ČALS	Česká alzheimerovská společnost
ČSÚ	Český statistický úřad
DPH	Daň z přidané hodnoty
EEG	Elektroencefalografie
ESF	European Social Fund (Evropský sociální fond)
EU	Evropská unie
FN	Fakultní nemocnice
f.o.	Fyzická osoba
H	Hospic
HDP	Hrubý domácí produkt
ISO	International Organization for Standardization (Mezinárodní organizace pro standardizaci)
ISQua	International Society for Quality in Health Care (Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví)
JCI	Joint Comission International (Spojená mezinárodní komise)
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MRI	Magnetic resonance imaging (Zobrazení magnetickou rezonancí)
MV ČR	Ministerstvo vnitra České republiky
N	Nemocnice
NNO	Nestátní nezisková organizace



---

NNP	Nemocnice následné péče
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)
OLÚ	Odborný léčebný ústav
OLZ	Ostatní lůžková zařízení
o.s.	Obchodní společnost
PET	Positron – emission tomography (Pozitronová emisní tomografie)
PL	Psychiatrická léčebna
p.o.	Příspěvková organizace
SAK ČR	Spojená akreditační komise České republiky
SP	Sociální pojištění
SPECT	Single photon emission computed tomography (Jednofotonová emisní výpočetní tomografie)
TQM	Total Quality Management (Komplexní řízení kvality)
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky
ZP	Zdravotní pojištění

## SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ

Obr. 1 Dvourozměrná typologie zdravotnických služeb .....	27
Obr. 2 Vztah mezi sociálními službami, cílovými skupinami a problémovými či rizikovými jevy.....	37
Obr. 3 Srovnání krajů ČR dle počtu obyvatel v roce 2011 .....	51
Obr. 4 Administrativní členění Olomouckého kraje .....	54
Obr. 5 Vývoj počtu obyvatel dle věkového složení v letech 2002 - 2011 .....	55
Obr. 6 Kontaktní místa ČALS v ČR .....	58
Obr. 7 Počet lůžek v domově pro seniory dle působnosti služby (regionální, celostátní/nadregionální) v roce 2010 .....	61
Obr. 8 Počet domovů se zvláštním režimem dle působnosti služby v roce 2012 .....	62
Obr. 9 Počet denních stacionářů dle působnosti služby v roce 2012 .....	64
Obr. 10 Vývoj podílu osob závislých na poskytování sociálních služeb).....	67
Obr. 11 Retro koutek v domově se zvláštním režimem .....	71
Obr. 12 Domov pro seniory .....	72
Obr. 13 Věkové kategorie respondentů (vlastní zpracování).....	74
Obr. 14 Nejvyšší dosažené vzdělání (vlastní zpracování).....	75
Obr. 15 Bydliště (vlastní zpracování) .....	75
Obr. 16 Délka péče o nemocného (vlastní zpracování) .....	76
Obr. 17 Péče o nemocného prostřednictvím pomocníků (vlastní zpracování) .....	77
Obr. 18 Zdroje informací v péči o nemocného s ACH (vlastní zpracování) .....	78
Obr. 19 Nejvíce poznamenané oblasti života z důvodu ACH (vlastní zpracování) .....	80
Obr. 20 Pocity při péči o nemocného a konfrontaci s ACH (vlastní zpracování) .....	80
Obr. 21 Pohlaví a věkové kategorie respondentů (vlastní zpracování).....	81
Obr. 22 Nejvyšší dosažené vzdělání (vlastní zpracování).....	82
Obr. 23 Bydliště (vlastní zpracování) .....	82
Obr. 24 Příbuzenský vztah k nemocnému s ACH (vlastní zpracování) .....	83
Obr. 25 Délka péče o nemocného (vlastní zpracování) .....	84
Obr. 26 Zdroje informací v péči o nemocného s ACH (vlastní zpracování) .....	86
Obr. 27 Zdravotnické zařízení k hospitalizaci nemocného a sociální služby .....	87
Obr. 28 Pocity při péči o nemocného a konfrontaci s ACH .....	89
Obr. 29 Zadání dat do programu WinQSB (vlastní zpracování).....	108
Obr. 30 Výsledky časové analýzy programu WINQSB (vlastní zpracování) .....	109

---

<i>Obr. 31 Kritická cesta pomocí programu WinQSB (vlastní zpracování) .....</i>	109
<i>Obr. 32 Síťový graf zachycující kritickou cestu pomocí programu WinQSB (vlastní zpracování) .....</i>	110

**SEZNAM TABULEK**

<i>Tab. 1 Náklady podle typu péče.....</i>	28
<i>Tab. 2 Vývoj výdajů na sociální služby v ČR v letech 1997-2006 (v mil. Kč.) .....</i>	35
<i>Tab. 3 Výše příspěvku na péči podle stupně závislosti (za kalendářní měsíc v Kč) .....</i>	36
<i>Tab. 4 Souhrn vyšetření při podezření na demenci .....</i>	44
<i>Tab. 5 Počet obyvatel starších 65 let v krajích ČR v roce 2011.....</i>	52
<i>Tab. 6 Projekce obyvatel ČR do roku 2050 .....</i>	53
<i>Tab. 7 Projekce obyvatelstva Olomouckého kraje do roku 2050 .....</i>	55
<i>Tab. 8 Počet domovů pro seniory v letech 2008 - 2010 .....</i>	59
<i>Tab. 9 Vybrané sociální služby podle zřizovatele v roce 2010.....</i>	60
<i>Tab. 10 Vybrané nepobytové sociální služby dle právní formy poskytovatele v roce 2010.....</i>	65
<i>Tab. 11 Srovnání způsobu financování pobytových, ambulantních a terénních sociálních služeb.....</i>	68
<i>Tab. 12 Zhodnocení návratnosti dotazníků pro rodinné příslušníky nemocných .....</i>	73
<i>Tab. 13 Zhodnocení návratnosti dotazníků pro pečovatele o nemocné.....</i>	73
<i>Tab. 14 Problémy spojené s péčí o nemocného .....</i>	79
<i>Tab. 15 Problémy spojené s péčí o nemocného .....</i>	88
<i>Tab. 16 Nejvyšší dosažené vzdělání zaměstnanců v oblasti sociální péče.....</i>	92
<i>Tab. 17 Počet hospitalizací s diagnózou Alzheimerova choroba v lůžkových zařízeních podle druhu zařízení v letech 2006 - 2010.....</i>	95
<i>Tab. 18 Počet hospitalizací s diagnózou Alzheimerova choroba v lůžkových zařízeních podle potřeby další péče po propuštění v letech 2006 - 2010.....</i>	95
<i>Tab. 19 Seznam činností k realizaci projektu a doba trvání jednotlivých činností .....</i>	106
<i>Tab. 20 Časový harmonogram realizace projektu.....</i>	110
<i>Tab. 21 Předpokládané celkové investiční náklady projektu .....</i>	111
<i>Tab. 22 Předpokládané roční provozní náklady.....</i>	113
<i>Tab. 23 Riziková analýza projektu.....</i>	115

## SEZNAM PŘÍLOH

- P I Dotazník pro pečovatele o nemocné s Alzheimerovou chorobou
- P II Dotazník pro rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou
- P III Žádost o registraci sociálních služeb

# **PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PRO PEČOVATELE O NEMOCNÉHO S ALZHEIMEROVOU CHOROUBOU**

Vážená paní, vážený pane,

ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který mi poslouží k mé diplomové práci na téma „Projekt zlepšení kvality života pacientů s Alzheimerovou chorobou“ v rámci studia oboru Management ve zdravotnictví na Fakultě managementu a ekonomiky, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Následné počítačové zpracování bude omezeno jen na vyhodnocení získaných údajů, v žádném případě nebudou získaná data použita k jakýmkoli komerčním účelům. Zvolené odpovědi, prosím, zakroužkujte nebo viditelně označte, případně vepište (podle typu otázky).

Děkuji za Váš čas, Vaši pomoc a trpělivost.

Valérie Navrátilová

## **Demografické údaje**

### **1. Pohlaví**

- muž
- žena

### **2. Věk .....**

### **3. Nejvyšší dosažené vzdělání**

- základní
- středoškolské bez maturity
- středoškolské s maturitou
- vysokoškolské

### **4. Bydlíte v:**

- obci do 10 000 obyvatel
- městě nad 10 000 do 50 000 obyvatel
- městě nad 50 000 do 100 000 obyvatel
- velkoměstě nad 100 000 obyvatel

## **Péče o nemocné**

### **5. Měl/a jste již v minulosti zkušenosti s péčí o nemocného s Alzheimerovou chorobou?**

- ano
- ne

**6. Jak dlouho pečujete nebo jste pečoval/a o nemocného?**

- méně než 1 rok
- 1 rok až 5 let
- 5 let a více

**7. Péče o nemocného**

- Pokud se podílejí/podíleli na péči o nemocného pomocníci? Pokud ano, prosím uveďte, do které kategorie náleží:**
  - edukovaní přátelé rodiny
  - dobrovolníci - odkud:
  - placený edukovaný pomocník
  - jiné uveďte: .....
  - ne

**8. Spolupracujete s nějakými organizacemi, které Vám mohou poskytnout pomoc v péči o nemocného? Pokud ano, prosím, uveďte konkrétní organizaci.**

- ano, u zařízení: .....
- ...
- ne

**9. Využil/a jste v minulosti či využíváte služby České alzheimerovské společnosti (ČALS) či kontaktních míst ČALS (státní, nestátní, sociální a zdravotnické zařízení) – například „Pamatováček“ v Olomouci, pokud ano, uveďte, prosím, které služby a konkrétní zařízení:**

- ano, u zařízení: .....
- edukace
- poradenství
- respitní péče (*odborníci z ČALS se postarají o postiženého na několik hodin týdně, zůstávají s ním v jeho domácím prostředí a umožní tak, aby si pečující mohl v tento čas odpočinout*)
- „čaj o páté“
- projekt „bezpečný návrat“ (*účastník programu obdrží náramky s kódem a tel. číslem na infolinku ČALS. Náramky nosí nemocný a v případě, kdy se ztratí, tak je možno jej identifikovat a podat zprávu rodinným příbuzným*)
- jiné uveďte:
- ne

**10. Využil/a jste v minulosti či využíváte služeb poradenské linky v rámci určité organizace, pokud ano, uveďte, prosím konkrétní organizaci:**

- ano, u organizace: .....
- ne

**11. Uvítal/a byste možnost zavedení bezplatné poradenské telefonní linky?**

- ano
- ne
- nevím

**12. Kde získáváte informace v péči o nemocné s Alzheimerovou chorobou?**

- od osob pracujících ve zdravotnickém či sociálním zařízení
- z médií (Tv, internet, noviny)
- z odborné literatury
- od přátel či známých, kteří mají zkušenosti s péčí o klienty s touto chorobou
- jiné uveďte: .....

**13. Považujete dlouhodobou ošetrovatelskou péči v zdravotnickém zařízení o nemocného s Alzheimerovou chorobou za:**

- velmi dobré
- dobré
- vyhovující/uspokojivé
- dostatečné
- zcela nedostatečné/nevhovující
- neumím posoudit

**14. Považujete lékařskou péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou za:**

- velmi dobré
- dobré
- vyhovující/uspokojivé
- dostatečné
- zcela nedostatečné/nevhovující
- neumím posoudit

**15. Uvedené problémy ve zdravotnických zařízeních během hospitalizace nemocného, prosím očíslete podle důležitosti. 1 = nejdůležitější**

- malá informovanost a nepřipravenost ošetrovatelského personálu na projevy a přístup k nemocným
- nedostatečná nutriční terapie
- nedostatečná rehabilitace a fyzioterapie – nácvik chůze a prevence pádu
- nedostatečná péče – prevence proleženin a nedostatečné zajištění bezpečnosti
- nedostatečná denní aktivizace nemocných – herní terapie, trénink paměti, apod.
- nedostatečná komunikace s rodinou
- nedostatečné komunikační pomůcky, symboly a signály komunikace s nemocným



- nedostatečná péče jiná, uveďte prosím jaká:

.....  
.....

- žádné problémy jsem nezaznamenal/a

**16. Které problémy spojené s péčí o nemocného považujete za nejpodstatnější a nejproblémovější? Prosím očísľujte podle důležitosti. 1 = nejdůležitější,**

- malá či žádná informovanost zdravotnického personálu o nemoci a jejich specifických projevech – snížená kvalita péče v ambulancích nebo nespécializovaných zdravotnických zařízeních
- malá či žádná podpora v sociální oblasti – nízké sociální dávky – nemožnost péče o člena rodiny – finanční problémy rodiny
- malá podpora či nedostupnost speciálních terapeutických pomůcek – složitá péče v domácím prostředí
- malá či žádná možnost umístění nemocného v prvním stadiu do denního zařízení s edukovaným personálem a dostatečnou aktivizací nemocného
- malá nebo žádná ambulantní podpora rodin s nemocným v domácí péči – chybění ošetrovatelské domácí konzultace apod.

**17. Které projevy Alzheimerovy choroby považujete za nejproblémovější? Odpověď prosím konkretizujte.**

.....  
.....

**18. Které oblasti Vašeho života byly z důvodu Alzheimerovy choroby nemocného nejvíce poznamenány a jak?**

- fyzické  
*prosím doplňte konkrétně: .....*
- psychické  
*prosím doplňte konkrétně: .....*
- sociální/společenské  
*prosím doplňte konkrétně: .....*
- ekonomické  
*prosím doplňte konkrétně: .....*
- spirituální/náboženské  
*prosím doplňte konkrétně: .....*

**19. Mohl/a byste prosím popsat Vaše pocity při péči o nemocného a každodenní konfrontaci s Alzheimerovou chorobou?**

- únava
- beznaděj
- strach
- vyčerpání
- úzkost
- zlost
- apatie
- potřeba blízké komunikace s odborníkem
- potřeba blízké komunikace s osobou s vlastními zkušenostmi – sdílení zkušeností
- potřeba odpočinku a relaxace
- potřeba vlastní terapie s odborníkem (psycholog/psychiatr) jako prevence syndromu vyhoření

**20. Mohl/a byste prosím níže popsat Vaše postřehy, rady a zkušenosti při péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou v sociálním zařízení?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Velmi děkuji za Váš čas, pomoc a ochotu.

## **PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK PRO RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY NEMOCNÉHO S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

Vážená paní, vážený pane,

ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který mi poslouží k mé diplomové práci na téma „*Projekt zlepšení kvality života pacientů s Alzheimerovou chorobou*“ v rámci studia oboru Management ve zdravotnictví na Fakultě managementu a ekonomiky, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Následné počítačové zpracování bude omezeno jen na vyhodnocení získaných údajů, v žádném případě nebudou získaná data použita k jakýmkoli komerčním účelům. Zvolené odpovědi, prosím, zakroužkujte nebo viditelně označte, případně vepište (podle typu otázky).

Děkuji za Váš čas, Vaši pomoc a trpělivost.

Valérie Navrátilová

### **Demografické údaje**

#### **1. Pohlaví**

- muž
- žena

#### **2. Věk .....**

#### **3. Nejvyšší dosažené vzdělání**

- základní
- středoškolské bez maturity
- středoškolské s maturitou
- vysokoškolské

#### **4. Bydlíte v:**

- obci do 10 000 obyvatel
- měště nad 10 000 do 50 000 obyvatel
- měště nad 50 000 do 100 000 obyvatel
- velkoměště nad 100 000 obyvatel

## Péče o nemocné

- 5. Uved'te prosím, v jakém příbuzenském vztahu k osobě nemocné s Alzheimerovou chorobou jste:**
- manžel/partner/druh
  - manželka/partnerka/družka
  - syn /dcera
  - bratr/sestra
  - vnuk/vnučka
  - snacha/zet'
  - jiný pokrevný příbuzný
- 6. Měl/a jste již v minulosti zkušenosti s péčí o nemocného s Alzheimerovou chorobou?**
- ano
  - ne
- 7. Jak dlouho jste pečoval/a o nemocného?**
- méně než 1 rok
  - 1 rok až 5 let
  - 5 let a více
- 8. Péče o nemocného**
- Podílejí/podíleli se na péči o nemocného všichni členové rodiny?**
    - ano
    - ne
  - Podílejí/podíleli se na péči o nemocného pomocníci? Pokud ano, prosím uveďte, do které kategorie náleží:**
    - edukovaní přátelé rodiny
    - dobrovolníci - odkud:
    - placený edukovaný pomocník
    - jiné uveďte: .....
    - ne
- 9. Spolupracujete s nějakými organizacemi, které Vám mohou poskytnout pomoc v péči o nemocného? Pokud ano, prosím, uveďte konkrétní organizaci.**
- ano, u organizace: .....
  - ne

**10. Využil/a jste v minulosti či využíváte služby České alzheimerovské společnosti (ČALS) či kontaktních míst ČALS (státní, nestátní, sociální a zdravotnické zařízení) – například „Pamatováček“ v Olomouci, pokud ano, uveďte, prosím, které služby a konkrétní zařízení:**

- ano, u zařízení: .....,
  - edukace
  - poradenství
  - respitní péče (*odborníci z ČALS se postarají o postiženého na několik hodin týdně, zůstávají s ním v jeho domácím prostředí a umožní tak, aby si pečující mohl v tento čas odpočinout*)
  - „čaj o páté“
  - projekt „bezpečný návrat“ (*účastník programu obdrží náramky s kódem a tel. číslem na infolinku ČALS. Náramky nosí nemocný a v případě, kdy se ztratí, tak je možno jej identifikovat a podat zprávu rodinným příbuzným*)
  - jiné uveďte:
- ne

**11. Využil/a jste v minulosti či využíváte služeb poradenské linky v rámci určité organizace, pokud ano, uveďte, prosím konkrétní organizaci:**

- ano, u organizace: .....
- ne

**12. Uvítal/a byste možnost zavedení bezplatné poradenské telefonní linky?**

- ano
- ne
- nevím

**13. Kde získáváte informace v péči o nemocné s Alzheimerovou chorobou?**

- od osob pracujících ve zdravotnickém či sociálním zařízení
- z médií (Tv, internet, noviny)
- z odborné literatury
- od přátel či známých, kteří mají zkušenosti s péčí o klienty s touto chorobou
- jiné uveďte. ....

**14. Pokud jste vyhledal/a zdravotnické zařízení k hospitalizaci nemocného či sociální zařízení, uveďte prosím jaký typ:**

- nemocniční zařízení – neurologická klinika
- nemocniční zařízení – psychiatrická klinika
- nemocniční zařízení – psychiatrická léčebna
- nemocniční zařízení LDN
- nemocniční zařízení – hospicové zařízení
- sociální zařízení – domov pro seniory se zvláštním režimem

- domov pro seniory
- denní stacionář
- agentura domácí péče
- jiné zařízení: .....

**15. Pokud jste vyhledal/a zdravotnické či sociální zařízení, uveďte prosím z jakého důvodu:**

- kognitivní projevy onemocnění (poruchy chování, agresivita, psychiatrické projevy)
- problémy spojené s nemocí (prevence proleženin, problémy s výživou, problémy s inkontinencí moče/stolice, aj.)
- jiné důvody: .....

**16. Považujete dlouhodobou ošetrovatelskou péči v zdravotnickém zařízení o nemocného s Alzheimerovou chorobou za:**

- velmi dobré
- dobré
- vyhovující/uspokojivé
- dostatečné
- zcela nedostatečné/nevhovující
- neumím posoudit

**17. Považujete lékařskou péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou za:**

- velmi dobré
- dobré
- vyhovující/uspokojivé
- dostatečné
- zcela nedostatečné/nevhovující
- neumím posoudit

**18. Uvedené problémy ve zdravotnických zařízeních během hospitalizace nemocného, prosím očísľujte podle důležitosti. 1 = nejdůležitější**

- malá informovanost a nepřipravenost ošetrovatelského personálu na projevy a přístup k nemocným
- nedostatečná nutriční terapie
- nedostatečná rehabilitace a fyzioterapie – nácvik chůze a prevence pádu
- nedostatečná péče – prevence proleženin a nedostatečné zajištění bezpečnosti
- nedostatečná denní aktivizace nemocných – herní terapie, trénink paměti, apod.
- nedostatečná komunikace s rodinou
- nedostatečné komunikační pomůcky, symboly a signály komunikace s nemocným

- nedostatečná péče jiná, uveďte prosím jaká: .....
- .....
- žádné problémy jsem nezaznamenal/a

**19. Které problémy spojené s péčí o nemocného považujete za nejpodstatnější a nejproblémovější? Prosím očísľujte podle důležitosti. 1 = nejdůležitější**

- malá či žádná informovanost zdravotnického personálu o nemoci a jejich specifických projevech – snížená kvalita péče v ambulancích nebo nespecializovaných zdravotnických zařízeních
- malá či žádná podpora v sociální oblasti – nízké sociální dávky – nemožnost péče o člena rodiny – finanční problémy rodiny
- malá podpora či nedostupnost speciálních terapeutických pomůcek – složitá péče v domácím prostředí
- malá či žádná možnost umístění nemocného v prvním stadiu do denního zařízení s edukovaným personálem a dostatečnou aktivizací nemocného
- malá nebo žádná ambulantní podpora rodin s nemocným v domácí péči – chybění ošetrovatelské domácí konzultace apod.

**20. Které projevy Alzheimerovy choroby považujete za nejproblémovější? Odpověď prosím konkretizujte.**

.....

.....

**21. Které oblasti Vašeho života byly Alzheimerovou chorobou nejvíce poznamenány a jak?**

- fyzické  
*prosím doplňte konkrétně: .....*
- psychické  
*prosím doplňte konkrétně: .....*
- sociální/společenské  
*prosím doplňte konkrétně: .....*
- ekonomické  
*prosím doplňte konkrétně: .....*
- spirituální/náboženské  
*prosím doplňte konkrétně: .....*

**22. Mohl/a byste prosím popsat Vaše pocity při péči o nemocného a každodenní konfrontaci s Alzheimerovou chorobou? Prosím očísľujte podle důležitosti. 1 = nejdůležitější**

- únava
- beznaděj
- strach
- vyčerpání

- úzkost
- zlost
- apatie
- potřeba blízké komunikace s odborníkem
- potřeba blízké komunikace s osobou s vlastními zkušenostmi – sdílení zkušeností
- potřeba odpočinku a relaxace
- potřeba vlastní terapie s odborníkem (psycholog/psychiatr) jako prevence syndromu vyhoření

**23. Změnila Alzheimerova choroba Vaše vztahy s ostatními členy rodiny?**

- ano
- ne
- Prosím popište jak:

.....  
 .....  
 .....

**24. Máte/měl/a jste během péče o nemocného někdy čas jen pro sebe, abyste načerpal/a potřebnou energii?**

- ano
- ne

**25. Mohl/a byste prosím níže popsat, co Vás trápilo či trápí při péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou jak v domácí péči tak v sociálním či zdravotnickém zařízení? Budu velmi vděčna za Vaše postřehy, rady a zkušenosti.**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Velmi děkuji za Váš čas, pomoc a ochotu.



# PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O REGISTRACI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

SocS

Tiskopis prosím vyplňte čitelně

podací razítko

## Žádost o registraci sociálních služeb

A. Žadatelem o registraci je:

Zaškrtněte jednu z následujících tří variant a do příslušné tabulky uveďte doplňující informace.

fyzická osoba:

Název:		
Příjmení:	Jméno <sup>1)</sup> :	Titul:
Datum narození:	Místo narození:	
IČ <sup>2)</sup> :	DIČ:	Státní příslušnost:
Trvalý pobyt: Obec: .....	Část obce: .....	
Ulice: .....	Č. p. <sup>3)</sup> : .....	Č. orient.: ..... PSČ: .....
Telefon:	Fax:	
E-mail:	Web:	

právnická osoba:

Název organizace:		
IČ:	DIČ:	Stát:
Forma právní subjektivity:		
Sídlo: Obec: .....	Část obce: .....	
Ulice: .....	Č. p. <sup>3)</sup> : .....	Č. orient.: ..... PSČ: .....
Telefon:	Fax:	
E-mail:	Web:	

Oprávněná osoba<sup>4)</sup>:

Příjmení:	Jméno <sup>1)</sup> :	Titul:
-----------	-----------------------	--------

Statutární orgán:

č.	Funkce	Příjmení	Jméno <sup>1)</sup>	Titul
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

1) Uveďte všechna jména osoby.

2) Pokud doposud nemáte IČ přiděleno, údaj nevyplňujte a na formuláři Údaje o registrované sociální službě v odstavci A vyplňte příjmení, jméno a datum narození.

3) Pokud je místo čísla popisného přiděleno číslo evidenční, uveďte před číslem písmeno E.

4) Uveďte příjmení, jméno a titul oprávněné osoby v řízení před soudem dle §30 odst. 1 zákona č. 500/2004 Sb., o správním řádu.

PROSÍM OBRÁTTE

Číslo listu: 1 08 10 01 702

- organizační složka státu nebo územní samosprávný celek, jehož jménem bude poskytovat služby organizační složka územního samosprávného celku:

Název organizace:	IČ <sup>5)</sup> :
Forma právní subjektivity:	
Sídlo:	Obec: ..... Část obce: .....
	Ulice: ..... Č. p. <sup>3)</sup> : ..... Č. orient.: ..... PSČ: .....
Telefon:	Fax:
E-mail:	Web:

Oprávněná osoba<sup>4)</sup>:

Příjmení:	Jméno <sup>1)</sup> :	Titul:
-----------	-----------------------	--------

Organizační složka<sup>6)</sup>:

Název:		
Adresa:	Obec: ..... Část obce: .....	
	Ulice: ..... Č. p. <sup>3)</sup> : ..... Č. orient.: ..... PSČ: .....	
Telefon:	Fax:	
E-mail:	Web:	
Odpovědný vedoucí:		
Příjmení:	Jméno <sup>1)</sup> :	Titul:

B. Žádám o registraci sociálních služeb v počtu:

C. Uveďte počet samostatných příloh, které jsou součástí tohoto tiskopisu:

D. Uveďte celkový počet listů<sup>7)</sup> (včetně příloh a tiskopisů), které jsou součástí tohoto tiskopisu:

E. Prohlášení žadatele:

Veškeré údaje v této žádosti jsou pravdivé a jsem si vědom(a) případných následků, které by pro mne z nepravdivých údajů vyplývaly. Formulář jsem převzal(a) z oficiálních webových stránek Ministerstva práce a sociálních věcí, nezměnil(a) jsem na něm žádné pevné texty, pouze jsem pravdivě vyplnil(a) kolonky určené k vyplňování.

V ..... dne ..... 200

podpis a razítko oznamovatele

**K žádosti prosím doložte:**

- rozhodnutí o schválení provozního řádu zařízení sociálních služeb vydané orgánem ochrany veřejného zdraví, pokud se jedná o sociální služby poskytované dle § 47 Týdenní stacionáře, § 48 Domovy pro osoby se zdravotním postižením, § 49 Domovy pro seniory nebo § 50 Domovy se zvláštním režimem zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- doklad o vlastnickém nebo jiném právu k objektu nebo prostorám, v nichž budou poskytovány sociální služby, z něhož vyplývá oprávnění žadatele tyto objekty nebo prostory užívat
- doklad, že žadatel nemá daňové nedoplatky a nemá nedoplatek na pojistném a na penále na veřejné zdravotní pojištění a na pojistném a na penále na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti
- čestné prohlášení, že na majetek fyzické nebo právnické osoby, která je žadatelem o registraci, nebyl prohlášen konkurz nebo proti ní nebylo zahájeno konkurzní nebo vyrovnací řízení anebo nebyl návrh na prohlášení konkurzu zamítnut pro nedostatek majetku
- doklad o bezúhonnosti fyzických osob, které budou přímo poskytovat sociální služby
- doklady nebo jejich úředně ověřené kopie prokazující odbornou způsobilost fyzických osob, které budou přímo poskytovat sociální služby

Je-li žadatelem právnická osoba, doložte také:

- úředně ověřené kopie zakladatelských dokumentů a dokladů o registraci podle zvláštních právních předpisů, popřípadě výpis z obchodního rejstříku nebo jiné evidence podle zvláštních právních předpisů

Pro každou registrovanou službu dále doložte:

- vyplněný formulář Údaje o registrované sociální službě
- popis realizace poskytování sociálních služeb v písemné podobě a v elektronické podobě ve formátu PDF
- finanční rozvahu k zajištění provozu sociálních služeb v písemné podobě a v elektronické podobě ve formátu PDF
- popis personálního zajištění poskytovaných sociálních služeb v písemné podobě a v elektronické podobě ve formátu PDF

Formuláře potřebné k zavedení do registru poskytovatelů sociálních služeb naleznete na internetové adrese <http://portal.mpsv.cz/forms> nebo si je vyzvednete na pracovišti příslušného úřadu, který o registraci rozhoduje (viz §78 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Na toto pracoviště se také obraťte, pokud budete mít při vyplňování pochybnosti.

5) Uveďte IČ zřizovatele.

6) Pokud je potřeba uvést více organizačních složek, uveďte tyto v příloze na předepsaném tiskopise.

7) Každý list, který je součástí této žádosti, musí být očíslován. Součástí žádosti jsou všechny tiskopisy a přílohy.

Číslo listu (vyplňte pouze v případě, že je strana vtištěna na samostatném listu):

08 10 01 702