

Projekt zřízení denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou demencí ve městě Kroměříž

Bc. Magdalena Kuruczová

Diplomová práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky
Ústav managementu a marketingu

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Magdalena Kuruczová**
Osobní číslo: **M17672**
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Management ve zdravotnictví**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Projekt zřízení denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou demencí ve městě Kroměříž**

Zásady pro vypracování

Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

I. Teoretická část

- Zpracujte teoretické poznatky zaměřené na systém poskytování sociálních služeb dle platné legislativy.

II. Praktická část

- Analyzujte současný stav poskytování sociálních služeb klientům s Alzheimerovou demencí v České republice a ve městě Kroměříž.
- Zhodnotte výsledky analýzy a vyvodte závěry pro projekt.
- Na základě výsledků analýzy vytvořte návrh projektu na zřízení denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou demencí ve městě Kroměříž.

Závěr

Rozsah diplomové práce: **cca 70 stran**
Forma zpracování diplomové práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

BUCHBINDER, Sharon a Nancy SHANKS. *Introduction to health care management*. 2nd ed. Burlington, Mass: Jones, 2012, 494 s. ISBN 07-637-9086-9.
ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, 263 s. ISBN 978-80-262-0027-7.
HARRIS John, Vicky WHITE. *A dictionary of socialwork and social care*. 1nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2013, 515 s. ISBN 978-0-19-954305-2.
PRŮŠA, Ladislav et al. *Náklady na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2015, 64 s. ISBN 978-80-7416-232-9.
VOSTATEK, Jaroslav a kol. *Financování a nákladovost sociálních služeb: pobytové a terénní služby sociální péče*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2013, 103 s. ISBN 978-80-904668-7-6.

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

Datum zadání diplomové práce: **6. ledna 2020**
Termín odevzdání diplomové práce: **21. dubna 2020**

L.S.

doc. Ing. David Tuček, Ph.D.
děkan

Ing. Jiří Bejtkovský, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 6. ledna 2020

**PROHLÁŠENÍ AUTORA
BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE**

Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové/bakalářské 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;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk diplomové/bakalářské práce bude uložen na elektronickém nosiči v příruční knihovně Fakulty managementu a ekonomiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji diplomovou/bakalářskou 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;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s přípustí-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nakladu, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše, bude rovněž předmětem této licenční smlouvy);
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze v nekomerčním využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům
- beru na vědomí, že pokud je výstupem diplomové/bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt považuji se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhajení práce.

Prohlašuji,

1. že jsem na diplomové/bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
2. že odevzdaná verze diplomové/bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně

Jméno a příjmení: Bo. MADDALENA LUDKOVA

.....
podpis diplomanta

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá problematikou poskytování sociálních služeb v sociální péči. Zahrnuje teoretické poznatky z oblasti poskytování sociálních služeb, platné legislativy, a zaměřuje se na standardy kvality poskytované péče. Dále je zde popsán proces diagnostiky a terapie u osob s Alzheimerovou demencí. Praktická část je následně rozdělena na analytickou a projektovou. První část analyzuje poskytování sociálních služeb klientům s Alzheimerovou demencí v České republice a ve městě Kroměříž. Šetřením bylo zjištěno, že o tuto službu bude rostoucí zájem, proto byl na základě získaných dat vypracován projekt denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou demencí ve městě Kroměříž včetně časového harmonogramu jeho spuštění.

Klíčová slova: Alzheimerova demence, sociální péče, sociální služba, denní stacionář

ABSTRACT

The diploma thesis deals with the issue of providing social services in social care. It includes theoretical knowledge in the field of social services, applicable legislation, and focuses on quality standards of care provided. It also describes the process of diagnosis and therapy in people with Alzheimer's dementia. The practical part is then divided into analytical and project. The first part analyzes the provision of social services to clients with Alzheimer's dementia in the Czech Republic and in the city of Kroměříž. The investigation revealed that there will be a growing interest in this service, so on the basis of the obtained data, a day hospital project was developed for clients with Alzheimer's dementia in the city of Kroměříž, including a time schedule for its launch.

Keywords: Alzheimer's dementia, social care, social service, day stationary

Ráda bych poděkovala panu prof. MUDr. Jaroslavovi Slanému, CSc. za trpělivost, erudovanou konzultační činnost, cenné rady a tvůrčí prostor, který mi ponechal při zpracování mé diplomové práce.

Také chci poděkovat mé rodině, a zvláště mému příteli za podporu a trpělivost, kterou mi s láskou věnoval po celou dobu studia.

Mé velké díky patří paní Soni Bosákové za trpělivost a zajištění veškeré literatury a panu Bc. Petru Dvořákovi za korekci mé práce.

„Každý člověk si přeje dlouhý život, ale nikdo nechce být starý“.

Jonathan Swift

OBSAH

ÚVOD	6
1 CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE	8
1.1 CÍLE DIPLOMOVÉ PRÁCE	8
1.2 METODIKA DIPLOMOVÉ PRÁCE.....	8
I TEORETICKÁ ČÁST	11
2 POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	12
2.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	12
2.2 LEGISLATIVNÍ ZAKOTVENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V MINULOSTI	12
2.3 LEGISLATIVNÍ ZAKOTVENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V SOUČASNOSTI.....	13
2.3.1 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů	13
2.3.2 Zákon č. 109/2006 Sb., se kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách”	14
2.3.3 Vyhláška 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.....	14
2.3.4 Vyhláška 239/2009 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů	15
2.3.5 Listina základních práv a svobod – ústavní zákon č. 2/1993 Sb.....	15
2.3.6 Zákon 206/2009 Sb.	15
2.4 KATEGORIZACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	16
2.4.1 Sociální poradenství	16
2.4.2 Služby sociální péče	16
2.4.3 Služby sociální prevence	16
2.4.4 Druhy služeb sociální péče.....	16
2.4.5 Formy sociálních služeb.....	17
2.5 ZŘIZOVATELÉ A POSKYTOVATELÉ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	18
2.5.1 Neziskové organizace.....	18
2.5.2 Soukromé pobytové služby	19
3 FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	20
3.1 ZPŮSOBY FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	20
3.1.1 Financování ze státního rozpočtu formou dotací	20
3.1.2 Financování pobytových sociálních služeb.....	21
3.1.3 Financování terénních a ambulantních sociálních služeb	21
3.1.4 Příspěvek na péči.....	22
4 KVALITA A HODNOCENÍ KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	24
4.1 STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	25
4.1.1 Inspekce kvality a dodržování standardů	25
4.1.2 Supervize, intervize.....	26
4.1.3 Audity.....	26

4.2	KVALITA PÉČE Z POHLEDU ZŘIZOVATELE	27
4.3	KVALITA PÉČE Z POHLEDU POSKYTOVATELE	27
4.4	KVALITA PÉČE Z POHLEDU KLIENTA.....	27
4.5	KVALITA PÉČE Z POHLEDU SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	28
5	AZHEIMEROVA CHOROBA	29
5.1	KLINICKÝ OBRAZ	29
5.2	STADIA ALZHEIMEROVY DEMENCE	29
5.3	TESTOVÉ A ŠKÁLOVACÍ VYŠETŘOVACÍ METODY	30
5.4	FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA ALZHEIMEROVY DEMENCE.....	31
5.4.1	Kognitivní farmakologická terapie	31
5.4.2	Nekognitivní farmakologická terapie.....	31
5.5	NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA ALZHEIMEROVY DEMENCE	32
6	ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....	33
II	PRAKTICKÁ ČÁST	34
7	ANALÝZA SOUČASNÉ ÚROVNĚ POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB KLIENTŮM S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ V ČESKÉ REPUBLICI A V KROMĚŘÍŽI.....	35
7.1	ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST	36
7.1.1	Projekty České alzheimerovské společnosti	36
7.1.1.1	Bezpečný návrat.....	37
7.1.1.2	Dny paměti.....	37
7.1.1.3	Gerontologická a organizační supervize příspěvkových organizací Jihomoravského kraje	37
7.1.1.4	Rozvoj kontaktních míst	37
7.1.2	Certifikace Vážka®.....	38
7.2	POSKYTOVATELÉ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO KLIENTY S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ V KROMĚŘÍŽI	38
7.2.1	Sociální služby města Kroměříže.....	38
7.2.1.1	Domov pro seniory U Kašny	39
7.2.1.2	Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem U Moravy	39
7.2.1.3	Domov se zvláštním režimem Strom života	40
7.2.1.4	Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem Vážany	40
7.2.1.5	Odlehčovací pobytová služba	41
7.2.2	Charita Kroměříž.....	41
7.2.2.1	Charitní dům pokojného stáří – Domov se zvláštním režimem Cetechovice.....	41
7.2.2.2	Domácí zdravotní péče	41
7.2.2.3	Charitní pečovatelská služba	42
7.2.2.4	Osobní asistence	42
7.2.3	Česká katolická charita – Domov sv. Kříže Kroměříž.....	43
7.2.4	Senior taxi	44
7.3	ANALÝZA MAKROPROSTŘEDÍ – PEST ANALÝZA	44
7.3.1	Politicko – legislativní prostředí	44
7.3.2	Ekonomické prostředí	45
7.3.3	Sociálně demografické prostředí.....	46
7.3.4	Technické prostředí	48

8	ANALÝZA VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ	49
8.1	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	49
8.2	STATISTICKÁ ANALÝZA	59
9	SHRNUTÍ A ODBORNÁ DISKUZE K ANALYTICKÉ ČÁSTI.....	62
10	PROJEKT ZALOŽENÍ DENNÍHO STACIONÁŘE PRO KLIENTY S ALHZEIMEROVOU DEMENCÍ VE MĚSTĚ KROMĚŘÍŽ	63
10.1	ZALOŽENÍ A REGISTRACE OBČANSKÉHO SDRUŽENÍ	63
10.1.1	Registrace Denního stacionáře Cesty domů v Kroměříži	64
10.1.2	Lokalita poskytování služeb.....	65
10.1.3	Poslání Denního stacionáře Cesty domů.....	66
10.1.4	Cíle a cílová skupina	66
10.2	SLUŽBY POSKYTOVANÉ V DENNÍM STACIONÁŘI	67
10.2.1	Provozní doba, režim dne.....	67
10.2.2	Poskytované služby	68
10.2.3	Personální zajištění denního stacionáře	68
10.3	SMLOUVA O POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB A ÚHRADA ZA POBYT	70
10.3.1	Smlouva o poskytování služeb v denním stacionáři	70
10.3.2	Úhrada za pobyt v denním stacionáři.....	70
10.4	NÁKLADOVÁ ANALÝZA PROJEKTU	73
10.4.1	Investiční náklady	73
10.4.2	Provozní náklady.....	74
10.4.3	Předpokládané financování projektu.....	75
10.5	PROPAGACE PROJEKTU	76
10.6	ČASOVÁ ANALÝZA PROJEKTU.....	77
10.7	ANALÝZA RIZIK PROJEKTU	78
10.8	ZHODNOCENÍ PROJEKTU	79
	ZÁVĚR	80
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	82
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	86
	SEZNAM GRAFŮ	87
	SEZNAM OBRÁZKŮ	88
	SEZNAM TABULEK.....	89
	SEZNAM PŘÍLOH.....	90

ÚVOD

*„Dobrý den, stáří
Ach, viděla jsem tě přicházet zdaleka
a nepodala ti ruku.
Dlouho jsem Tě nevlídně pozorovala.
Zdála ses mi škaredá, nešťastná, jako kdybys stále nosila smutek
a jako bys táhla za sebou pytel bídy,
hořkých dnů, samoty, zchátralosti.
Ne, nechtěla jsem, aby ses ke mně přiblížila!
Ty však stojíš těsně vedle mne, dotýkáš se mne.
Musím si zvyknout na Tvou společnost, protože mne už nikdy neopustíš.
Sbohem mládí! A navždycky!
Budeš zabírat stále více místa v mém životě,
a proto s proměnou svého srdce
volám teď na Tebe ve vsí upřímnosti: „Sestro moje“,
ted', když tě vidím z blízka,
objevuji Tvůj půvab,
máš zkušenosti a všechno, jak má být,
dáváš věcem opravdový význam a milost,
osvobozuješ od strojenosti, zbytečnosti, pýchy
a vnášíš mě do mě do pravdy.
Mé tělo chátrá, má duše je však lehčí, aby se mohla lépe vznést.
Sestro stáří, přijímám Tě a mám Tě ráda,
protože jsem díky Tobě volnější a pomalu se přibližuji k Bohu.“*

Paní G., 85let

(Pichaud, Thareaunová, 1998, str. 17)

Stáří je nedílnou součástí každého lidského bytí. Toto období můžeme nazvat jako „podzim života“, který je zaslouženým odpočinkem po celoživotní práci. Ale velmi často se stává, že s přicházejícím věkem přichází také problémy a nemoci, které neumožní toto období prožít šťastně. Stárnutí je pro každého velmi individuální. A protože se bude jednou týkat každého z nás, tak by mělo být snahou k tomu přistupovat bez jakéhokoliv pohrdání. Dnes velmi

diskutovaná problematika Alzheimerovy demence je závažným tématem v dnešní společnosti. Toto onemocnění patří k nejzávažnějším jak z hlediska prognózy, tak i míry postižení kvality života nejen pacientů, ale především celé rodiny. Toto onemocnění není jen onemocnění jedince samotného, ale i pečujících a příbuzných, kteří se o takového člověka starají. Alzheimerova demence patří k nejzávažnějším onemocněním z pohledu ekonomické náročnosti onemocnění, jelikož tato diagnóza patří k jedné z nejdražších diagnóz vůbec. Riziko tohoto onemocnění s přibývajícím věkem stoupá. Většina nemocných zůstává v domácím prostředí. Jedním z cílů Plan Alzheimer je podpořit ambulantní službu, kterou budou poskytovat například denní stacionáře. Ve svém zaměstnání jsem se v minulosti setkávala se seniory, kteří svůj „podzim života“ nemohli prožít tak jak by si přáli. Pracovala jsem s lidmi, kteří trpěli různým typem demencí, nejvíce však s Alzheimerovou demencí a setkávala se z příbuznými starající se o tyto nemocné, a jelikož tato oblast se může týkat každého z nás, je jí věnována i tato diplomová práce.

Diplomová práce se zabývá především poskytováním sociálních služeb. Je rozdělena na dvě hlavní části, a to na teoretickou a praktickou část.

1 CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

1.1 Cíle diplomové práce

Cíl 1: Primárním cílem diplomové práce je zpracování projektu založení denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou demencí ve městě Kroměříž

- Dílčí cíl: zmapovat předpokládanou četnost využití služeb denního stacionáře
- Dílčí cíl: zmapovat konkrétní preference služeb
- Dílčí cíl: zmapovat výši platby za pobyt v denním stacionáři

Cíl 2: Primárním cílem je analýza poskytování sociálních služeb klientům s Alzheimerovou demencí v Kroměříži

Cíl 3: Sekundárním cílem je zpracování teoretických poznatků zaměřených na poskytování služeb v sociální péči

Na základě dílčích cílů jsem stanovila tyto hypotézy:

H 1 – Předpokládám, že víc jak polovina respondentů by využívala denní stacionář více jak 2 x do týdne.

H 2 – Předpokládám, že více jak polovina respondentů by upřednostňovala nácvik sebeobsluhy.

H 3 - Předpokládám, že více jak polovina respondentů bude akceptovat 100,-Kč za hodinu pobytu v denním stacionáři.

Hypotéza 1 má potvrdit nebo vyvrátit zájem o novou sociální službu pro nemocné s Alzheimerovou demencí (dále jen AD) ve městě Kroměříž, další hypotéza zjišťuje, která nabízená služba je nejdůležitější (hypotéza 2) a třetí hypotéza zjišťuje výši částky, kterou jsou respondenti schopni zaplatit v denním stacionáři.

1.2 Metodika diplomové práce

Abych mohla dosáhnout všech stanovených cílů diplomové práce, bylo nejdříve nutné zpracovat teoretické poznatky týkající se problematiky poskytování služeb v sociální péči. První jsem si zvolila metodu *rešerše* dostupné odborné literatury a následně *deskripce* teoretických poznatků, které se týkaly tématu mé diplomové práce.

V praktické části jsem použila analýzu dostupných údajů z Českého statistického úřadu (dále jen ČSÚ) a elektronického registru poskytovatelů sociálních služeb Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky (dále jen MPSV ČR). Pro analýzu makroprostředí jsem použila PEST analýzu.

V analytické části jsem použila kvantitativní šetření, kdy jsem své dílčí cíle a hypotézy specifikovala do dotazníku. Dotazník se řadí mezi nejfrekventovanější nástroj pro zjišťování údajů a je určen pro hromadné a efektivní získávání údajů. Považuje se za velmi ekonomický nástroj (Gavora, 2000, str. 99).

Mnou použitý dotazník obsahuje 9 položek. Úvod dotazníku obsahuje oslovení respondentů, představení výzkumníka, důvod šetření a poděkování. Klade důraz na anonymitu. Poté následují položky dotazníku. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci únoru v psychiatrických ambulancích v Kroměříži, geronto-psychiatrických odděleních Psychiatrické nemocnice v Kroměříži a ve službách sociální péče Kroměříž.

Ke zpracování získaných dat a ověření stanovených hypotéz jsem použila postup, který se nazývá statistický postup test dobré shody chí-kvadrát. „*U této kategorie testů významnosti se ověřuje, zda četnosti, které byly získány měřením v pedagogické realitě, se významně odlišují od teoretických četností, které odpovídají dané nulové hypotéze*“ (Chrásková, 2006, str. 81).

Pro statistickou analýzu jsem vypracovala alternativní a nulovou hypotézu, fakta jsem vložila do kontingenční tabulky a pro výpočet jsem použila testové kritérium chí-kvadrát. Nulovou hypotézu, kterou jsem označila jako H_0 je předpoklad, že mezi sledovanými jevy není vztah. Pokud se neprokáže nulová hypotéza, přijímá se hypotéza alternativní, kterou jsem označila jako H_A a ta je předpokladem, že mezi sledovanými jevy je vztah. Skutečnost, zda přijmeme nebo nepřijmeme nulovou hypotézu, rozhodneme na základě ověření nulové hypotézy, vypočítáním takzvaného (dále jen tzv.) testového kritéria, což je číselná charakteristika odvozená ze zjištěných dat. Pro test dobré shody chí-kvadrát je kritériem hodnota:

$$x^2 = \sum \frac{(P - O)^2}{O}$$

x^2 – je testové kritérium chí-kvadrát

P – pozorovaná četnost

O – očekávaná četnost

Pokud je výsledek výzkumu statisticky významný, znamená to, že je velmi nepravděpodobné, že by byl způsoben pouze náhodou. Postupy, které umožňují rozhodnutí, zda je či není výsledek signifikantní, se nazývají statistické testy významnosti. „*Hladina významnosti je pravděpodobnost, že neoprávněně odmítneme nulovou hypotézu. Tuto pravděpodobnost lze zvolit podle situace (její závažnosti), ve většině pedagogických výzkumů se však pracuje na hladině významnosti 0,05 (5 %) nebo 0,01 (1 %). Počet stupňů volnosti závisí u testu dobré shody chí-kvadrát na počtu řádků v tabulce*“ (Chráska, 2006, str. 83-84).

Jednotlivá data získaná na základě vyhodnocení dotazníků jsem převedla do tabulek a grafů, které jsem slovně popsala. Pro tvorbu tabulek a grafů jsem použila Microsoft Excel.

Tabulka v nabídce obsahuje:

Absolutní četnost – udává počet respondentů, kteří odpovídali v položce stejnou odpovědí z nabídnutých možností.

Relativní četnost – poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu připadá na danou hodnotu.

Celkem – poskytuje informace o celkovém množství respondentů a celkové procentuální zastoupení u jednotlivých položek.

Výstupy analýz a dotazníkového šetření jsem použila jako podklad pro zpracování samotného projektu založení denního stacionáře pro klienty s AD ve městě Kroměříž.

I. TEORETICKÁ ČÁST

2 POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

2.1 Sociální služby

Matoušek et al. (2011, str. 9) uvádí, že „sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.“

Harris a White (2013, str. 419) charakterizují sociální péči jako souhrn poskytovaných služeb a institucionálních opatření. Dále dodávají, že za sociální zabezpečení občanů ve snaze vylepšit jejich životní šance, přebírá hlavní odpovědnost stát.

Cimler et al., (2001, str. 8) rozlišuje u pojmu „služba“ tyto vlastnosti:

- Nehmatatelnost
- Nedělitelnost
- Proměnlivost
- Pomíjivost

Hlavním účelem sociálních služeb je pomoci svým klientům vyrovnat se s problémy, které sami nemohou změnit, ale především omezení nebo úplné odstranění problémů, které je možno vyřešit (Mahrová, Venglářová et al., 2008, str. 9).

2.2 Legislativní zakotvení sociálních služeb v minulosti

Zákon č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení, kdy poskytovatelé sociálních služeb mohly být církev a církevní řády. V šedesátých letech byla tato možnost zrušena a po určité době mohly sociální služby poskytovat jednotná zemědělská družstva. V průběhu 20. století bylo přijato několik zákonů o sociálním zabezpečení. Mezi tyto zákony patří zákon č. 101/1961 Sb., č. 121/1975 Sb., a č. 100/1988 Sb. Tato koncepce zákonů zůstala stejná až do roku 1989 (Matoušek et al., 2011, str. 36).

Ustanovení vyhlášky § 61 č. 182/1991 Sb., kterou se prováděl zákon o sociálním zabezpečení, upravovaly tyto typy ústavů sociální péče: ústavy pro tělesně postiženou mládež, ústavy pro tělesně postiženou mládež, ústavy pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením, domovy důchodců, penzióny pro důchodce, ústavy pro chronické

psychotiky a psychopaty a jiné (dále jen aj.). Do roku 1989 se kladl důraz na celodenní ústavní péči. Terénní služby vznikaly až po roce 1989 (Matoušek et al., 2011, str. 36-37).

2.3 Legislativní zakotvení sociálních služeb v současnosti

Právní úprava sociálních služeb spadá do resortu Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky.

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Vstoupil v platnost 1. 1. 2007 a jeho posláním je chránit práva a zájmy lidí, kteří si je nedokáží prosazovat sami z určitého důvodu omezení, dále vytváří právní rámec pro vztahy při nezbytném zabezpečení podpory a pomoci lidem, kteří jsou v nepříznivé životní situaci. Vymezuje práva a povinnosti jednotlivců a poskytovatelů sociálních služeb. Stanovuje podmínky pro výkon sociální práce (Malíková, 2011, str. 41).

- Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách
- Zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách
- Zákon 206/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a některé další zákony
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
- 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 (Malíková 2011, str. 41).

2.3.1 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Tento zákon vstoupil v platnost 1.1. 2007 a jeho posláním je chránit práva a zájmy lidí, kteří si je nemohou prosazovat sami z důvodu určitého omezení. Dále vytvořit právní rámec pro vztahy při nezbytném zabezpečení podpory a pomoci lidem, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci. Vymezuje také práva a povinnosti jedinců, obcí, krajů, státu a poskytovatelů sociálních služeb (Malíková, 2011, str. 41-47).

Významem zákona pro poskytování sociálních služeb seniorům vymezuje tento zákon a přesně specifikuje jednotlivé sociální služby, které mohou osoby v nepříznivé sociální

situaci využívat, a současně limituje podmínky pro jejich poskytování a všechny související podmínky realizace. Ve vztahu k problematice péče o seniory zákon stanovuje:

- Podmínky poskytování sociálních služeb seniorům
- Kdo může poskytovat sociální služby seniorům
- Jaké druhy sociálních služeb mohou senioři využívat
- Stupně závislosti, výši příspěvků, podle jednotlivých stupňů závislosti a podmínky pro jejich přiznání
- Pravidla pro nakládání s příspěvkem na péči
- Povinnosti poskytovatele sociálních služeb seniorům
- Postupy v projednání žádosti o přijetí, podmínky smluvního vztahu o poskytování sociální služby mezi uživatelem a poskytovatelem
- Rozsah povinných základních činností při poskytování terénních, ambulantních a pobytových sociálních služeb seniorům
- Personální požadavky na pracovníky podílející se na zajištění odborné péče
- Požadavky na vzdělání pracovníků podílejících se na poskytování sociální služby seniorům (Malíková, 2011, str. 47-48)

Čámský et. al., (2011, str. 17) formuluje základní zásady zákona, které jsou uvedeny v § 2:

- Pro každého bezplatné sociální poradenství
- Respekt k lidským a občanským právům, zachování lidské důstojnosti
- Individuální přístup
- Aktivizace k samostatnosti
- Podpora v přirozeném sociálním prostředí
- Rovnoprávnost
- dobrovolnost

2.3.2 Zákon č. 109/2006 Sb., se kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách

Zákon vstoupil v platnost 1. 1. 2007, s výjimkou některých ustanovení, které nabyly účinnosti v průběhu roku 2006 (Malíková, 2011, str. 48).

2.3.3 Vyhláška 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Malíková, (2011, str. 48) uvádí obsah vyhlášky ve vztahu k péči o seniory:

- Vymezuje obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb a určuje výši úhrad za poskytování některých sociálních služeb
- Definuje zdravotní stav žadatele vylučující poskytování pobytových sociálních služeb
- Stanoví náplň kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách pečujících o seniory
- Stanoví hodnocení plnění standardů kvality sociálních služeb
- V příloze 1. představuje v plném znění standardy kvality sociálních služeb
- V příloze 3. předkládá vzor zvláštního oprávnění zaměstnance obce při sociálním šetření.

Kapitola „*Odůvodnění*“, obsahuje ekonomické rozvahy o finančním zajištění poskytování sociálních služeb. Poslední kapitola „*Zvláštní část*“ v komentáři k § 36 upřesňuje zdravotní stavy vylučující poskytování pobytové sociální služby, komentuje standardy kvality sociálních služeb a navrhuje uznání akreditovaných kurzů u pracovníků v sociálních službách (Malíková, 2011, str. 49).

2.3.4 Vyhláška 239/2009 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Tato vyhláška zahrnuje pouze drobné úpravy předchozí vyhlášky.

2.3.5 Listina základních práv a svobod – ústavní zákon č. 2/1993 Sb.

Na základě usnesení České národní rady (dále jen ČNR), která se konala dne 16. prosince 1992 byla Listina základních práv a svobod vyhlášena jako součást ústavního pořádku České republiky (dále jen ČR) – ústavní zákon č. 2/1993 Sb., ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb. Listina obsahuje – obecná ustanovení, základní lidská práva a svobody všech občanů, politická práva, práva národnostních a etnických menšin, hospodářská, sociální a kulturní práva, právo na soudní a jinou právní ochranu a společná ustanovení (Malíková, 2011, str. 49).

2.3.6 Zákon 206/2009 Sb.

Jde o novelu zákona č. 108/2006 Sb., která vstoupila v platnost dne 1. srpna 2009, kde jako jedinou změnou je změn v odborné způsobilosti sociálních pracovníků, u kterých jsou stanovena jednodušší pravidla, a u absolventů některých oborů není nutno absolvovat kurz pro

pracovníky v sociálních službách. V oblasti poskytovatelů sociálních služeb, zde nedochází k žádným změnám (Česko, © 2009).

2.4 Kategorizace sociálních služeb

Novou kategorizaci sociálních služeb přináší nový zákon o sociálních službách, který je do jisté míry převzatý z německé právní úpravy. Tyto služby zákon definuje ve svém ustanovení § 33 (Matoušek et al., 2011 str. 43).

2.4.1 Sociální poradenství

Rozděluje zákon na základní, které (Matoušek et al., 2011, str. 43) definuje: „*poskytování potřebných informací přispívající k řešení nepříznivé sociální situace*“ a odborné „*je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin ve specializovaných poradnách*“.

2.4.2 Služby sociální péče

Jsou to služby, které pomáhají vrátit fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem v co nejvyšší možné míře zpětného se zapojení do běžného života. Mezi tyto služby zákon řadí: chráněné bydlení, domovy se zvláštním režimem, odlehčovací služby, centra denních služeb, tísňová péče, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, pečovatelská služby nebo osobní asistence (Matoušek et al., 2011, str. 43).

2.4.3 Služby sociální prevence

Jsou zákonem vymezeny jako služby, které pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které mohou nebo jsou ohroženy krizovou životní situací, různými návyky, způsobem dosaďadního života, vedoucí ke konfliktu se společností. Cílem služeb je pomáhat osobám k překonání nepříznivé sociální situace. Druhy sociální prevence jsou: terénní programy, terapeutické komunity azylové domy, kontaktní centra, krizová pomoc, noclehárny, služby následné péče nebo telefonická krizová pomoc (Matoušek et al., 2011, str. 44).

2.4.4 Druhy služeb sociální péče

(Herman, 2008, str. 82) popisuje čtrnáct druhů služeb sociální péče, dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

- **Osobní asistence** – terénní služba pomoci lidem se zdravotním postižením nebo seniorům zvládnout péči o sebe sama.

- **Pečovatelská služba** – terénní služba poskytovaná lidem především v domácnosti.
- **Tísňová péče** – nepřetržitá elektronická nebo telefonická komunikace pro ty, kteří jsou vystaveni vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života.
- **Průvodcovské a předčitatelské služby** – určena je těm, kteří mají sníženou schopnost komunikace nebo orientace v prostoru.
- **Podpora samostatného bydlení** – zaměřuje se na podporu a posilování člověka žít samostatně.
- **Odlehčovací služby** – umožňují pečujícím osobám nezbytný odpočinek, to znamená (dále jen tzn.) převezmou péči o nemohoucí osobu po určitou dobu.
- **Centra denních služeb** – dříve nazývány jako „domovinky“, jedná se o službu pro osoby se sníženou soběstačností s cílem zajištění pomoci s osobní hygienou.
- **Denní stacionáře** – komplexní péče s ohledem na potřeby uživatelů.
- **Týdenní stacionáře** – pobytová služba, kdy je pobyt zajišťován v pracovních dnech.
- **Domovy pro osoby se zdravotním postižením** – pobytová služba s celoročním provozem.
- **Domovy pro seniory** – pro seniory, kteří si z objektivních důvodů nemůžou zabezpečit pomoc v přirozeném sociálním prostředí.
- **Domovy se zvláštním režimem** – pobytová služba s celoročním provozem pro nemocné s Alzheimerovou demencí, jiné typy demence, nebo osoby trpící duševním onemocněním.
- **Chráněné bydlení** – moderní typ pobytové služby pro osoby se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby.
- **Sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče** – jsou to léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické nemocnice, které poskytují osobám, kteří se neobejdou bez pomoci jiné osoby a současně nemůžou být propuštěni ze zdravotnického zařízení, protože v dané době jim není možné zabezpečit péči v domácím prostředí nebo v zařízení sociálních služeb.

2.4.5 Formy sociálních služeb

Malíková (2011, str. 42) ve své publikaci rozlišuje tři základní formy sociálních služeb:

- **Pobytové** – jedná se o služby, které jsou osobám poskytovány po určitou dobu celodenně nebo celoročně. Patří sem domovy pro seniory, azylové domy nebo ústavy.

- **Ambulantní** – jedná se o služby, které jsou poskytovány ambulantně, tzn., že osoba je zde doprovázena nebo dopravována. Patří sem různé denní stacionáře nebo kontaktní centra.
- **Terénní** – tyto služby jsou poskytována v přirozeném prostředí. Jedná se např. o osobní asistenci nebo pečovatelské služby.

2.5 Zřizovatelé a poskytovatelé sociálních služeb

Podle sociálního zákona je zřizovatelem obec, kraj a MPSV. Sociální služby mohou poskytovat jen subjekty, které mají oprávnění k poskytování sociálních služeb, které toto oprávnění získaly na základě schváleného rozhodnutí o registraci. Splnění povinnosti registrace se nevztahuje na osoby, které pečují o své příbuzné (Malíková, 2011, str. 58).

2.5.1 Neziskové organizace

Neziskové organizace rozlišujeme podle zakladatele, charakteru poslání, organizační formy, způsobu financování nebo charakteru realizovaných činností (Vostatek, 2013, str. 22).

Malíková (2011, str. 59) uvádí, že poskytovateli sociální služby v České republice (dále jen ČR) jsou občanská sdružení, církve, nadace a obecně prospěšné společnosti. Neziskový sektor se liší od komerční oblasti. Významnou odlišností sociálních služeb jsou především:

- Financování z vedlejších zdrojů.
- Závislost na politických rozhodnutích.
- Vazba na legislativu.
- Častá intimní povaha těchto služeb.
- Provázanost se sítěmi existujícími v místní komunitě.
- Významná úloha rodiny.
- Etická a hodnotová dimenze.

Spektrum poskytovaných sociálních služeb je širší a podílí se i na poskytování zdravotní péče formou domácí péče a v pobytových službách např. formou církevních hospiců apod. V sociální oblasti se neziskové organizace podílejí na poskytování mnoha sociálních služeb. Mezi nejčastější druhy sociálních služeb poskytovaných neziskovými organizacemi patří (Malíková, 2011, str. 59):

- Terénní služby (pečovatelská služba a odlehčovací služby).

- Ambulantní služby (denní stacionáře, centra denních služeb, sociálně terapeutické dílny).
- Pobytové služby (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, azylové domy a noclehárny).

2.5.2 Soukromé pobytové služby

Sládek (2013, str. 37) popisuje tyto služby jako řádně registrované a jedná se o domovy se zvláštním režimem nebo domovy pro seniory. V těchto řádně zaregistrovaných pobytových službách je v pravidelných intervalech vykonávána inspekce kvality poskytovaných těchto služeb dle platného zákona o sociálních službách a je vyžadováno plnění standardů kvality.

3 FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

O financování sociálních služeb pojednává zákon o sociálních službách. Zákon dělí sociální služby na služby bez úhrady a služby hrazené. Nehrazené služby jsou služby sociální prevence. Jako hrazené služby jsou pobytové služby, kde klient hradí ubytování, stravu a poskytovanou péči ve sjednaném rozsahu. Výši těchto úhrad stanovuje vyhláška č. 505/2006 Sb. Krhutová, (2013, str. 41). Matoušek (2011, str. 65-66) uvádí, že nezbytnou složkou je kromě plateb od klientů, také financování z veřejných prostředků. Arnoldová (2015, str. 66) vysvětluje, že sociální péče spočívá v transferech prostředků a služeb ve společném prostoru a pramení ze sociální solidarity. Financování služeb, kdy zřizovatelem je MPSV ČR, kraje nebo obce je financováno z rozpočtů těchto subjektů.

3.1 Způsoby financování sociálních služeb

Herman et al. (2008, str. 24) charakterizuje současný systém financování sociálních služeb jako systém s prvky centrálního administrativně direktivního charakteru řízení. Sociální služby jsou financovány vícezdrojově. Celkově do přehledu příjmů pro poskytování sociálních služeb zařadit:

- Státní dotace a granty.
- Dotace ze strukturálních fondů.
- Příspěvky zřizovatelů.
- Příjmy od uživatelů.
- Příspěvky na péči.
- Příjmy z veřejného zdravotního pojištění.
- Příspěvky samosprávných celků.
- Dary.
- Vedlejší hospodářská a mimořádná činnost.

3.1.1 Financování ze státního rozpočtu formou dotací

Podle Malíkové (2011, str. 60) financování sociálních služeb ze státního rozpočtu formou dotací tvoří:

- **Dotace ze státního rozpočtu na podporu poskytování služeb sociální péče a služeb sociální prevence na území kraje prostřednictvím rozpočtu kraje** – o dotace může požádat každý registrovaný poskytovatel, ale na státní dotaci nevzniká právní

nárok. Dotace jsou tzv. nenárokové. Při posuzování žádosti o dané dotace, je hodnocena potřeba daného druhu služby v regionu, kde má být poskytována. Poskytování dotace slouží k zajištění potřebných sociálních služeb v rámci kraje, pokrytí jednotlivými druhy služeb a k dofinancování běžných výdajů zařízení podle výše úhrad od uživatelů služeb.

- **Dotace ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb** – MPSV ČR poskytuje účelově učené dotace ze svého rozpočtu registrovaným poskytovatelům nebo územním samosprávným celkům s celostátním nebo nadregionálním působením.
- **Výdaje krajských či obecních rozpočtů na zajištění provozu sociálních služeb z vlastních zdrojů.**
- **Úhrady uživatelů sociálních služeb.**

3.1.2 Financování pobytových sociálních služeb

Podle Hermana et al. (2008, str. 25) je financování pobytových sociálních služeb složeno ze čtyř hlavních částí:

- Plateb uživatelů sociálních služeb.
- Příspěvků na péči.
- Státních dotací.
- Příjmu z veřejného zdravotního pojištění.

Výše zdrojů může být odlišná. Závisí na struktuře uživatelů, kvalitě poskytované péče, typu zřizovatelského subjektu a na dalších okolnostech. Jako další zdroje uvádí Herman et al. (2008, str. 25):

- Vedlejší hospodářská činnost (například pronájem nebytových prostor, prodej výrobků aj.).
- Příspěvek zřizovatele na činnosti.
- Dary.
- Ostatní granty a příspěvky na sekundární a terciální aktivity poskytovatele.
- Ostatní zdroje.

3.1.3 Financování terénních a ambulantních sociálních služeb

Tyto zdroje financování Herman et al. (2008, str. 25) dělí:

- Platby uživatelů sociálních služeb
- Příspěvky na péči

- Státní dotace

Mezi další zdroje Herman et al. (2008, str. 25) řadí:

- Příspěvek zřizovatele na činnosti
- Vedlejší hospodářská činnost
- Ostatní zdroje
- Ostatní granty a příspěvky

3.1.4 Příspěvek na péči

Čámský et. al, (2011, str. 18) uvádí, že příspěvek na péči je určen těm, kteří jsou závislí na pomoci jiné osoby tak, aby si každý individuálně mohl zvolit nejúčelnější způsob zajištění potřeb. Jedná se pouze o příspěvek, nikoli však na plnou saturaci nákladů péče.

Podle zákona č. 108/2006 Sb., se poskytuje příspěvek na péči osobám, které jsou závislé na pomoci jiné osoby, která dlouhodobě z důvodu nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc při péči a zajištění soběstačnosti o vlastní osobu. Tento příspěvek poskytuje stát na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci. Při posuzování péče bude hodnocena schopnost zvládat tyto úkony: příprava stravy, podávání stravy, přijímání stravy, mytí těla, koupání, péče o ústa, výkon fyziologické potřeby, vstávání z lůžka, sezení stání, přemísťování předmětů denní potřeby, chůze po rovině, na schodech, výběr oblečení, oblékání, orientace v přirozeném prostředí a dodržování léčebného režimu. Při posuzování soběstačnosti bude hodnocena schopnost zvládat tyto úkony: komunikace slovní, písemná, orientace vůči jiným osobám, nakládání s penězi, obstarávání osobních záležitostí, zapojení se do sociálních aktivit, mytí nádobí, běžný úklid v domácnosti, péče o prádlo, péče o lůžko, obsluha běžných spotřebičů, manipulace se zámky a udržování pořádku v domácnosti (Matoušek et al., 2007, str.72-73).

Jednotlivé úkony, jejichž jsou upraveny vyhláškou MPSV ČR 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení, se budou pro účely hodnocení rozsahu závislosti počítat. Příspěvek se poskytuje v těchto úrovních:

- I. Stupeň – lehká závislost se přiznává osobám, které z důvodu nepříznivého zdravotního stavu potřebují každodenní pomoc nebo dohled při více než dvanácti úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

- II. Stupeň – středně těžká závislost se přiznává osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého stavu potřebují každodenní pomoc nebo dohled při více jak osmnácti úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.
- III. Stupeň – těžká závislost se přiznává osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého stavu potřebují každodenní pomoc nebo dohled při více než čtyřiaadvaceti úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.
- IV. Stupeň – úplná závislost se přiznává osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují každodenní pomoc nebo dohled při více než třiceti úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti (Matoušek a spol., 2007, str. 74).

Tabulka 1 - Příspěvek na péči

	Stupeň závislosti	Výše příspěvku
I.	Lehká závislost	880,- Kč
II.	Středně těžká závislost	4 400,- Kč
III.	Těžká závislost	8 800,- Kč
IV.	Úplná závislost	12 800,- Kč

Zdroj: MPSV

Novela zákona o sociálních službách o navýšení příspěvku na péči ve III. a IV. stupni závislosti, kterou poslanci schválili dne 7. 12. 2018 a s platností dne 1. 7. 2019. Hlavním důvodem bylo masívní stárnutí populace a omezená kapacita pobytových služeb, která již nestačí pokrývat současnou poptávku. Tímto je snaha podpořit neformální pečovatele, kteří pečují o své příbuzné v domácím prostředí a někdy se dostávají do složité ekonomické situace. Ve III. stupni závislosti se příspěvek navýšil na částku 12 800,- Kč a ve IV. stupni na částku 19 200,-Kč (MPSV ČR, © 2018).

4 KVALITA A HODNOCENÍ KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Při hodnocení kvality péče je důležité dosažení společného porozumění konceptu kvality mezi zainteresovanými stranami.

Podle Horeckého (2008, str. 93-94) je pojem kvality v současnosti všeobecně skloňován napříč většinou odvětví. Dle Mikulkové (2008, str. 73), která uvádí, že obecná definice kvality je „*dělat správné věci správným způsobem.*“

Pogodová, 2006 definuje kvalitu: „*kvalita znamená efektivní využívání zdrojů, schopnost reagovat na individuální potřeby, úspěšnost při sociálním začleňování a při získávání autonomie a nezávislosti*“.

Herman, 2008, str. 73) píše, že žádná definice není považována za všeobecně uznávanou.

Měření kvality sociálních služeb je dle (Horeckého, 2008, str. 96) možné pomocí následujících způsobů:

- Standardy kvality sociálních služeb
- Supervize, intervize
- Systém managementu jakosti ISO 9000 (International Organization for Standardization)
- TQM (Total Quality Management)
- Controlling
- Balanced ScoreCard
- Benchmarking
- Stížnosti (complaints management)
- Sebehodnocení (self-assesment)

Koncepce kvality je popsána také ve věštníku Ministerstva zdravotnictví (dále jen MZ) ČR jako podstata akreditací. Růst kvality znamená nastartování náročného procesu. Při realizaci mohou sociální zařízení použít program kontinuálního zvyšování kvality (dále jen KZK), který je tvořen těmito základními druhy činnosti: plánování, provedení, kontrola a pokračování (Malíková, 2011, str. 134).

4.1 Standardy kvality sociálních služeb

Horecký (2008, str. 96) uvádí, že sociální standardy mají zaručovat určitou úroveň kvality poskytovaných služeb, ale i přesto to nemusí být úplně objektivní hodnocení. I přes dodržení všech kritérií nemusí být služby uživatelem hodnoceny jako kvalitní neboť:

- standardy jsou určeny pro všechny druhy služeb bez rozdílu a nerozlišují jejich specifické odlišnosti
- existují odlišnosti v chápání významu pojmu „kvalita“.

4.1.1 Inspekce kvality a dodržování standardů

Malíková (2011, str. 135-138) píše, že dodržování standardů poskytovateli sociálních služeb kontroluje podle § 97, 98 a 99 sociálního zákona inspekce poskytování sociálních služeb (dále jen inspekce). Inspekce kontroluje kvalitu poskytované služby a rozsah dodržovaných a naplňovaných kritérií standardů jednotlivými poskytovateli. Průběh a zásady pro inspekci se řídí právními předpisy a metodikami:

- Ustanovení k inspekcím poskytování sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- Metodika MPSV ČR k provádění inspekcí poskytování sociálních služeb
- Aktualizace Metodiky MPSV ČR k provádění inspekcí sociálních služeb

Z těchto uvedených dokumentů vyplývá povinnost následujícího průběhu inspekce. Inspekci provádí krajský úřad a MPSV ČR. Předmětem inspekce jsou:

- Plnění povinností poskytovatelů sociálních služeb podle § 88 a 89 zákona o sociálních službách
- Kvality poskytovaných sociálních služeb

Postup a průběh inspekce musí být dodržen podle zákona č. 552/1991 Sb. o státní kontrole. Nejdříve si inspekce vyžádá od poskytovatele dokumentaci, kterou si prostuduje. Následuje úvodní setkání týmu a je ujasněn průběh, náplň a časový harmonogram. Inspektoři postupují dle časového harmonogramu a musí usilovat o to, aby nenarušili chod zařízení a poskytovanou službu. Po provedení jednotlivých kroků provedou hodnocení a tzv. zpracování zjištění inspekčního týmu. Záznamy se zapisují na inspekční listy. Při shledání nedostatků navrhuje inspekce do inspekční zprávy opatření k nápravě a stanoví termín, do kterého musí být doporučená opatření poskytovatelem realizována (Malíková, 2011, str. 137).

4.1.2 Supervize, intervize

Tyto jsou dalšími nástroji pro zvyšování kvality poskytovaných služeb. Horecký (2008, str. 101) je charakterizuje jako formu podpory, učení a dohledu, při kterém se pracovníci mohou svěřit se svými problémy, naučit se je zvládat a hodnotit, jak jsou ve svých činnostech efektivní.

Podle Horeckého (2008, str. 102) je největším přínosem supervize profesionální rozvoj pracovníků, který je nejvíce patrný v těchto oblastech:

- Rozšiřování dovedností a získávání nových dovedností
- Pomoc při řešení obtížných případů
- Zvládání emočně náročných nebo stresujících situací
- Vzdělávací funkce, především u začínajících pracovníků

Správně prováděná supervize je nástroj, který může pomoci s řešením mnoha problémů na pracovišti např. syndrom vyhoření a tak dále (dále jen atd). Supervizi zajišťuje management zařízení. V dohodnutém čase se schází skupina pracovníků se supervizorem (specializovaný odborník, který pracuje se skupinou nebo jednotlivci na řešení problému) a společně projednávají určité téma, které je na pracovišti problémem. Úspěch supervize je podmíněn pravidelnou účastí všech členů skupiny. Supervize vyžaduje i ochotu problémy řešit aktivně nikoliv se jen pasivně účastnit (Malíková, 2011, str. 140).

Hawkins a Shohet (2004, str. 179) upozorňují, že potřebný rozvoj strategie v organizacích není z těchto důvodů jednoduchou záležitostí:

- Každá organizace je jiná a má jiné potřeby
- Záleží na tom, odkud začínáte
- Změna organizace je složitý proces a je nebezpečné řídit se jednoduchým receptem nebo přebírat řešení odjinud

Proto doporučují stanovení vlastního vzorce řízení rozvoje strategie. Dobře provedená supervize supervizorem a dobře spolupracujícími supervizanty zvyšuje kvalitu poskytované služby na pracovišti (Hawkins a Shohet, 2004, str. 180).

4.1.3 Audity

Audity jsou považovány za efektivní nástroj programu KZK a obecně znamená podrobné prozkoumání a vyhodnocení určitého jevu. V poskytování sociálních služeb, se jedná o činnost, která má za úkol prozkoumat a systematicky vyhodnotit službu a zaměřit se na zlepšení

její kvality. U auditů stejně jako u inspekcí sociálních standardů jde o partnerskou činnost na bázi spolupráce. Nejde o kontrolu, ale smyslem auditů je najít slabá, nedokonale funkční místa a postarat se o jejich odstranění a zlepšení. Audity se nejčastěji zaměřují na veškerou dokumentaci v zařízení, na prostředí a jednotlivé typy ošetřovatelských nebo jiných činností při poskytování služby (Malíková, 2011, str. 145-146).

4.2 Kvalita péče z pohledu zřizovatele

Na kvalitu péče můžeme nahlédnout z pohledu institucí. Z manažerského hlediska je kvalita péče určena ekonomickými pobídkami a měřitelnými výsledky. Pojetí kvality péče je třeba rozšířit o dimenzi ekonomické racionality, která spočívá v hospodárném a efektivním využívání zdrojů (Tilšer, 2000, str. 31).

4.3 Kvalita péče z pohledu poskytovatele

Podle Musila a kol., (2006) uvádí většina poskytovatelů potřebu zvýšit úroveň kvality služeb a zlepšit podmínky života uživatelů. Dalším důvodem je dobré jméno, image a důvěra v zařízení. Celá řada poskytovatelů usiluje získat značku kvality případně jiné ocenění. V České republice existuje celá řada ocenění, např. Cena kvality v sociální péči. Zavádění systémů kvality je prostředek, který má připoutat pozornost veřejnosti a klientů ke kvalitě sociálních služeb. Příčinou pro zavádění kvality je vznik konkurenčního prostředí a diferenciací mezi službami na základě hodnocení kvality. Klíčové je srovnání s jinými organizacemi stejného zaměření.

4.4 Kvalita péče z pohledu klienta

Hlavním požadavkem lidí, kteří jsou závislí na službách sociální péče je, aby měli svobodnou volbu způsobu a zajištění sociální služby, aby jim byla zajištěna dostupnost péče, kvalita poskytované péče a účast na rozhodovacích procesech o formě poskytování péče. V jednotlivých typech služeb sociální péče se očekávání a nároky na kvalitu mohou lišit. Společnými znaky jsou práva uživatelů služeb:

- Právo na osobní svobodu a svobodu pohybu
- Právo na ochranu soukromí
- Právo na osobní a rodinný život
- Právo na důstojné zacházení
- Právo svobodně se rozhodnout s právo na přiměřené riziko

- Právo vlastnit majetek
- Právo na práci a odměnu
- Právo na vzdělání
- Právo stěžovat si

Podle naplňování těchto práv je možné posuzovat kvalitu zařízení. Na kvalitu péče z pohledu klienta je možné nahlížet pomocí stížností. Je nutné mít na zřeteli, že některým uživatelům se může stávající způsob poskytování služby vyhovovat, jiným se líbit nemusí (Herman, 2008, str. 77).

4.5 Kvalita péče z pohledu sociálního pracovníka

Herman (2008, str. 56) uvádí, že z hlediska profesionálů se kvalita týká zejména problému neoficiálního a oficiálního uznání, podpory, udržení místa a atraktivní kariéry a vlastního uplatnění. Kvalitní práce sociálních pracovníků znamená:

- Klient má svého sociálního pracovníka
- Sociální pracovník je vzdělaný odborník dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách
- Sociální pracovník úzce spolupracuje s odbornými organizacemi
- Pomocí moderních metod a technik sociální pracovník pečlivě vyhodnocuje životní situaci klienta
- Sociální pracovník umí přímo pracovat s klientem, rodiči, širší rodinou a blízkými lidmi, školou, lékařem, odborníky a podobně (dále jen apod.)
- Sociální pracovník vypracovává v partnerské spolupráci s ostatními kvalitní plán péče o klienta

5 AZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerova choroba nazývaná také jako Alzheimerova demence je těžké duševní onemocnění a jsou postiženy různé složky psychiky. Mezi hlavní příznaky patří poruchy kognitivních a nekognitivních funkcí. AD je progresivní primárně degenerativní onemocnění a projevuje se kortiko-subkortikální atrofií. Toto onemocnění je velmi typické svým plíživým průběhem a patofyziologickými příznaky. Brzy dochází k postižení osobnostních rysů, kdy nemocní ztrácejí etická pravidla, návyky a stávají se překvapivě nápadným svým chováním, ztrátou zájmu nebo narušením dlouhodobých vztahů a vazeb. Nemocní AD přestávají zvládat péči o sebe sama a bez pomoci druhých se stávají zanedbávanými i po stránce hygienické péče. Velmi často se objevuje emoční plochost (Pidrman, 2007, str. 35).

5.1 Klinický obraz

AD dělíme na presenilní formu – **Alzheimerova choroba s časným začátkem** (začátek klinické symptomatiky do 65 let věku) a senilní – **Alzheimerova choroba s pozdním začátkem** (začátek klinické symptomatiky po 65 letech věku).

AD se projevuje zpočátku velmi nenápadně a pomalu. Občas se vyskytují fáze zastavení nebo zpomalení průběhu onemocnění, které trvá určitý čas a pak dochází k plíživé progresi.

Z počátku se u nemocných vyskytují různé změny osobnosti, chování, ztráta zájmů a ochuzení myšlení. Postupně se však rozvíjí poruchy kognitivních funkcí, které se stávají vedoucími příznaky. V časných stádiích se projevuje zejména orientace v prostoru. Výrazně je postižena krátkodobá paměť. V pozdějších stádiích je silně postižena všípivost a dochází k amnestické desorientaci. Nemocní jsou naprosto desorientováni nejen místem, ale i časem a osobou. V průběhu progresu onemocnění řídne slovní zásoba a objevuje se verbigerace (opakování slova vícekrát za sebou), perseverace (ulpívání na myšlence, kterou neustále opakuje) a logoklonie (komolení slov, nebo produkce slov nedávající smysl). AD trvá několik let, výjimečně však více než 10 let od objevení prvních příznaků (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, str. 31).

5.2 Stadia Alzheimerovy demence

Rozlišujeme tři stadia, pro které jsou charakteristické jiné příznaky. Přejít mezi stádii není vždy stejně dlouhý a může trvat i několik let.

První stádium – přítomna je porucha paměti, ale je zde zachován náhled, který způsobuje pokles nálady někdy až do depresivní hloubky. Nemocní tak své deficity disimulují. Z poruchy orientace je nejdříve postižena orientace místem. Zde je vidět pokles aktivity, začínají se objevovat potíže v denních aktivitách.

Druhé stádium – označováno často jako stádium afaticko-aprakticko-agnostickým. Jsou typické poruchy staropaměti, řeči, percepce i motorických výkonů.

Třetí stádium – typické pro toto stádium je emoční vyhasínání, apatie, schopnost komunikace, objevují se neurotické příznaky pyramidové a extrapyramidové. V posledních měsících života nemocný chárá po fyzické stránce a umírá zpravidla na nespecifickou komplikaci.

Terminální stádium – nemocní vyžadují paliativní péči, která je zvladatelná i v domácím prostředí, ovšem často je nahrazována ústavní formou. Hlavním nedostatkem ústavní paliativní péče je, že nejsou stanovena pravidla, jak používat invazivní postupy, které při infaustní diagnóze prodlužují život, aniž by zlepšily jeho kvalitu (Holmerová et al., 2005, str. 176).

5.3 Testové a škálovací vyšetřovací metody

ADL – Aktivita of Daily Living – škála, která se používá pro stanovení stupně funkčnosti postižení vyšetřovaného a zahrnuje tyto aktivity: umývání, oblékání, toaletu, přesouvání, inkontinenci a jedení.

IADL – Instrumental Aktivita of Daily Living – tato škála umožňuje stanovit úroveň, na které je vyšetřovaný schopen samostatného fungování při sebezaopatření a provádění složitějších každodenních úkolů.

Sedmičkový subtest – úkolem je odečítat číslo 7 od čísla 100 a od výsledku opět odečítat další sedmičku. Končí po pěti odečtech. Tato zkouška vyžaduje koncentraci pozornosti, která je u nemocných AD často narušena.

Blesedova škála demence – vyšetřuje se schopnost orientovat se časem, místem a osobou.

Face – hand test – princip je takový, že si nemocného posadíme proti sobě a požádáme ho, aby si položil obě ruce na kolena a zavřel oči. Dotkneme se současně lehce svými prsty (přejedeme pomyslnou čáru 5 cm) obou tváří a obou rukou. Dokáže-li vyšetřovaný správně specifikovat místa doteků, pokračujeme dále v testu. Selže-li již při úvodním vyšetření, test není proveditelný.

Test kresby hodin – vyšetřovaný je vyzván, aby nakreslil kruh, a je požádán, aby zakreslil hodiny, které ukazují čas například devět hodin 45 minut. Základem pro posouzení je zejména kresba hodinového ciferníku se správným umístěním číslic 3, 6, 9, 12 nebo jasným zaznačením jejich polohy. Také se hodnotí kresba rozlišitelných hodinových ručiček a přesné zaznačení času.

MMSE (Mini – Mental State Examination) – je velmi používaný test, který slouží k posouzení kognitivních funkcí, tedy přítomnosti a nepřítomnosti demence. Tento test je jednoduchý a obsahuje 10 otázek.

Ischemické skóre dle Hachinského – používá se u geriatrických pacientů s demencí k diferenciální diagnostice mezi cévními a primárně atrofickými demencemi. Hodnocení se provádí na základě získaných údajů z neurologického a psychiatrického vyšetření. Hodnotí se celý průběh nemoci, včetně současného stavu.

Paměťový test učení – vyšetřovanému přečteme 15 jednoduchých slov, které si má po skončení vybavit. Postup se opakuje 5x. Jsou důležité konfabulace a opakování slov.

Test verbální fluence – testujeme schopnost vybavit maximální počet slov začínající určitým písmenem (Franková et al., 2011, str. 19-21).

5.4 Farmakologická léčba Alzheimerovy demence

5.4.1 Kognitivní farmakologická terapie

Pidrman, 2007, str. 118 uvádí, že u časných a středních stádiích jsou léky první volby inhibitory cholinesteráz, jako jsou donepezil a rivastigmin. Jako další používaný preparát Ebixa, s účinnou látkou memantin, jehož efekt je založený na ochraně neuronů před destrukcí z nadměrné excitace neuromediátorem glutamidem a je indikován u střední a těžké AD.

5.4.2 Nekognitivní farmakologická terapie

Nekognitivní léčba se zaměřuje především na zvládnání neklidných pacientů. Používají se např. antipsychotika, antidepresiva, anxiolytika a hypnotika. Hlavním problémem antipsychotik jsou vedlejší účinky v kontextu s věkem pacienta. Z tohoto důvodu je celá řada léků prakticky kontraindikována (Pidrman, 2007, str. 136).

5.5 Nefarmakologická léčba Alzheimerovy demence

Vhodné stanovení metod a přístupu je zcela závislá na stadiu AD. V prvních stádiích onemocnění jde především o snahu k zachování sociálních schopností a intenzivní stimulaci kognitivních funkcí. Patří sem např. psychoterapie, paměťový trénink, cílená kognitivní stimulace, paměťové pomůcky, orientace v realitě atd. V pokročilejších stádiích a těžkých stádiích je snaha o zachování přiměřeného emočního prožívání, pokračování ve stimulaci kognitivních funkcí a využívání neverbální komunikace. Tady řadíme např. reminiscenční terapii, validační a rozhodovací techniky, neverbální techniky atd. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, str. 96).

6 ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

V teoretické části diplomové práce byla použita česká a zahraniční literatura na základě dostupných zdrojů, které se zabývají problematikou sociální oblasti. Dále bylo využito odborné české literatury, zabývající se problematikou Alzheimerovy demence. Z autorů byly nejvíce použity publikace od Oldřicha Matouška a Evy Malíkové, kteří se poměrně hodně zabývají problematikou sociální oblasti. Další informace, které se týkaly sociální oblasti, byly čerpány z literárních publikací od Mahrové, Venglářové, Čámského, Hermana, Horeckého, Krhutové, Arnoldové a jiných. Vzhledem k legislativním změnám a k novelizaci některých zákonů, které jsou účinné od roku 2016, nejsou údaje v starších pramenech již aktuální. Proto bylo využito výkladu pojmů, přímo ze zákona, a to především z novelizace zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a prováděcí vyhlášky 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Poslední kapitola, která okrajově popisuje Alzheimerovu demenci, klinický obraz, vyšetřovací metody, stádia a léčbu byla čerpána především z publikací Pidrmana, Jiráka, Holmerové, Frankové a dalších.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 ANALÝZA SOUČASNÉ ÚROVNĚ POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB KLIENTŮM S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ V ČESKÉ REPUBLICĚ A V KROMĚŘÍŽI

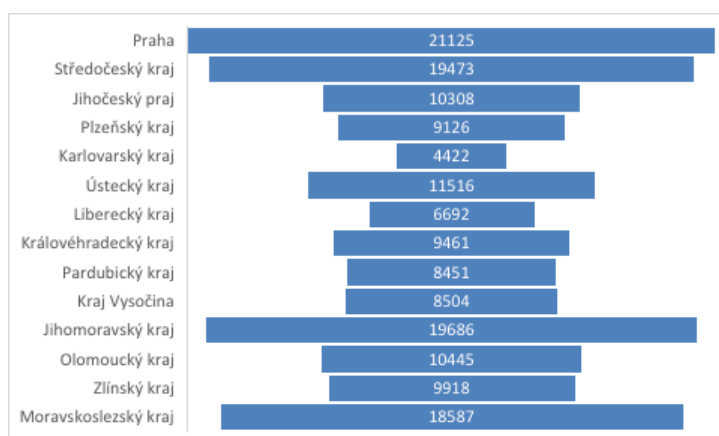
Evropská komise vydala zprávu, ve které uvádí, že AD je závažnou ekonomickou zátěží pro zdravotnické systémy (Holmerová, 2006, str. 78).

Ne každá rodina se dokáže nebo může postarat o svého příbuzného, kterému byla diagnostikována AD. Ošetrovatelská péče je velmi náročná. Pomoc těmto rodinám zajišťují pracovníci sociálních a zdravotních služeb. Mezi tyto služby se řadí pobyt v denním stacionáři nebo návštěva pečovatelky či asistentky. Ve třetím stádiu AD je péče již na tolik náročná, že příbuzní nebo pečující již nejsou schopni tuto péči obstarat a obrací se na ústavní péči. Dlouhodobý pobyt nemocným s AD, poskytují tyto instituce:

- Psychiatrické nemocnice
- Léčebny dlouhodobě nemocných
- Ústavy sociální péče
- Domovy se zvláštním režimem

Správně určenou diagnózu má v ČR zhruba 20-30 % lidí. Pro výpočet se používá výsledek prevalenční studie Alzheimer Europe z roku 2009. Na základě této studie je možné odhadnout počet lidí trpící AD (ČASL, © 2020).

Graf 1 - Počet lidí s demencí žijících v jednotlivých krajích



Zdroj: ČASL

7.1 Česká alzheimerská společnost

Česká alzheimerská společnost (dále jen ČALS) vznikla v roce 1996 a byla zaregistrována jako občanské sdružení, sídlí v pražských Kobylisích v Gerontologickém centru. Jejichž cílem je pomoc a podpora lidí postižených demencí, mezi které řadí nejen samotné nemocné, ale také rodinné příslušníky, neboť právě demence postihuje těžce obě skupiny. ČALS má v současnosti pět kontaktních míst ve všech krajích ČR. Těmito kontaktními místy jsou státní i nestátní, zdravotnická i sociální zařízení. Jedná se o lůžková zařízení i denní stacionáře (Sociální služby ČASL, © 2020).

ČASL poskytuje dvě registrované sociální služby:

- **Konzultace** – individuální konzultace poskytují jak lidem s demencí, tak jejich rodinným pečujícím. V rámci těchto konzultací získávají pečující psychickou podporu a informace, týkající se diagnózy, léčby, komunikaci s nemocným aj. Psychosociální intervence se zaměřuje na minimalizování pečovatelského stresu a zátěže, duševní hygienu a zvládání nelehkého procesu péče.
- **Respiritní péče** – je poskytována klientům s potvrzenou AD, o které pečuje osoba, která potřebuje nezbytný odpočinek při péči o nemocného.

Čaj o páté

Je setkání podpůrné nebo svépomocné skupiny pro rodinné pečující. Příbuzní se obvykle setkávají na příjemném místě, kde si předávají a získávají celou řadu informací o tom, jak pomáhat člověku s demencí, jak pečovat o něj, ale zároveň i o sebe. Svépomocnou skupinu vedou zkušené konzultantky. Setkání probíhá jednou za 14 dní ve společné místnosti Gerontocentra v Praze (Sociální služby ČASL, © 2020a).

Toulky paměti i duší

Od června 2010 se pravidelně scházejí členové podpůrné a svépomocné skupiny Toulky paměti a duší. Tato skupina je přímo určena lidem v počínající fázi demence, kterým pomáhá vyrovnat se s příznaky i důsledky nemoci, poskytuje podporu, ale také pomáhá udržet si náhled. Skupina se schází jednou za 3 týdny (Sociální služby ČASL, © 2020a).

7.1.1 Projekty České alzheimerské společnosti

ČASL realizuje celou řadu projektů a služeb.

7.1.1.1 Bezpečný návrat

Tento projekt je dlouhodobým projektem, který pomáhá lidem, kteří jsou ohroženi blouděním na různých místech. Do projektu jsou také zapojeni rodinní nebo pečující příslušníci. Člověk s demencí velmi často ztrácí orientaci i na známých místech a nedokáže najít cestu domů, nebo při hledání cesty zabloudí na úplně neznámé místo, nemůže si vzpomenout ani, jak se jmenuje. Na tento problém reaguje ČALS, který se nazývá Bezpečný návrat. Cílem je pomoci ztracenému člověku nalézt cestu domů. Účastník programu získá na základě přihlášky tři náramky, na nichž je uveden jedinečný kód a telefonní číslo na linku ČALS. Když se nositel náramku ztratí, je ČALS na základě kódu schopna nemocného identifikovat a podat potřebné informace o příbuzných a informovat je, kde se příbuzný právě nachází (ČASL, © 2020b).

7.1.1.2 Dny paměti

Problém s pamětí je nejčastější příčinou demence. ČASL přichází s dalším projektem vyšetření paměti. Vyšetření probíhají v kontaktních místech na základě telefonické objednávky. Paměť vyšetří proškolení pracovníci pomocí testů. Výsledky testů ukážou, jak jsou problémy s pamětí závažné a dále se indikuje odborné vyšetření u neurologa nebo psychiatra (ČASL, © 2020b).

7.1.1.3 Gerontologická a organizační supervize příspěvkových organizací Jihomoravského kraje

Cílem tohoto projektu je zlepšení péče o seniory v příspěvkových organizacích. Vznikl v roce 2009 ve spolupráci s Fakultou humanitních studií Univerzity Karlovy. Řada zařízení tohoto projektu plánuje přípravu na certifikaci Vážka® (ČASL, © 2020c).

7.1.1.4 Rozvoj kontaktních míst

Cílem projektu, který je spolufinancovaný z Programu implementace švýcarsko-české spolupráce na Ministerstvu zdravotnictví ČR, je podpora kontaktních míst ČASL a také zajištění plně funkčních kontaktních míst v krajských městech, v nichž se aktuálně žádné kontaktní místo nenachází (ČASL, © 2020b).

7.1.2 Certifikace Vážka®

ČASL vyvinula certifikační systém, který je určen pro poskytovatele služby pro lidi s demencí. ČASL zařízením, která poskytují služby v souladu s Kritérii pro udělení certifikátu Vážka, uděluje certifikát Vážka®, který se poskytuje na dobu 24 měsíců (ČASL, ©2020)

7.2 Poskytovatelé sociálních služeb pro klienty s Alzheimerovou demencí v Kroměříži

Obrázek 1 - Mapa okresu Kroměříž



Zdroj: mapy.cz

7.2.1 Sociální služby města Kroměříže

Sociální služby města Kroměříž jsou příspěvkovou organizací a jejich zřizovatel je město Kroměříž. Patří mezi největší poskytovatele sociálních služeb v celém okrese Kroměříž. Tato organizace má soubor registrovaných sociálních služeb, které poskytují podporu a péči osobám, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci. Činnosti vycházejí z individuálně určených potřeb klientů, podporují rozvoj jejich samostatnosti, motivují je a dbají na zachování lidské důstojnosti. Sociální služby města Kroměříže poskytují tyto druhy sociálních služeb:

❖ Ambulantní služby

- Denní stacionáře pro osoby se zdravotním postižením
- Sociálně terapeutické dílny Hanáček pro osoby se zdravotním postižením

❖ Terénní služby

- Terénní odlehčovací služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

❖ Pobytové služby

- Pro seniory (U Kašny, U Moravy, Vážany)
- Pro osoby s AD a jinými typy demencí – domovy se zvláštním režimem (U Moravy, Vážany, Strom života)
- Pro osoby se zdravotním postižením domov pro osoby se zdravotním postižením Barborka
- Pro seniory, pro osoby se zdravotním postižením a pro osoby s AD – pobytová odlehčovací služba

7.2.1.1 Domov pro seniory U Kašny

Domov je tvořen z komplexu tří budov, které na sebe plynule navazují a jsou vzájemně propojené. Součástí jsou terasy a dvorní trakt s lavičkami a pergolou. Cílovou skupinou domova pro seniory (dále jen DPS) U Kašny jsou klienti ve věku 60 let a více, kteří potřebují pomoc jiné fyzické osoby z důvodu věku a snížené soběstačnosti. Kapacita tohoto zařízení je 80 lůžek. Klienti jsou ubytováni v jednolůžkových, dvoulůžkových a třílůžkových pokojích, se samostatným sociálním zařízením, dále mohou navštěvovat společenské místnosti a knihovnu. DPS se nachází přímo v centru města a je to označováno za otevřené zařízení, kde klienti mohou kdykoliv odejít a sami využívat běžné služby kadeřníka, pedikérky, navštěvovat obchody, navštívit kostel aj (SSMK, © 2020).

7.2.1.2 Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem U Moravy

Domov je umístěn v panelové zástavbě města, který nemá vlastní zahradu. V blízkosti domova se nachází městský park. Cílovou skupinu tvoří osoby, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Domov pro seniory U Moravy zajišťuje služby seniorům ve dvou typech služeb:

- Domov pro seniory U Moravy – kapacita 112 lůžek
- Domov se zvláštním režimem U Moravy – kapacita 24 lůžek

Klienti jsou ubytováni v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích s vlastním sociálním a signalizačním zařízením. Na chodbách jsou zřízeny koutky k posezení. Uživatelé mají k dispozici reminiscenční a relaxační místnost. Služby katolického kněze, mše včetně svátosti smíření probíhají v kapli domova 1 x měsíčně. V případě potřeby a na přání klienta jsou služby kněze poskytovány individuálně (SSMK, © 2020).

7.2.1.3 Domov se zvláštním režimem Strom života

Toto zařízení je uvedeno do provozu v roce 2009 a jedná se o zrekonstruovanou budovu, která je umístěna v městské zástavbě města Kroměříže, má vlastní zahradu s posezením pro relaxaci klientů. Cílovou skupinu tvoří osoby s AD a jinými typy demencí. Kapacita zařízení je 54 klientů, kteří jsou ubytováni v jednolůžkových, dvoulůžkových a třílůžkových pokojích, součástí každého pokoje je sociální zařízení a bezbariérový sprchový kout. Součástí každého pokoje je i venkovní balkon. V rámci zařízení je společná koupelna s přizpůsobenou se speciální polohovací vířivou vanou. Každé poschodí má svoji jídelnu, které slouží i jako společenská místnost. Pro lepší orientaci klientů jsou jednotlivá patra vymalována barevně – žlutá, oranžová, modrá a zelená (SSMK, © 2020).

7.2.1.4 Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem Vážany

Domov se nachází v klidné okrajové oblasti města Kroměříže. Zařízení obklopuje rozlehlá zahrada s možností posezení v pergole. Klienti jsou ubytováni v jednolůžkových, dvoulůžkových a třílůžkových pokojích s vlastním sociálním zařízením. Většina pokojů je vybavena malým kuchyňským koutkem a ledničkou. Cílovou skupinu tvoří senioři ve věku od 60 - ti let, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Domov pro seniory Vážany zajišťuje služby seniorům ve dvou typech:

- Domov pro seniory Vážany – kapacita je 99 lůžek
- Domov se zvláštním režimem Vážany – kapacita je 21 lůžek

Domov se zvláštním režimem (dále jen DZR) Vážany poskytuje služby s chronickým duševním onemocněním například (dále jen např.) osoby s AD a jiným typem demencí (SSMK, © 2020).

7.2.1.5 Odlehčovací pobytová služba

Cílovou skupinu pobytové odlehčovací služby jsou osoby s mentálním a kombinovaným postižením, senioři a osoby s chronickým duševním onemocněním, také klienti s AD a jinými typy demencí starší 19 let. Kapacita odlehčovací služby je 12 lůžek. Klienti jsou ubytováni v jednolůžkovém nebo dvoulůžkovém pokoji, kde je umístěno polohovací lůžko, skříň pro osobní věci a noční stolek. Tato služba je součástí Domova pro osoby se zdravotním postižením Barborka. Pro zpestření pobytu na odlehčovací službě jsou klientům nabízeny různé aktivity a aktivizační činnosti (SSMK, © 2020).

7.2.2 Charita Kroměříž

Charita Kroměříž je církevní právnická osoba s vlastním právní subjektivitou. Zřizovatelem je arcibiskup olomoucký a je podle zákona č. 3/2002 Sb. o svobodě náboženského vyznání a postavení církví zaevidována na Ministerstvu kultury. Posláním je praktická a konkrétní pomoc potřebným, kteří se nacházejí v tělesné, duševní, sociální nebo duchovní nouzi (Charita Kroměříž, © 2020). Tato organizace je poskytovatelem sociální služby na území města Kroměříže. Dle zákona č. 108/2006 Sb., poskytuje tyto služby: Sociální poradna, Sociální rehabilitace Zahrada, Kontaktní centrum Plus a Azylový dům pro ženy a matky s dětmi. Pro seniory poskytují služby: Domácí zdravotní péče, Charitní pečovatelská péče, Osobní asistence a Charitní dům pokojného stáří v Cetechovicích.

7.2.2.1 Charitní dům pokojného stáří – Domov se zvláštním režimem Cetechovice

Domov se nachází asi 10 Km od města Kroměříž v malé vesničce Cetechovice. Cílovou skupinu tvoří osoby a senioři od 50 – ti let, kteří v důsledku AD nebo jiného typu stařecké demence mají sníženou soběstačnost a jejich situace proto vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Přednostní právo mají žadatelé s trvalým pobytem ve Zlínském kraji. Kapacita je 38 lůžek. V zařízení se 2 x do měsíce koná mše svatá a 2 x do měsíce bohoslužba slova, svátost smíření, možnost udílení svátosti pomazání nemocných a duchovní podpora dle potřeb klientů. Součástí tohoto zařízení je také odlehčovací služba, která má kapacitu čtyři lůžka. Tato služba je poskytována na dobu 3 měsíce, ze závažných důvodů lze tuto dobu prodloužit maximálně na 6 měsíců (Charita Kroměříž, © 2020a).

7.2.2.2 Domácí zdravotní péče

Domácí zdravotní péče zajišťuje primární ošetrovatelskou a zdravotní péči v domácnosti klientů bez omezení věku v takovém rozsahu, aby minimalizovali frekvenci hospitalizací

a mohli ve svém domácím prostředí setrvat, pokud možno co nejdéle. Mezi klienty ošetrovatelské služby patří lidé, kteří jsou chronicky nemocní, zpravidla vyššího věku, klienti s diabetem, stomií, klienti v terminální fázi onemocnění a s onkologickou diagnózou. Odbornou ošetrovatelskou péči poskytují diplomované zdravotní sestry s praxí, které mají vydané osvědčení k výkonu zdravotního povolání bez odborného dohledu Ministerstva zdravotnictví ČR dle zákona č. 96/2004 Sb. Provoz je zajištěn 24 hodin 7 dní v týdnu, smluvená územní oblast pro poskytování zdravotní péče je město Kroměříž a přilehlé obce. Mezi odbornou ošetrovatelskou péči patří: aplikaci injekcí, sterilní převazy, aplikace inzulinu, péče o stomie, odběry krve, péče o permanentní katetry, ošetrování dekubitů, aplikace opiátů aj. Na středisku ošetrovatelské služby je možnost zapůjčení kompenzačních pomůcek, které slouží ke zvládnutí přechodu klienta z vybaveného nemocničního prostředí do jejich domácnosti (Charita Kroměříž, © 2020b).

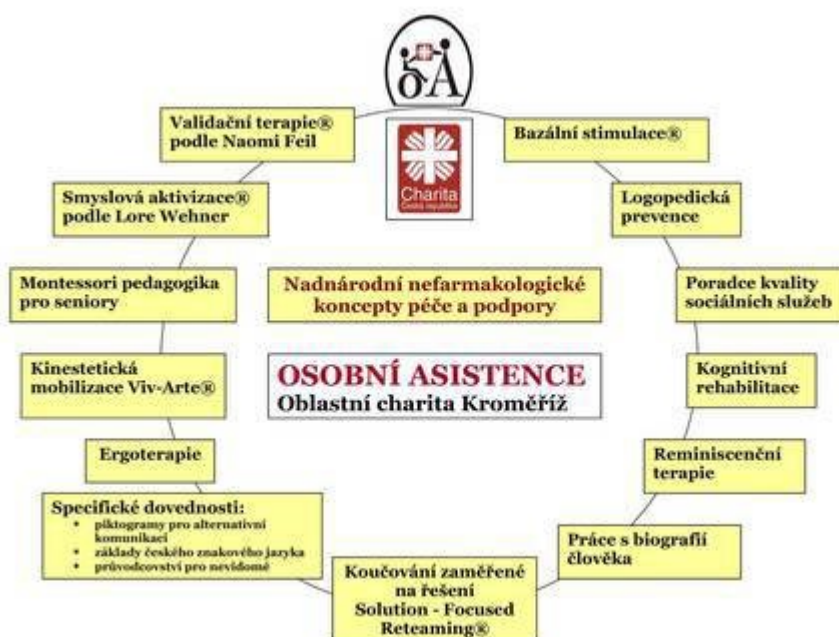
7.2.2.3 Charitní pečovatelská služba

Charitní pečovatelská služba poskytuje úkony v domácnostech svých klientů. Pečovatelky pomáhají s provedením hygieny, polohováním, pohybem, podáváním jídla, dovozem oběda, doprovodem k lékaři, ostříháním nehtů, nákupem, vyzvednutím receptů a v neposlední řadě s udržováním domácnosti. Cílová skupina jsou senioři a osoby se zdravotním postižením nad 27 let, kteří zůstávají ve svých domácnostech. Provozovny pečovatelské služby se nachází ve městě Kroměříž, kde jsou služby poskytovány denně včetně víkendů a svátků v době od 7-22 hodin a v nedaleké obci Kvasice, kde jsou služby poskytovány jen ve všední dny v době od 7-15:30hodin (Charita Kroměříž, © 2020c).

7.2.2.4 Osobní asistence

Posláním je poskytovat podporu lidem, kteří v důsledku věku, zdravotního postižení nebo omezení potřebují pomoc při prožívání života podle svých potřeb, dále podporují soběstačnost a samostatnost klienta, pomáhají zvládat běžné každodenní činnosti a podporují umožnit klientovi žít ve své domácím prostředí. Osobní asistence jsou služby, které jsou poskytovány po celém okrese Kroměříž. V průběhu služby jsou za účelem zvýšení kvality využívány koncepty smyslové aktivizace, reminiscence, validace, bazální stimulace aj. Službu je možno využívat 24 hodin denně, včetně víkendů a svátků na základě předem domluveného harmonogramu. Minimální délka služby je 30 minut (Charita Kroměříž, © 2020d).

Obrázek 2 - Osobní asistence Charita Kroměříž



Zdroj: Charita Kroměříž

7.2.3 Česká katolická charita – Domov sv. Kříže Kroměříž

Domov sv. Kříže Kroměříž je registrovanou sociální službou domova pro seniory, zřizovatelem je Česká katolická charita. Charitní domov je součástí kláštera Milosrdných sester sv. Kříže a působí od roku 1993. Klientkami domova byly mnoho let staré a nemocné sestry sv. Kříže a po rekonstrukci došlo k rozšíření domova až na kapacitu 72 lůžek. V roce 2009 bylo zřízeno samostatné oddělení pro seniory – kněze a do domova začaly být přijímány také civilní obyvatelky, které chtěli svůj závěr života strávit v duchovním prostředí. Domov je specifický svým duchovním prostředím. Klienti se mohou 3 x denně účastnit společné modlitby a mše svaté spolu s řeholnými sestrami v kapli, která je součástí domova. Zvláštní duchovní podpora je věnována závažně nemocným a umírajícím klientům. Domov sv. Kříže neposkytuje péči osobám trpícím AD nebo jiným typem demencí (Česká katolická charita Kroměříž, © 2020).

Obrázek 3 - Domov sv. Kříže Kroměříž



Zdroj: Česká katolická charita Kroměříž

7.2.4 Senior taxi

Přeprava osob se zdravotním postižením a seniorů za účelem cesty k lékaři, na úřady nebo za účelem nákupu. V roce 2019 město Kroměříž ze svého rozpočtu zakoupilo nový vůz značky Volkswagen Caddy. Službu provozují Sociální služby města Kroměříže ve všední dny od 6:30-15 hodin. Využít ho mohou lidé starší 65 let nebo zdravotně postižení s trvalým bydlištěm v Kroměříži a místních částech města. Zájem o tuto službu se neustále zvyšuje, zatímco v roce 2017 bylo 1196 přeprav, v roce 2019 to bylo 2084 přeprav. Od 1. 4. 2020 platí podle Vnitřního předpisu č. 1/2020, že jedna jízda v rámci města Kroměříž a v místních částech města bez čekání, přijde maximálně na 30 Kč (SSMK, © 2020).

7.3 Analýza makroprostředí – PEST analýza

Pest analýza je složena ze čtyř skupin – politicko – legislativního, ekonomického, sociálního a technického prostředí. Jednotlivé části PEST analýzy jsou zaměřeny v souvislosti s projektem založení denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou demencí.

7.3.1 Politicko – legislativní prostředí

Poskytovatelé sociálních služeb musí dodržovat zákony, vyhlášky a nařízení vlády ČR. Poskytovat můžou tak služby jen na základě platné registrace u příslušného krajského úřadu.

I když není stát přímým poskytovatelem sociálních služeb, přesto určuje podmínky pro jejich poskytování. Ústava České republiky a Listina základních práv a svobod jsou základními legislativními normami. Hlavními právními předpisy pro sociální služby jsou:

- Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách
- Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí ustanovení zákona o sociálních službách.

Od 1. ledna 2015 nabyla účinnosti novela zákona č. 108/2006 Sb., kde byl uskutečněn převod financování sociálních služeb z úrovně MPSV ČR na úroveň krajů. Úprava tohoto zákona ukládá povinnost registrace přímých poskytovatelů sociálních služeb a zvýšení pravomocí krajských úřadů ke kontrole a následných postihů při nelegálním poskytování služeb neregistrovanými subjekty. V tomto zákoně 108/2006 Sb., jsou také zakotveny kvalifikační předpoklady a požadavky na průběžné vzdělávání pracovníků, kteří zajišťují poskytování sociálních služeb, a který má značný význam na budoucí kvalitu poskytovaných služeb (Česko, 2006). Standardy kvality sociálních služeb jsou velmi důležitých dokumentem upravující činnost organizací poskytujících sociální služby.

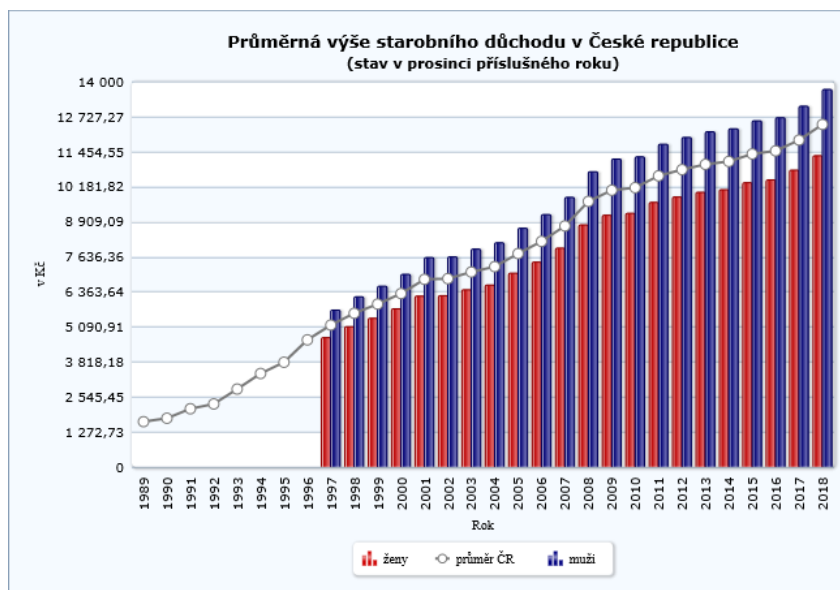
7.3.2 Ekonomické prostředí

Hlavními ukazateli této části analýzy patří míra inflace, míra nezaměstnanosti, vývoj hrubého domácího produktu, kupní síla, výdaje domácnosti aj. Ekonomické prostředí je velmi úzce spojeno s prostředím politicko-legislativním a poskytování sociálních služeb a jejich financováním se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a také vyhláškou č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Financování sociálních služeb je vícezdrojové, tvoří je dotace ze státního rozpočtu, které jsou následně rozdělovány kraji, příspěvky od zřizovatele sociálních služeb, sponzorské dary, ale také úhrady od klientů využívající sociální péči, kdy tyto činnosti specifikuje vyhláška č. 505/2006 Sb. v § 12 stanovuje maximální výši platby za poskytování sociálních služeb v denních stacionářích. Za hodinu poskytování vyjmenovaných úkonů základních činností částku ve výši 130,- Kč a za celodenní stravu v rozsahu minimálně tří hlavních jídel částku ve výši 170,- Kč, případně 75,- Kč pouze za oběd, včetně provozních nákladů, které souvisí s přípravou stravy. Podle zájmu jednotlivých klientů mohou být mimo základní činnosti smluvně ujednány za úhradu vybrané fakultativní služby (Česko, 2006).

Nejcitlivěji reagující demografickou skupinou na ekonomické změny jsou senioři. Česká republika tak jako ostatní vyspělé země, se snaží zlepšit nejen kvalitu života ve stáří, ale také

ekonomicky zajistit tuto skupinu prostřednictvím sociálně solidárního systému. Je nutností analyzovat i výši starobního důchodu. S účinností od 1. 1. 2019 byl novelizován zákon č. 191/2018 Sb., který spočívá ve zvýšení základní výměry důchodu z 9 % na 10 % průměrné mzdy a dále také zvýšení důchodu o 1000,- Kč měsíčně všem seniorům pobírající starobní důchod, a kteří dosáhli věku 85 let a 2000,- Kč seniorům starším 100 let.

Graf 2 - Průměrná výše starobního důchodu v ČR



Zdroj: ČSÚ 2019

Z grafu vyplívá, že v roce 2018 (ještě před novelou zákona č. 191/2018 Sb.) byl průměrný důchod pro ženy 11 500,-Kč a muži pobírali necelých 14 000,-Kč.

7.3.3 Sociálně demografické prostředí

Česká republika se rozkládá na území, které má rozlohu 78 866 km² a skládá se z osmi územních krajů a zároveň na 14 samosprávných krajů, kde Praha je současně jedním z krajů (ČSÚ, © 2019). Zlínský kraj o rozloze 3 936 km² je čtvrtým nejmenším krajem v ČR a zaujímá tedy 5 % plochy. Tento kraj tvoří okresy: Kroměříž, Uherské Hradiště, Zlín a Vsetín. Sousedí s krajem Jihomoravským, Olomouckým a Moravskoslezským. Zlínský kraj tvoří hranici se Slovenskou republikou (Zlínský kraj, 2020). Ve Zlínském kraji žilo k 30. 7. 2019 582 555 obyvatel. Hustota zalidnění 147 obyvatel/km² výrazně převyšuje republikový průměr. Nejvyšší zalidněnost je v okrese Zlín, kde je 185/km² a nejnižší v okrese Vsetín 125/km². V kraji je 307 obcí, z toho 30 měst. Mezi důležité průmyslové aglomerace patří Uherské Hradiště – Kunovice – Staré Město a Zlín – Otrokovice – Napajedla (Zlínský kraj, 2020).

Obrázek 4 - Zlínský kraj



Zdroj: mapy.cz

Ukazatelem, který ukazuje na stárnutí obyvatel, je index stáří. Index stáří v kraji vzrostl z 115,7 % v roce 2010 na 126,6 % ve sledovaném roce 2015. Vzhledem k rozdílné věkové struktuře obyvatel podle pohlaví je index stáří odlišný pro muže a ženy. Průměrný věk žen ve Zlínském kraji je 44,1 let a mužů 40,8 %. Z tohoto vyplývá, že tím, jak se nejstarší věková skupina obyvatel zvětšuje, tak výrazně stárne obyvatelstvo Zlínského kraje (ČSÚ, 2020). Velkou prioritou Zlínského kraje je zajistit dostatečnou kapacitu v pobytových zařízeních určených pro seniory s Alzheimerovou demencí a jinými typy demencí.

Kroměříž je okresní město ve Zlínském kraji a má rozlohu 5 560 hektarů. Samotné město je postaveno na 1 770 hektarech. Ostatní plochy tvoří předměstské části: Zlámanka, Drahlov, Těšnovice, Trávník, Kotojedy, Vážany, Bílany, Miňůvky, Hradisko a Postoupky. Počet obyvatel správního obvodu Kroměříže byl 69 335 k roku 2015. Zastoupení věkové kategorie seniorů nad 65 let činil 18,9 % (ČSÚ, 2020). Do budoucna tedy lze očekávat nárůst počtu seniorů a zvýšenou poptávku seniorů po sociální péči ve městě Kroměříž.

7.3.4 Technické prostředí

Pokrok zavádění nových technologií se také týká klientů s Alzheimerovou demencí. Pobytové a ambulantní zařízení poskytují svým klientům postižených AD řadu nefarmakologických postupů, které jsou spíše zaměřeny na trénování sebeobsluhy a paměti. Zavádění nových pomůcek jako jsou různé typy chodítek, invalidní vozíky, polohovací lůžka, elektrické zvedací zařízení, plošinky, pro přesun imobilních osob, koupací vany, polohovací matrace, signalizační a monitorovací zařízení, automatické dávkovače léků, inkontinentní pomůcky, hygienické přípravky, různé typy antidekubitních matrací a další – toto všechno významným způsobem pozitivně ovlivňuje nejen kvalitu života nemocných, ale také pečujícím osobám usnadňuje náročnou práci v péči o své blízké. V oblasti farmaceutické rovněž přispívají výzkumy na vývoj nových preparátů, léků a ostatního zdravotnického materiálu, které přispívá ke zlepšení péče o nemocné s AD.

8 ANALÝZA VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ

8.1 Dotazníkové šetření

Samotné dotazníkové šetření probíhalo od 1. 2. do 3. 3. 2020. Dotazníky byly rozdány do dvou psychiatrických ambulancí v Kroměříži, dále na oddělení geronto-psychiatrie Psychiatrické nemocnice v Kroměříži a do domova se zvláštním režimem „Strom života“, který je určen klientům trpící AD. Dotazník byl určen nejen pro rodinné příslušníky starající se o příbuzné s AD, ale i pro pečovatele, kteří se s těmito nemocnými setkávají.

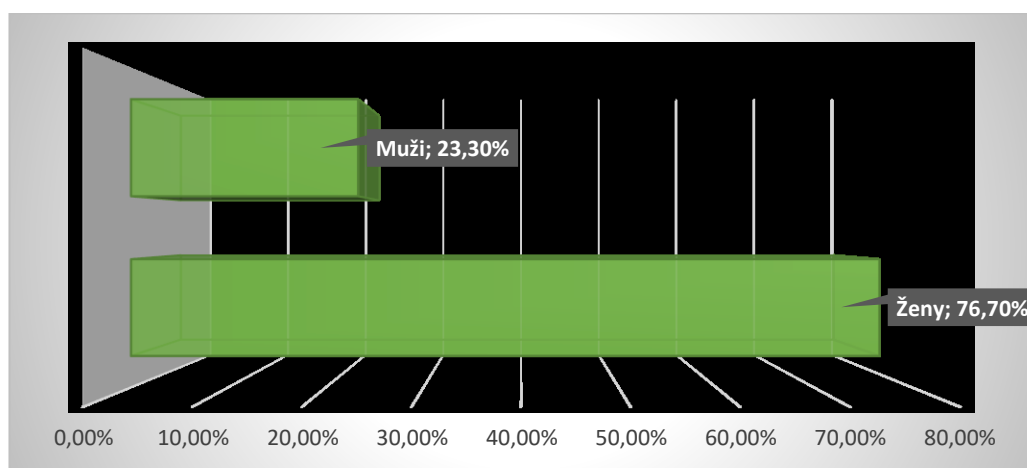
Položka č. 1 – Pohlaví respondentů

Tabulka 2 - Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženy	33	76,7 %
Muži	10	23,3 %
Celkem	43	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 3 - Pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní zpracování

Z celkového počtu 43 dotazovaných respondentů byly zastoupeny ženy v počtu 33 (76,7 %) a muži v počtu 10 (23,3 %).

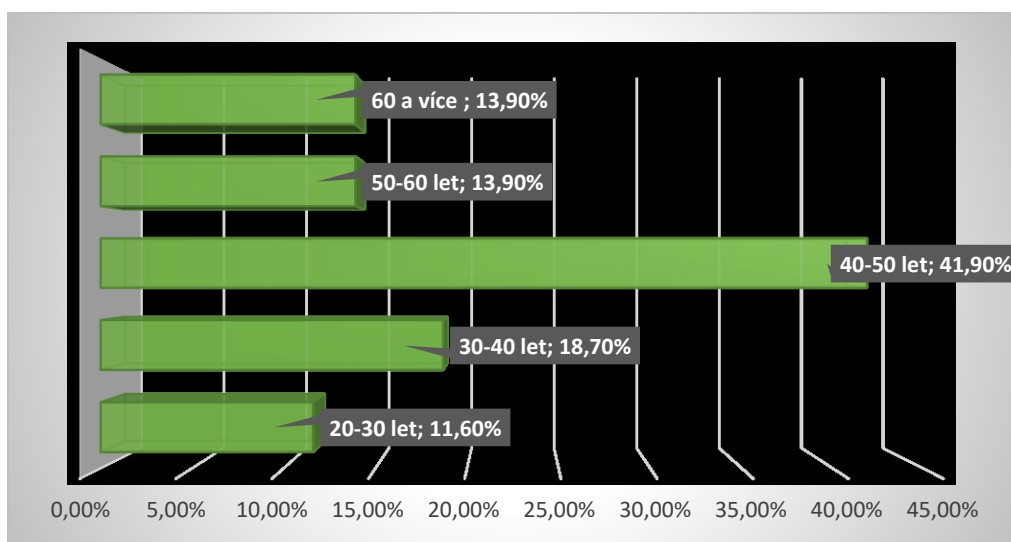
Položka č. 2 – Věk respondentů

Tabulka 3 – Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
20-30 let	5	11,6 %
30-40 let	8	18,7 %
40-50 let	18	41,9 %
50-60 let	6	13,9 %
60 a více	6	13,9 %
Celkem	43	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 4 – Věk respondentů



Zdroj: vlastní zpracování

Nejvíce zastoupenou skupinou mezi dotazovanými byla věková skupina 40-50 let (41,9 %), druhou nejpočetnější skupinkou bylo věkové rozpětí mezi 30-40 lety (18,7 %). Rodinní příslušníci a pečovatelé, kteří jsou ve věku 50-60 (13,9) let bylo početně stejně jako dotazovaných ve věku více jak 60 let (13,9 %). Nejmenší skupinu tvořili respondenti ve věku 20-30 let (11,6 %).

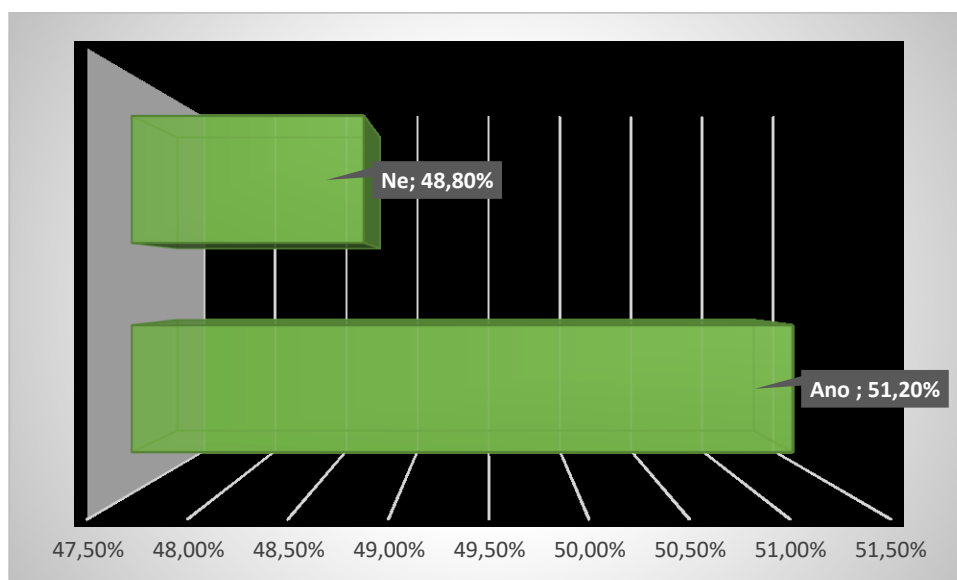
Položka č. 3 – Máte příbuzného, kterému byla diagnostikována Alzheimerova demence?

Tabulka 4 - Diagnostika AD

Diagnostika AD	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	22	51,2 %
Ne	21	48,8 %
Celkem	43	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 5 - Diagnostika AD



Zdroj: vlastní zpracování

Dotazovaných respondentů, kteří mají příbuzného s AD, nebo jsou pečovatelé, bylo 22 (51,2 %). Respondenti, kteří nemají takto nemocného příbuzného, bylo 21 (48,8 %).

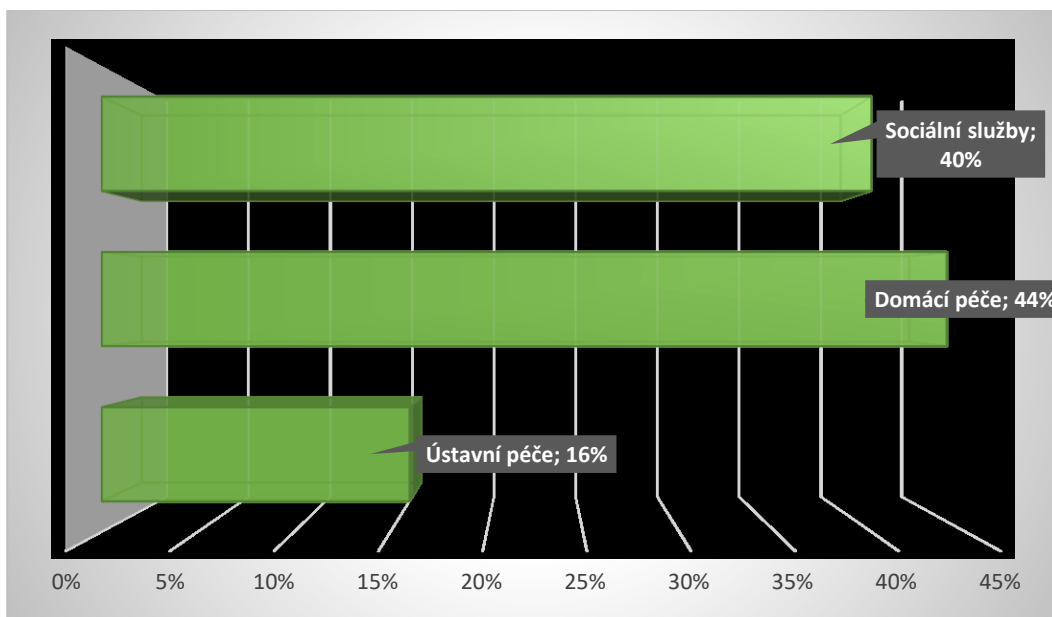
Položka č. 4 – Jakou formu poskytování péče preferujete?

Tabulka 5 - Forma poskytování péče

Forma poskytování péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ústavní péče	4	16 %
Domácí péče	11	44 %
Sociální služby	10	40 %
Celkem	25	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 6 - Forma poskytování péče



Zdroj: vlastní zpracování

Položka zjišťovala, jakým způsobem se rodinní příslušníci a pečovatelé starají o své příbuzné a byli vyzváni k vyplnění této položky pouze v případě, že na předchozí dotaz odpověděli kladně. I přes toto upozornění tuto položku vyplnili 3 respondenti, kteří v předchozí položce odpověděli, že příbuzného s AD nemají. V domácí péči má 11 respondentů (44 %), sociální služby využívá 10 (40 %) a ústavní péči preferují 4 (16 %) respondenti.

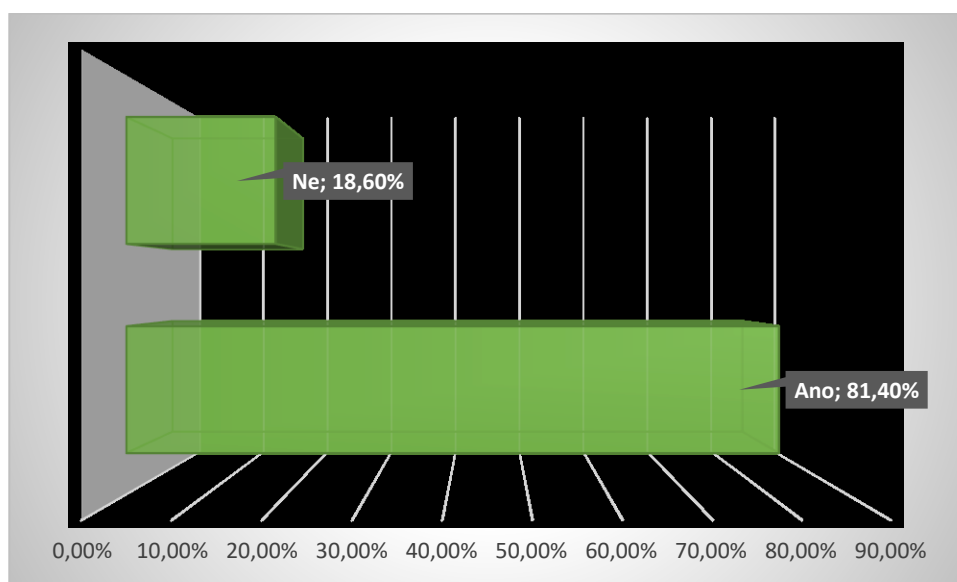
Položka č. 5 - V případě, že by byla možnost denního stacionáře v blízkosti Vašeho bydliště, využili by jste této služby?

Tabulka 6 - Využití služeb

Využití služby	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	35	81,4 %
Ne	8	18,6 %
Celkem	43	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 7 - Využití služeb



Zdroj: vlastní zpracování

Využití denního stacionáře by využilo 35 (81,4 %) dotazovaných respondentů, zatím co 8 (18,6 %) dotázaných respondentů by tuto službu nevyužila.

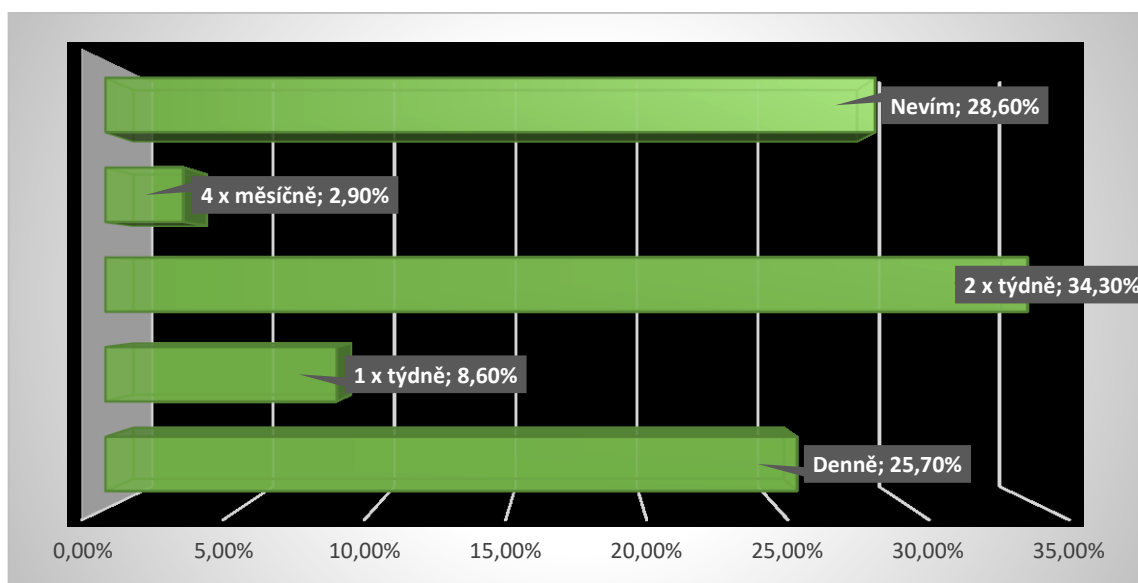
Položka č. 6 – Jak často byste jej využívali?

Tabulka 7 - Časové využití služeb

Časové využití služeb	Absolutní četnost	Relativní četnost
Denně	9	25,7 %
1 x týdně	3	8,6 %
2 x týdně	12	34,3 %
4 x měsíčně	1	2,9 %
Nevím	10	28,6 %
Celkem	35	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 8 - Časové využití služeb



Zdroj: vlastní zpracování

V položce číslo 7 jsem se zajímala, jak dlouhou dobu by denní stacionář využívali. Největší skupina respondentů v počtu 12 (34,3 %) odpověděla, že by tyto služby využila 2 x týdně. Druhá nejpočetnější skupina 10 (28,6 %) odpověděla, že neví. Denně by využilo 9 (25,7 %) dotazovaných respondentů. Služby ve stacionáři by 1 x týdně by využili 3 (8,6 %) respondenti a 1 x měsíčně by využil 1 (2,9 %) respondent.

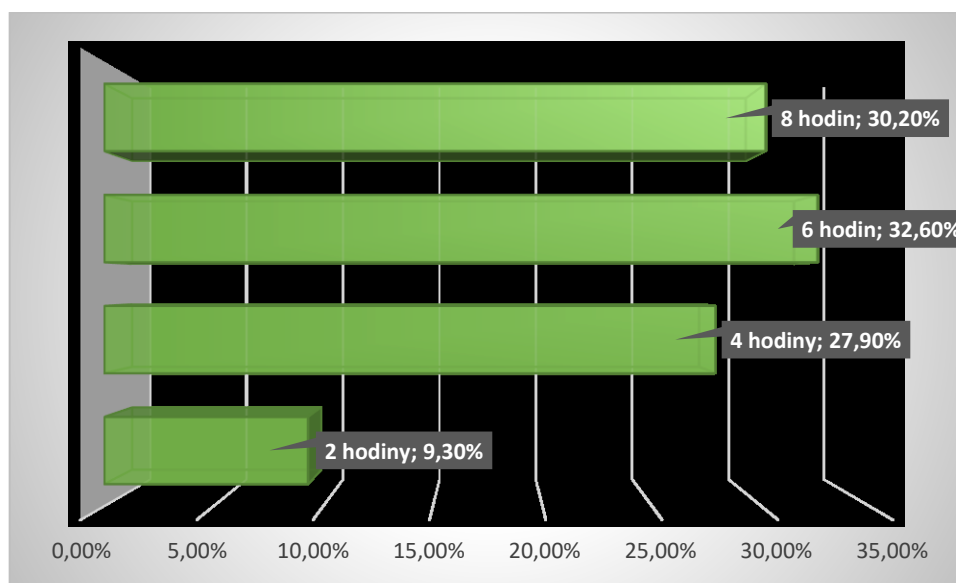
Položka č. 7 – Jakou dobu byste tento stacionář využívali?

Tabulka 8 - Doba využití stacionáře

Doba využití stacionáře	Absolutní četnost	Relativní četnost
2 hodiny	4	9,3 %
4 hodiny	12	27,9 %
6 hodin	14	32,6 %
8 hodin	13	27,9 %
Celkem:	43	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 9 - Doba využití stacionáře



Zdroj: vlastní zpracování

Tato položka č. 7 byla zaměřena, jak dlouhou dobu by využívali denní stacionář. Nejpočetnější skupina respondentů v počtu 14 (32,6 %) by využívala denní stacionář 6 hodin, skupinu 13 (30,2 %) respondentů, by preferovala 8 hodin. Další skupinu 12 (27,9 %) respondentů by využila 4 hodiny a nejméně respondentů v počtu 4 (9,3 %) by využilo 2 hodiny.

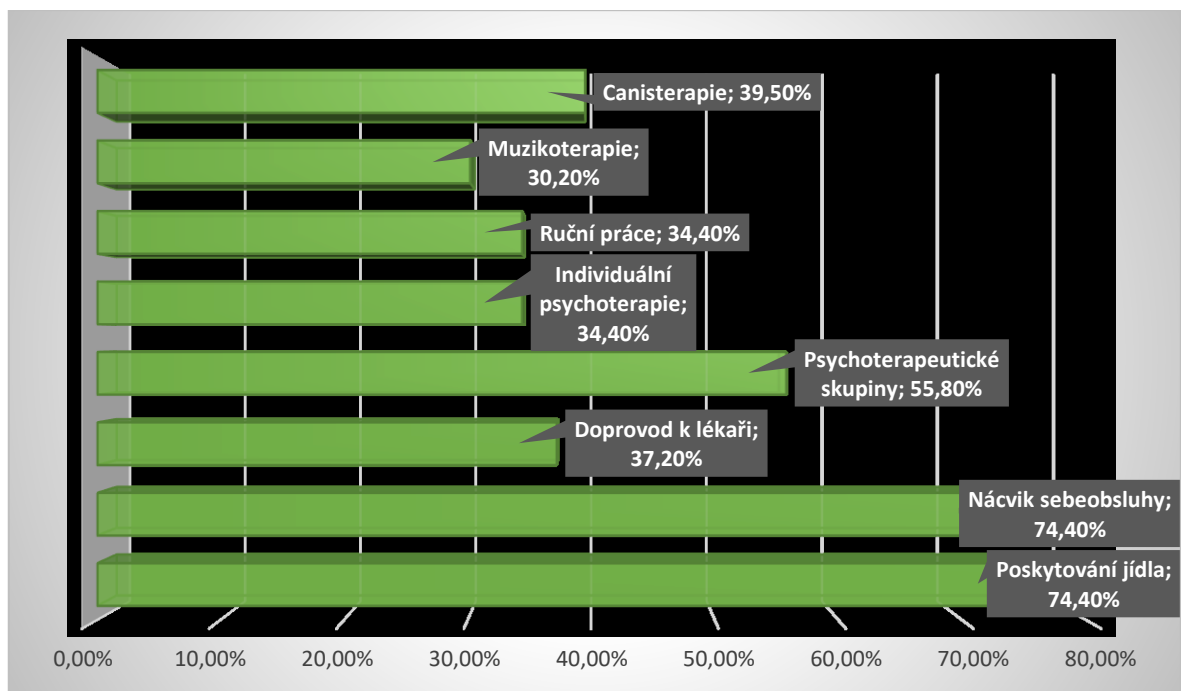
Položka č. 8 – Jaké služby byste preferovali?

Tabulka 9 - Preference služeb

Služby	Četnosti	
Poskytování jídla	32	74,4 %
Trénování sebeobsluhy	32	74,4 %
Doprovod k lékaři	16	37,2 %
Psycho-terapeutické skupiny	24	55,8 %
Individuální pohovory	15	34,4 %
Ruční práce	15	34,4 %
Muzikoterapie	13	30,2 %
Canisterapie	17	39,5 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 10 - Preference služeb



Zdroj: vlastní zpracování

V položce 8 byli respondenti vybídnuti, aby označili jednu nebo několik odpovědí. V této položce jsem se zajímala, o které služby by měli dotazovaní respondenti největší zájem. Největší zájem byl o poskytování jídla 32 (74,4 %) respondentů a zároveň trénování samo-obsluhy 32 (74,4 %). Psycho-terapeutické skupiny by preferovalo 24 (55,8 %) respondentů. Canisterapii by preferovalo 17 (39,5 %) dotazovaných respondentů. Jako doprovod k lékaři označilo 16 (37,2 %) respondentů. Individuální pohovory a ruční práce by preferovalo stejný počet respondentů 15 (34,9 %). Nejmenší preference získala muzikoterapie, kterou označilo 13 (30,2) respondentů.

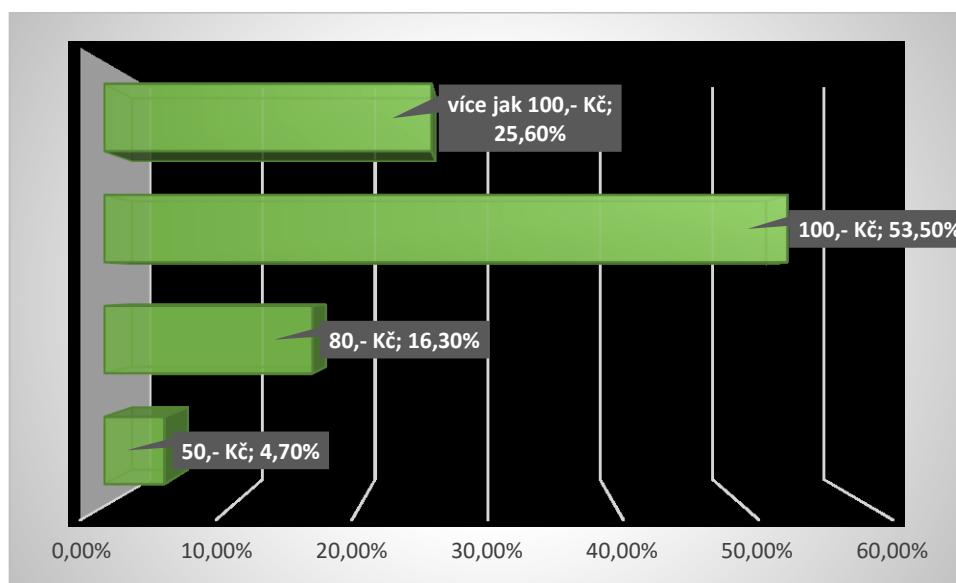
Položka č. 9 – Jakou částku byste byli ochotni zaplatit za hodinu v takovém stacionáři?

Tabulka 10 - Částka

Částka	Absolutní četnost	Relativní četnost
50,- Kč	2	4,7 %
80,- Kč	7	16,3 %
100,- Kč	23	53,5 %
100,- Kč a více	11	25,6 %
Celkem	43	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 11 - Částka



Zdroj: vlastní zpracování

V položce č. 9 jsem zjišťovala, jakou částku by byli respondenti ochotni zaplatit za hodinu péče ve stacionáři. Největší skupina respondentů 23 (53,5 %) by zaplatili částku 100,- Kč za hodinu péče v denním stacionáři. Částku více jak 100,- Kč by zaplatilo 11 (25,6 %) respondentů. Částku 80,- Kč by zaplatilo 7 (16,3 %) dotazovaných respondentů a 50,- Kč tvořilo nejmenší skupinu v počtu 2 (4,7 %) respondentů.

8.2 Statistická analýza

H 1 – Předpokládám, že víc jak polovina respondentů by využívala denní stacionář více jak 2 x do týdne

H_0 : Četnosti respondentů, kteří by využívali denní stacionář denně, 1 x týdně, 2 x týdně, 4 x měsíčně a ti, kteří zatím neví jsou stejné.

H_A : Četnosti respondentů, kteří by využívali denní stacionář denně, 1 x týdně, 2 x týdně, 4 x měsíčně a ti, kteří zatím neví jsou rozdílné.

Tabulka 11 - Statistická analýza H1

Využití denního stacionáře	P	O	(P - O)	(P - O) ²	$\frac{(P - O)^2}{O}$
Denně	9	7	2	4	0,571
1 x týdně	3	7	-4	16	2,286
2 x týdně	12	7	5	25	3,571
4 x měsíčně	1	7	-6	36	5,143
Nevím	10	7	3	9	1,286

Zdroj: vlastní zpracování

Σ 35 Σ 35

Σ 12,857

Ve statistických tabulkách jsem zjistila, že kritická hodnota chí-kvadrát pro hladinu významnosti 0,05 a 4 stupeň volnosti je $\chi^2_{0,05} = 9,488$. Zjistila jsem, že hodnota testového kritéria $\chi^2 = 12,857$, je větší než kritická hodnota, a proto odmítám nulovou hypotézu. Lze tedy dokázat, že mezi volenými odpověďmi je rozdíl a žádnou roli zde nehraje náhoda.

H 2 – Předpokládám, že více jak polovina respondentů by upřednostňovala nácvik sebeobsluhy.

H₀₂: Četnosti respondentů, kteří by preferovali poskytování jídla, nácvik sebeobsluhy, doprovod k lékaři, psychologicko-terapeutické skupinky, individuální pohovory, ruční práce, muzikoterapie, canisterapie jsou stejné.

H_{A2}: Četnosti respondentů, kteří by preferovali poskytování jídla, nácvik sebeobsluhy, doprovod k lékaři, psychologicko-terapeutické skupinky, individuální pohovory, ruční práce, muzikoterapie, canisterapie jsou rozdílné.

Tabulka 12 - Statistická analýza H2

Preference služeb	P	O	(P - O)	(P - O) ²	$\frac{(P - O)^2}{O}$
Poskytování jídla	32	20,5	11,5	132,25	6,451
Trénování samoobsluhy	32	20,5	11,5	132,25	6,451
Doprovod k lékaři	16	20,5	-4,5	20,25	0,988
Psychoterapeutické skupinky	24	20,5	3,5	12,25	0,598
Individuální psychoterapie	15	20,5	-5,5	30,25	1,476
Ruční práce	15	20,5	-5,5	30,25	1,476
Muzikoterapie	13	20,5	-7,5	56,25	2,743
Canisterapie	17	20,5	-3,5	12,25	0,598

Zdroj: vlastní zpracování

$\Sigma 164$ $\Sigma 164$

$\Sigma 20,781$

Ve statistických tabulkách jsem zjistila, že kritická hodnota chí-kvadrát pro hladinu významnosti 0,05 a 7 stupeň volnosti je $\chi^2_{0,05} = 14,067$. Zjistila jsem, že hodnota testového kritéria $\chi^2 = 20,781$, je větší než kritická hodnota, a proto odmítám nulovou hypotézu. Lze tedy dokázat, že mezi volenými odpověďmi je rozdíl a žádnou roli zde nehraje náhoda.

H 3 Předpokládám, že více jak polovina respondentů bude akceptovat 100,-Kč za hodinu pobytu v denním stacionáři.

H_0 : četnosti respondentů, kteří by zaplatili částku 50,- Kč, 80,- Kč, 100,- Kč a více jak 100,- Kč jsou stejné

H_A : četnosti respondentů, kteří by zaplatili částku 50,- Kč, 80,- Kč, 100,- Kč a více jak 100,- Kč jsou rozdílné

Tabulka 13 - Statistická analýza H3

Částka	P	O	(P - O)	(P - O) ²	$\frac{(P - O)^2}{O}$
50,- Kč	2	10,75	-8,75	76,5625	7,122
80,- Kč	7	10,75	-3,75	14,0625	1,309
100,- Kč	23	10,75	12,25	150,063	13,96
Více jak 100,- Kč	11	10,75	0,25	0,0625	0,006

Zdroj: vlastní zpracování $\Sigma 43$ $\Sigma 43$ $\Sigma 22,397$

Ve statistických tabulkách jsem zjistila, že kritická hodnota chí-kvadrát pro hladinu významnosti 0,05 a 3 stupeň volnosti je $\chi^2_{0,05} = 7,814$. Zjistila jsem, že hodnota testového kritéria $\chi^2 = 22,397$, je větší než kritická hodnota, a proto odmítám nulovou hypotézu. Lze tedy dokázat, že mezi volenými odpověďmi je rozdíl a žádnou roli zde nehraje náhoda.

9 SHRNUÍ A ODBORNÁ DISKUZE K ANALYTICKÉ ČÁSTI

Analytická část diplomové práce se nejprve zabývala současným stavu poskytování sociálních služeb klientům s Alzheimerovou demencí v ČR a ve městě Kroměříž. Z kapitoly České republiky byla nejvíce popsána Česká alzheimerovská společnost a certifikační systém Vážka, který má zajistit kvalitu poskytovaných sociálních a zdravotních služeb pro osoby trpící AD. ČASL má v dnešní době pouze pět kontaktních míst v celé ČR, ale zatím nemá zastoupení ve všech krajích. Pobytová sociální zařízení v Kroměříži, které by poskytovalo služby klientům s AD nebo jiným typem demencí byly rozděleny na domovy se zvláštním režimem a pobytovou odlehčovací službu. Domovy se zvláštním režimem, které jako jediné přijímají klienty s AD nebo jiným typem demence, v Kroměříži disponují pouze 99 lůžky, a to Domov se zvláštním režimem U Moravy 24 lůžek, DRZ Strom života 54 lůžek a DZR Vážany 21 lůžek. Všechny tyto DZR spadají pod Sociální služby města Kroměříž. Odlehčovací služba, která také spadá pod Sociální služby města Kroměříž, nabízí 12 lůžek. Charita Kroměříž, pod kterou spadá Dům pokojného stáří v Cetechovicích, disponuje 38 lůžky pro klienty s AD nebo jiným typem demence. V Kroměříži ani v okolí neexistuje žádný denní nebo týdenní stacionář. Analýzou poskytovatele sociálních služeb města Kroměříže vyplynulo, že žádostí o umístění do pobytových zařízení několikanásobně převyšuje kapacitní možnost. Z výsledků PEST analýzy vyplynuly následující skutečnosti: podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů je nutná, pro poskytování sociálních služeb, registrace u krajského úřadu, a to podle sídla organizace nebo místa trvalého bydliště osoby jako poskytovatele. Vzhledem k demografickému vývoji společnosti, stárnutí populace a neustále rostoucímu počtu osob s AD a jiným typem demence je vysoce pravděpodobné, že poptávka po ambulantních nebo pobytových službách se bude neustále zvyšovat. Dotazník byl vyhotoven pro ty, kteří pečují o osoby s AD. Analýzou dotazníkového šetření bylo zjištěno, že zájem o denní stacionář by mělo zájem 81,4 % dotazovaných respondentů z toho 76,7 % žen a 23,3 % mužů. Největší věkové zastoupení bylo v rozmezí mezi 40-50 lety a to 41,9 % dotazovaných respondentů. Osob trpících AD má 51,2 % dotazovaných. Domácí péči poskytuje 44 % dotazovaných respondentů. Největší preferencí služeb bylo kromě poskytování jídla 74,4 %, tak trénování sebeobsluhy. Částku 100,- Kč by zaplatilo 53,5 % dotazovaných a částku více jak 100,- Kč by zaplatilo 25,6 % respondentů. Statistická analýza měla potvrdit nebo vyvrátit nulovou hypotézu. U všech tří hypotéz byla potvrzena alternativní hypotéza, a to pomocí testu dobré shody chí kvadrát.

10 PROJEKT ZALOŽENÍ DENNÍHO STACIONÁŘE PRO KLIENTY S ALHZEIMEROVOU DEMENCÍ VE MĚSTĚ KROMĚŘÍŽ

Projektová část je věnována rozpracování projektu na založení Denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou demencí Cesty domů v Kroměříži. V analytické části bylo ověřeno, že ambulantní služby pro klienty trpící demencí v Kroměříži chybí a s přihlédnutím na stárnutí populace je proto třeba rozvíjet především ambulantní služby, které budou zaměřeny pro osoby s diagnostikovanou demencí. Denní stacionář je právě nejvhodnějším typem zařízení pro osoby s demencí, o které rodina pečuje v domácím prostředí. V této části práce je popsána registrace sociální služby, dále jsou vytyčeny podmínky, které musí poskytovatel splnit při registraci u příslušného krajského úřadu a jsou stanoveny cíle, činnosti a cílová skupina osob, pro které je denní stacionář určen. Následně je projekt podroben nákladové a časové analýze. V závěru projektu je charakterizována propagace, která je součástí úspěšné realizace. Závěr obsahuje zhodnocení celé projektové části.

10.1 Založení a registrace občanského sdružení

Jako poskytovatel sociální služby byla zvolena nestátní nezisková organizace – občanské sdružení. V ČR je od 1. ledna 2014 spolek zvláštní forma právnické osoby, určená pro dobrovolné sdružení osob vedeným společným zájmem. Tento typ neziskové organizace může získávat granty na podporu své činnosti. Spolek může podnikat pod vlastním jménem, ale nesmí to být jeho hlavní činností a případný zisk musí být použit na podporu dosažení vlastních cílů. Název musí obsahovat slovo „*spolek*“ nebo „*zapsaný spolek*“ případně zkratku „*z.s*“. Je zapsán do spolkového rejstříku, který je veden příslušným rejstříkovým soudem. Právně je upraven v § 214–302 občanského zákoníku. Právní formu charakterizuje zákon 83/1990 Sb., o sdružování občanů v platném znění. Návrh na registraci občanského sdružení podávají nejméně tři osoby, z nichž jedna osoba musí dovršit 18 - ti let věku. Návrh na registraci musí obsahovat tyto údaje: název a sídlo sdružení, zásady hospodaření, práva a povinnosti členů sdružení, cíl činnosti, označení členů přípravného výboru, orgány sdružení a způsoby jejich ustanovování, určení orgánů a funkcionářů jednat jejich jménem (Zákon 83/1990 Sb.).

Podle ustanovení § 79 a § 80 zákona o sociálních službách je k žádosti o registraci sociálních služeb nutno doložit:

- Vyplněný formulář
- Rozhodnutí o schválení provozního řádu zařízení sociálních služeb vydané orgánem ochrany veřejného zdraví
- Doklad o vlastnickém právu nebo jiném právu k objektu, kde budou sociální služby provozovány
- Doklad, že žadatel nemá daňové nedoplatky, nedoplatky u zdravotní pojišťovny a nedoplatek na sociálním zabezpečení
- Čestné prohlášení, že na majetek žadatele nebyl vyhlášeno konkurzní nebo vyrovnávací řízení
- Doklad o bezúhonnosti osob, které budou přímo poskytovat sociální službu
- Doklad prokazující odbornou způsobilost a osvědčení o absolvování akreditovaných kvalifikačních kurzů
- Popis realizace poskytování sociálních služeb
- Finanční rozvahu k zajištění provozu sociálních služeb
- Popis personálního zajištění poskytovaných sociálních služeb
- Doklad o využití účelu stavby dle § 126 zákona č. 183/2006 Sb. (Zlínský kraj, 2020)

10.1.1 Registrace Denního stacionáře Cesty domů v Kroměříži

Denní stacionář Cesty domů v Kroměříži bude registrován u Krajského úřadu ve Zlíně jakožto příslušného krajského úřadu.

- Název a sídlo – Denní stacionář Cesty domů, zapsaný spolek, se sídlem v Kroměříži
- Vymezení a účel předmětu podnikání
- Výši vkladu
- Počet členů správní rady, které v případě, že dozorčí rada není zřízena, jmenuje a odvolává zakladatel ústavu
- Podrobnosti o vnitřní organizaci ústavu

Denní stacionář Cesty domů, z.s., se sídlem v Kroměříži zakládají tito společníci:

1. Ing. Miroslav D., narozený xxxxx, bytem Kvasice, Krajina xxxx
2. Mgr. Zdeněk B., narozený xxxx, bytem Kvasice, Husova xxxx
3. MUDr. Karel H., narozený xxxx, bytem Kroměříž, Vrobelova xxxx

Účelem Denního stacionáře Cesty domů je poskytování komplexních ambulantních služeb pro klienty s diagnostikovanou AD nebo jiným typem demencí, pomáhat jim v nepříznivé životní situaci, a umožnit setrvání v jejich přirozeném prostředí. Rovněž bude poskytovat poradenské služby pečujícím osobám a rodinným příslušníkům.

Zakladatel Ing. Miroslav D. vložil při založení Denního stacionáře Cesty domů z. s. nemovitost včetně pozemku na adrese Kroměříž, Havlíčkova xxxx, v hodnotě 3,3 milionu korun, dále pak vybavení nemovitosti v hodnotě 320 000,- Kč. Zakladatel Mgr. Zdeněk B. vložil při založení ústavu peněžitý vklad ve výši 500 000,-Kč. Tento peněžitý vklad se stává majetkem zapsaného spolku ke dni vzniku.

Statutárním orgánem je správní rada, která spravuje majetek ústavu, rozhoduje a řídí jeho činnost. Správní rada má tři členy a volí a odvolává ředitele, dohlíží na jeho činnost, schvaluje rozpočet a účetní uzávěrku, rozdělení hospodářského výsledku a odměňování členů správní rady. Funkční období všech členů správní rady je šestileté. Správní rada může být jmenována opakovaně.

Správní radu tvoří tyto členové:

1. Mgr. Zdeněk B., narozený xxxx, bytem Kvasice, Husova xxxx
2. Ing. Martin K., narozený xxxx, bytem Zlobice xxxx
3. Dr. Ing. Filip Š. narozený xxxx, bytem Kroměříž, SNP xxx

Statutárním zástupcem a ředitelem byl správní radou zvolen Ing. Miroslav D., narozený xxxx, bytem Kvasice, Krajina xxxx. Ředitel je zvolen na období pěti let a jedná jménem spolku, řídí jeho činnost a rozhoduje samostatně jménem spolku ve všech záležitostech. Ředitel je odpovědný za řádné fungování spolku, řádné vedení účetnictví, plnění všech povinností a pravidelně informuje správní radu o všech záležitostech.

10.1.2 Lokalita poskytování služeb

Lokalita poskytování sociálních služeb pro osoby trpící demencí bylo stanoveno město Kroměříž, ulice Havlíčkova, neboť jak už bylo napsáno, v tomto městě neexistuje žádné zařízení tohoto typu. Místo pro poskytování sociálních služeb splňuje tyto požadavky:

- Klidná část města s přílehlou zahradou
- Velmi dobrá dostupnost z hlediska dopravy
- Odpovídající velikost objektu a bezbariérovost
- Hygienické požadavky

Při vstupu do budovy tvoří menší místnost – šatna, kde budou umístěny skříňky klientů, aby si zde mohli odložit svrchní oděvy a boty. Následuje denní místnost, která bude vybavena polohovacími geriatrickými křesly. Vzhledem k údržbě a následné desinfekci bude zvolen potah těchto křesel z ekologické kůže. V denní místnosti bude CD přehrávač pro muzikoterapii, televize a ve vestavěných skříních budou uloženy pomůcky k rehabilitaci, aktivizaci a k různým typům terapie. Součástí denní místnosti je pohodlná sedací souprava, kterou věnoval jeden ze zakladatelů. Následuje další velmi prostorná místnost, která bude sloužit jako jídelna pro klienty. Tato bude vybavena jídelními stoly a židlemi. Zázemí tvoří vybavená kuchyňka s mikrovlnou troubou, lednicí, sporákem a jídelním servisem a termo obaly. Tato bude sloužit pro přípravu snídaní, svačinek a vydávání oběda. Součástí budovy je prostorná koupelna se sprchovým koutem a WC, kde je prostor i pro imobilní klienty – vozíčkáře. Budova je průchozí a před vstupem do zahrady je kancelář ředitele, sociální pracovnice a místnost a šatna personálu. Tyto budou opatřeny běžným kancelářským nábytkem. Na krásné rozlehlé zahradě stojí pergola s venkovním grilem. Zahrada je vysázená jehličnatými stromy. Součástí zahrady jsou voliéry, kde jsou umístěny drobná domácí zvířata, která budou sloužit k zooterapii.

10.1.3 Poslání Denního stacionáře Cesty domů

Posláním denního stacionáře je nabídnout ambulantní služby lidem s AD a jiným typem demencí, kteří potřebují dohled a péči jiné osoby, umožnit jim trávení volného času v příjemném a bezpečném prostředí. Usilujeme o maximální zachování kvality života lidem, kteří si přejí zůstat co možná nejdéle v přirozených domácích podmínkách. Pomoc a podpora pramení z individuálně určených potřeb klientů a je poskytována s ohledem na možnosti a jejich zájmy.

10.1.4 Cíle a cílová skupina

Cíle denního stacionáře:

- Pomoc rodinám klientů v péči o jejich blízké
- Snaha o udržení sebeobslužných a hygienických návyků
- Zajištění smysluplného trávení volného času, prostřednictvím nabídky různých činností
- Udržení stávající schopnosti klientů zvládat základní životní potřeby co nejdéle

Zásady sociální služby:

- Profesionalita
- Individuální přístup
- Respekt ke klientovi, jeho potřebám a právům
- Podpora k soběstačnosti

Cílová skupina

Cílovou skupinu osob tvoří klienti s diagnostikovanou AD nebo jiným typem demence.

Službu nelze poskytovat:

- Klientům, kteří jsou závislí na alkoholu a jiných omamných látkách
- Klientům, kteří svým chováním narušují pobyt ostatních klientů
- Klientům, u kterých bylo diagnostikováno infekční onemocnění
- Klientům, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nezbytně potřebují neodkladnou nemocniční péči.

10.2 Služby poskytované v denním stacionáři**10.2.1 Provozní doba, režim dne**

Denní stacionář bude nabízet služby každý všední den v době od 7.00 do 16.30 hodin. Kapacita stacionáře bude 10 klientů/den. Pokud by byl o denní stacionář zájem, bude možno kapacitu zařízení rozšířit.

Režim dne denního stacionáře:

7.00 – 8.30 hodin příchod klientů do stacionáře

8.00 – 8.30 hodin podávání snídaně, léků, aplikace inzulínu

9.00 – 11.00 hodin dopolední aktivity dle zájmu klientů

11.00 – 11.30 hodin příprava na oběd

11.30 – 12.30 hodin podávání oběda, léků, aplikace inzulínu

12.30 – 14.00 hodin odpolední odpočinek

14.00 – 16.30 hodin odpolední aktivity dle zájmu klientů

15.00 – 15.30 hodin podávání odpolední svačinky

15.30 – 16.00 hodin odchod klientů do domácího prostředí

10.2.2 Poskytované služby

Zákon o sociálních službách specifikuje rozsah základních činností a zahrnuje poskytované činnosti:

- Pomoc při zvládnání běžných denních aktivit o vlastní osobu (oblékání, přesuny, pomoc v orientaci a samostatném pohybu v prostorách stacionáře)
- Zajištění a poskytnutí stravy dle potřeb klientů (dietní strava), pomoc při podávání stravy
- Aktivizační programy (canisterapie, muzikoterapie, aromaterapie, reminiscenční terapie aj.)
- Výchovné činnosti (návik sebeobsluhy, návik jemné motoriky, trénování paměti)
- Pomoc při osobní hygieně, poskytnutí osobní hygieny
- Zprostředkování a upevňování kontaktu se společenským prostředím
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí dle individuálních potřeb klientů

Doprava

Klientům, jejichž pečující nebo rodinní příslušníci, kteří nemají možnost vlastní dopravy, bude poskytnuta služba přepravy dle platného ceníku denního stacionáře.

10.2.3 Personální zajištění denního stacionáře

Hlavní cíl denního stacionáře je poskytovat kvalitní služby a z tohoto hlediska je velmi důležité kvalitní obsazení personálu a vhodný výběr pracovníků, kteří budou poskytovat přímé služby a pracovat s klienty. Důležitou součástí kvality poskytování služeb na jednotlivé pracovní pozice jsou osobní předpoklady, znalosti a zkušenosti práce s touto cílovou skupinou. Zachování mlčenlivosti ohledně důvěrných dat klientů bude povinností každého zaměstnance denního stacionáře. Každý pracovník je povinen řídit se etickým kodexem a zachovávat loajalitu k zařízení. Denní stacionář v Kroměříži bude umožňovat praktické vyučování studentů Střední zdravotnické školy v Kroměříži a Střední pedagogické školy v Kroměříži. Také bude velmi vítaná pomoc dobrovolníků.

Tabulka 14 - Personální zajištění a požadované vzdělání

Pracovní pozice	Počet	Požadované vzdělání
Ředitel společnosti	1	VŠ – ekonomika, management
Sociální pracovník	1	VŠ – sociální práce
Sociálně aktivizační pracovník	1	VŠ speciální pedagogika
Pracovník v sociálních službách, pečovatel	2	SŠ s maturitou, akreditovaný kurz v oblasti sociální péče
Uklízečka	1	Výuční list, zdravotní průkaz

Zdroj: vlastní zpracování

Jednatel společnosti

Náplní práce bude strategické a finanční řízení organizace, zastupování, marketing, běžná administrativa, controlling a personalistika.

Sociální pracovník

Náplní práce bude jednání s klienty a jejich rodinnými příslušníky, uzavírání smluv, sociální poradenství, zabezpečení služeb, kontrola kvality služeb, běžná administrativa a tvorba individuálního plánu.

Sociálně aktivizační pracovník

Tvorba a poskytování aktivizačně terapeutických činností, individuálních plánů, koordinace a zabezpečení kvality poskytovaných služeb.

Pracovník v sociálních službách, pečovatel

Přímá obsluha klientů, osobní hygiena, oblékání, pomoc při podávání stravy, doprovod dle individuálních potřeb klientů.

Uklízečka

Odpovědnost za úklid a desinfekci celého zařízení, pomůcek, příprava a pomoc při vydávání stravy klientům.

10.3 Smlouva o poskytování služeb a úhrada za pobyt

10.3.1 Smlouva o poskytování služeb v denním stacionáři

Dle zákona o sociálních službách musí být mezi klientem a poskytovatelem sepsána smlouva o poskytovaných službách, kde budou stanoveny tyto náležitosti:

- Označení smluvních stran
- Druh poskytované služby, pro kterou je smlouva uzavírána
- Rozsah nabízených činností a úkonů v rámci poskytované služby
- Čas a místo poskytování služby
- Výše a způsob úhrady za zprostředkované služby
- Ujednání o dodržování pravidel stanovených jejich poskytovatelem
- Výpovědní lhůty a důvody výpovědi
- Doba platnosti, pro kterou je smlouva uzavřena (MPSV ČR, 2006)

10.3.2 Úhrada za pobyt v denním stacionáři

Podle prováděcí vyhlášky MPSV číslo 505/2006 Sb., která určuje maximální výši úhrady za jednotlivé úkony poskytované péče na 130,- Kč za hodinu a maximální výši 170,- Kč za celodenní stravu.

Stravování

Obědy pro klienty denního stacionáře bude zajišťovat restaurace Atrium Zdounky s.r.o dle předem stanovené objednávky s možností výběru ze čtyř druhů menu dle aktuálního jídelního lístku. Strava bude pro jednotlivé klienty dovážena v nerezových jídlonosičích s termo obalem. Ceny jsou uvedeny na základě nabídky dodavatele (restaurace Atrium Zdounky, 2017). Konkurence rozvozu jídla, a to pouze obědů je v okolí podstatně dražší.

Tato restaurace jako jediná v dostupném okolí zajišťuje nejen teplou, ale také studenou kuchyni. Hlavní důvody pro zvolení tohoto dodavatele stravy byly následující:

- Vaří od pondělí do pátku
- Výběr ze čtyř druhů jídel
- Doprava zdarma
- Dle dohody zajišťují snídani a svačiny

Denní stacionář bude zajišťovat tři jídla denně podle předem zveřejněného jídelníčku:

- Snídani
- Oběd
- Odpolední svačinka

Klient si bude moci vybrat ze čtyř typů diet:

- D 3 – běžná strava
- D 2 – šetřící dieta
- D 9 – diabetická dieta
- D 9/S – šetřící diabetická

Tabulka 15 - Cena stravy

Cena stravy	
Snídane	30,- Kč
Oběd	62,- Kč/ 69,- Kč (dle dietního režimu)
Svačina	25,- Kč

Zdroj: restaurace Atrium Zdounky

Tabulka 16 Ceník poskytovaných služeb

<u>CENÍK POSKYTOVANÝCH SLUŽEB V DENNÍM STACIONÁŘI</u>	
Základní činnosti podle § 12 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. § 46 odst. 2, ve znění pozdějších předpisů	
Pomoc při zvládnutí běžných denních aktivit o vlastní osobu <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pomoc při oblékání ▪ Pomoc při přesunu – lůžko, vozík ▪ Pomoc při orientaci ve vnitřním prostoru ▪ Pomoc při podávání jídla 	120,- Kč/hod 2,-Kč/min (podle skutečného času)
Pomoc při osobní hygieně <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pomoc při úkonech osobní hygieny ▪ Pomoc při použití toalety 	120,- Kč/hod 2,- Kč/min (podle skutečného času)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Celková koupel 	100,- Kč/úkon
Poskytnutí stravy <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nákup snídaně, svačinky 	10,- Kč/úkon
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dovoz a oběda 	10,- Kč/úkon
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Příprava a podávání jídla (mixování a krájení) 	15,- Kč/úkon
Aktivizační činnosti <ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuální ▪ Skupinové 	120,- Kč/hod 2,-Kč/min (podle skutečného času)
Pomoc při uplatňování práv, zájmů a obstarávání osobních záležitostí <ul style="list-style-type: none"> ▪ Doprovod na úřady, k lékaři ▪ Vyřizování úředních záležitostí ▪ Komunikace s rodinou 	120,- Kč/hod 2,-Kč/min (podle skutečného času)
Fakultativní služby <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zajištění dopravy - Senior taxi 	30,- Kč/jedna jízda
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedikúra 	120,- Kč
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadeřnice 	150,- Kč/střih

Zdroj: vlastní zpracování

10.4 Nákladová analýza projektu

V následující nákladové analýze jsou rozpracovány náklady spojené se založením Denního stacionáře Cesty domů z. s. v Kroměříži.

10.4.1 Investiční náklady

Náklady spojené se založením stacionáře jsou rozděleny na vstupní a provozní náklady. Vstupní náklady jsou rozděleny na investiční a neinvestiční, provozní náklady jsou rozděleny na fixní a variabilní.

Vstupní náklady – tvoří nemovitost s přilehlým pozemkem v hodnotě 3,3 milionu korun, vybavením v hodnotě 320 000,- Kč a finanční hotovostí ve výši 500 000,- Kč.

- Investiční náklady – tyto budou vynaloženy na vybavení prostor, před zahájením provozu a jsou uvedeny v tabulce 17 – elektronika byla pořízena z webu datart.cz, kancelářský nábytek pořízen ve firmě Ikea a zdravotnické pomůcky jsou pořízeny od firmy Zdravotní potřeby Drdlová.
- Neinvestiční náklady – spojené se založením a registrací stacionáře, marketing, propagace a jsou uvedeny v tabulce 18.

Tabulka 17 - Investiční náklady

Položka	Počet kusů	Cena za kus	Náklady celkem
Polohovací geriatrické křeslo	10	16 855,-	168 550,-
Pojízdné toaletní křeslo	2	2 690,-	5 380,-
Chodítka tříkolové	1	2 219,-	2 219,-
Invalidní vozík	1	4 490,-	4 490,-
Židle do sprchy	2	900,-	1 800,-
Antidekubitní pomůcky	10	665,-	6 650,-
Čistička vzduchu	1	1 190,-	1 190,-
Šatní skříňka	10	990,-	9 900,-
Židle	15	699,-	6 990,-
Jídelní stůl	3	3 490,-	10 470,-
Kancelářská židle	3	1 790,-	5 370,-
Pracovní stůl	2	2 990,-	5 980,-
Televize	1	11 990,-	11 990,-
Notebook	1	12 990,-	12 990,-
CD přehrávač	1	2 300,-	2 300,-
Celkem:			<u>256 269,-</u>

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 18 – Neinvestiční náklady

Typ nákladu	Náklady celkem
Poradenství odborníků (registrace a založení občanského sdružení aj.)	7000,-
Inzerce – výběr zaměstnanců	1000,-
Propagace (letáky, webové stránky)	25 000,-
Celkem:	<u>33 000,-</u>

Zdroj: vlastní zpracování

Celková výše vstupních nákladů činí 289 269,- Kč a budou hrazeny z vlastních zdrojů – vstupního kapitálu, který byly do společnosti vložen zakladateli v celkové výši 500 000,- Kč.

Poradenství odborníků – při registraci sociální služby a založení občanského sdružení bude využito konzultací právníků a ekonomů (sepsání smlouvy, stanov aj.).

Inzerce – inzeráty do různých časopisů, periodik, které se zabývají problematikou sociální péče a služeb.

Propagace Denního stacionáře cesty domů – tvorba webových stránek, pronájem domény, tisk informačních letáků aj.

10.4.2 Provozní náklady

V tabulce 19 jsou přehledně rozepsány mzdy jednotlivých pracovníků, což tvoří fixní část provozních nákladů.

Tabulka 19 - Předpokládané fixní náklady na mzdy

Pozice	Hrubá mzda Kč	Odvod sp Kč	Odvod zp Kč	Náklady celkem Kč	SHM Kč	Daň Kč	Slevy Kč	SP Kč	ZP Kč	Čistá mzda Kč	
Ředitel	41 000	10 168	3 690	54 900	54 900	8 235	2 070	2 665	1 845	30 325	
Sociální pracovník	32 000	7 936	1 440	42 900	42 900	6 435	2 070	2 080	1 440	24 115	
Soc. aktivizační pracovník	25 000	6 200	2 250	33 500	33 500	5 025	2 070	1 625	1 125	19 295	
Pečovatel	21 000	5 208	1 890	28 100	28 100	4 215	2 070	1 365	945	16 545	
Pečovatel	21 000	5 208	1 890	28 100	28 100	4 215	2 070	1 365	1 945	16 545	
Uklízečka	19 000	4 712	1 710	25 500	25 500	3 825	2 070	1 235	855	15 155	
Celkem:				213 000	Celkem:						121 980

Zdroj: vlastní zpracování

Z tabulky vyplývá, že předpokládané fixní náklady na mzdy zaměstnanců denního stacionáře budou činit 213 000,- Kč za měsíc, což je 2 556 000,-Kč za kalendářní rok. Pro výpočet bylo počítáno s variantou, že budou na stávajícím trhu práce nalezeni vhodní kandidáti na dané pracovní pozice, obsazením absolventy rekvalifikačního kurzu, tím by vznikla účelná místa, snížily by se mzdové náklady o příspěvky z úřadu práce na mzdy a odvody za tyto pracovníky. Tabulka 20 popisuje přehledně rozepsané fixní náklady na měsíc a za rok.

Tabulka 20 - Fixní náklady za měsíc a za rok

Položka	Měsíčně Kč	Ročně Kč
Mzdové náklady	213 000	2 556 000
Marketing	500	6000
Údržba, servis	800	9 600
Telekomunikace	800	9 600
Spotřeba vody	1 500	18 000
Elektrická energie (zálohy)	1 500	18 000
Plyn (zálohy)	4 500	54 000
Kancelářské potřeby	300	3 600
Celkem:	222 900	2 674 800

Zdroj: vlastní zpracování

10.4.3 Předpokládané financování projektu

Náklady na provoz služeb Denního stacionáře Cesty domů budou hrazeny z úhrad klientů, provozních prostředků organizace, dotací města Kroměříž, Zlínského kraje a sponzoringu.

Financování prostřednictvím města Kroměříž – žádost o dotaci z rozpočtu města Kroměříž, může pouze registrovaná sociální služba, která již vykazuje činnost. Jedná se o provozní dotace.

Financování prostřednictvím Zlínského kraje – žádost o dotaci může žádat registrovaná sociální služba, která je vedena v Krajském informačním systému sociálních služeb ve Zlíně.

ském kraji. Organizace může podat rozvojový záměr, ten ale musí být v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociální služby 2019-2021 a současně musí být v souladu s prioritou pro seniory a podporou vzniku ambulantních služeb.

Financování prostřednictvím projektu z Evropské unie – nabízí se možnost využití dotací prostřednictvím Evropského sociálního fondu (dále jen EFS) v ČR. Čerpání dotací je administrativně velmi komplikované a klade důraz na vysoké nároky na kvalifikaci a znalosti úředníků.

Společensky účelová pracovní místa – při splnění stanovených kritérií, je možné čerpat příspěvek z prostředků EFS, a to při přijímání pracovníků, kteří jsou evidovaní na úřadu práce.

Jiné možnosti financování – denní stacionář může využít finanční podporu ze strany dárců a sponzorů (jednotlivci, nadace aj.).

10.5 Propagace projektu

Pro úspěšnou realizaci projektu je nutná informovanost veřejnosti a případných potencionálních klientů. Stejně tak mohou být touto cestou osloveni případní sponzoři denního stacionáře. Kapitola obsahuje zvolené formy propagace Denního stacionáře Cesty domů.

Webové stránky – budou obsahovat základní informace o stacionáři. Bude kladen důraz na rodinné prostředí, individuální přístup ke každému klientovi. Rovněž bude přiložena fotodokumentace celého zařízení, nebude chybět ceník za poskytované služby a kontakty na jednotlivé pracovníky.

Informační letáky – tyto budou obsahovat informace o nové službě, cílové skupiny osob, umístění denního stacionáře, den zahájení služby, odkaz na webové stránky a kontakt, na koho se mohou v případě zájmu obrátit. Letáky budou distribuovány do ambulancí praktických lékařů, psychiatrických a neurologických ambulancí, dále do Kroměřížské a psychiatrické nemocnice, především na oddělení gerontopsychiatrie.

Rozhlas – propagace prostřednictvím Rádia Zlín a Rádia Kroměříž

Regionální noviny – propagace prostřednictvím Týdeníku Kroměřížska, ve kterém bude zveřejněn rozhovor s členem občanského sdružení o vzniku Denního stacionáře Cesty domů v Kroměříži. Rovněž bude podán inzerát o nové sociální službě. Podle skutečného zájmu klientů bude zváženo opakované zveřejňování inzerce.

10.6 Časová analýza projektu

Započetí poskytování sociálních služeb je součástí žádosti a rozhodnutí o registraci. Pokud poskytovatel nezačne poskytovat službu do šesti měsíců od nabití právní moci vydání rozhodnutí, pak toto rozhodnutí pozbývá platnosti a musí opakovaně o tuto registraci žádat. Proto je v časové analýze projektu počítáno s počátkem propagace, vypracování vnitřních směrnic organizace ještě před vydáním rozhodnutí o registraci. Realizace projektu je naplánována červenec 2020–leden 2021.

Tabulka 21 - Časová analýza projektu

Činnost	Termín splnění
Vypracování analýzy poptávky po sociální službě	Splněno
Vypracování podkladů pro podnikatelský záměr	Splněno
Založení organizace	4.čtvrtletí 2020
Zpracování žádosti o registraci	4.čtvrtletí 2020 – po zapsání do veřejného rejstříku
Propagace služeb pro klienty s demencí	Souběžně s podáním žádosti o registraci
Vnitřní úpravy a vybavení objektu	Srpen, září 2020
Vypracování směrnic, standardy kvality péče, vnitřní pravidla	Srpen, září 2020
Registrace sociální služby Denní stacionář Cesty domů	Předpokládaný termín srpen, září 2020
Výběr vhodných kandidátů, jednání s ÚP	Září, říjen 2020
Jednání se zájemci	Listopad 2020
Plánované otevření Denního stacionáře cesty domů	Leden 2021

Zdroj: vlastní zpracování

10.7 Analýza rizik projektu

Realizaci každého nového projektu provádí také rizika. Cílem analýzy rizik projektu je identifikace a následná eliminace. Existují tři základní metody analýzy rizik, ale z pohledu způsobu vyjádření veličin rozlišujeme metodu kvalitativní a metodu kvantitativní. V analýze lze tyto dvě metody kombinovat (Smejkal, Rais, 2010, str. 108).

Pro následnou analýzu byla zvolena metoda kvalitativní. Výhodou této metody je rychlost, jednoduchost, ovšem s mírou subjektivity hodnotitele (Smejkal, Rais, 2010, str. 108).

Tabulka 22 - Riziková analýza

Riziko	Ohodnocení rizika
Nedostatek finančních prostředků	Vysoké
Nedodržení časového harmonogramu	Střední
Neobsazení pracovních pozic	Nízké
Nedostatek zájemců o denní stacionář	Střední
Mimořádné události	Střední

Zdroj: vlastní zpracování

Nedostatek finančních prostředků – význam rizika je vysoký, protože by znamenal nedostatečné příjmy pro fungování celého projektu. Je možné toto riziko eliminovat zajištěním a rozložením finančních nákladů do více zdrojů.

Nedodržení časového harmonogramu – riziko vyhodnoceno jako střední, a pokud nebude dodržen časový harmonogram dodržen, bude nutno vypracovat nový.

Neobsazení pracovních pozic – riziko vyhodnoceno jako nízké, a je možno toto riziko eliminovat zahájením včasného výběru zaměstnanců.

Nedostatek zájemců o denní stacionář – riziko vyhodnoceno jako střední, a je možno eliminovat důslednou propagací projektu s pokrytím více médií.

Mimořádné události – riziko vyhodnoceno jako střední, neboť z hlediska výskytu COVID-19 nařízení vlády v měsíci březnu 2020 a následné uzavření kvůli zastavení šíření pandemie denní stacionáře, domovy pro seniory aj. Riziko pro druhou a další vlnu pandemie. Dalším rizikem je možnosti kybernetického útoku na IT infrastrukturu stacionáře. Toto riziko lze

eliminovat pomocí nastavení obranných softwarových štítů a poučením personálu o vhodném a bezpečném používání softwaru a internetových aplikací (např. email, sociální sítě atd.)

10.8 Zhodnocení projektu

Cílem projektu bylo zřízení denního stacionáře pro klienty s AD ve městě Kroměříž. Posláním denního stacionáře je nabídnout ambulantní služby lidem s AD a jiným typem demencí, kteří potřebují dohled a péči jiné osoby, umožnit jim trávení volného času v příjemném a bezpečném prostředí. Jako poskytovatel byla zvolena nestátní nezisková organizace – občanské sdružení a zakladateli byli tři osoby. Zařízení Denní stacionář Cesty domů bude poskytovat sociální služby každý všední den od 7-16:30 hodin a to 10 klientům.

Projektová část v první části popsala postup a založení občanského sdružení a představila zakládající osoby. Pro vybavení prostor pro účely provozování sociální služby byly představeny vstupní a provozní náklady, dále bylo vytyčeno personální obsazení a dalším byla propagace projektu. Byla popsána časová analýza a realizace projektu byla naplánovaná červenec 2020–leden 2021. Riziková analýza stanovila celkem 5 rizik.

Možnost zahájit provoz Denního stacionáře v lednu roku 2021, ale je zapotřebí úspěšně eliminovat rizika.

ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se zabývala problematikou projektu zřízení denního stacionáře pro klienty s AD. V práci byly stanoveny celkem tři hlavní cíle, dva primární a jeden sekundární, a také tři dílčí cíle. Na základě dílčích cílů jsem si stanovila tři hypotézy.

Primárním cílem bylo zpracování projektu založení denního stacionáře pro klienty s AD ve městě Kroměříž. Jedná se o ambulantní sociální službu, o kterou vzhledem narůstajícímu počtu osob s diagnostikovanou AD, bude neustále se zvyšující poptávka. Neboť AD, není jen problémem samotných nemocných, ale především celé rodiny a přímých pečujících. Tento cíl byl splněn.

Prvním dílčím cílem bylo zmapovat předpokládanou četnost využití denního stacionáře. Podle analýzy dotazníkového šetření by využilo 81,4 % dotazovaných respondentů.

Hypotéza 1 – kde předpokládám, že víc jak polovina respondentů by využila denní stacionář více jak 2 x do týdne, se potvrdila.

Druhým dílčím cílem bylo zmapovat konkrétní preferenci služeb, které bude denní stacionář poskytovat. Největší zájem byl o poskytování jídla 74,4 % dotazovaných respondentů stejně jako trénování sebeobsluhy 74,4 % dotazovaných respondentů.

Hypotéza 2 – kde předpokládám, že více jak polovina respondentů by upřednostňovala návštěvu sebeobsluhy, se potvrdila.

Třetím dílčím cílem bylo zmapovat výši platby za pobyt v denním stacionáři. Částku 100,- Kč za hodinu by zaplatilo 53,5 % respondentů a částku vyšší jak 100,- Kč by zaplatilo 25,6 % dotazovaných respondentů.

Hypotéza 3 – kde předpokládám, že více jak polovina respondentů bude akceptovat 100,- Kč za hodinu pobytu v denním stacionáři, se potvrdila.

Druhým primárním cílem byla analýza poskytování sociálních služeb klientům s AD v Kroměříži. Analýza je zhodnocena v diskuzi k analytické části. Součástí analýzy bylo také dotazníkové šetření, které směřovalo rodinným příslušníkům a pečujícím osobám, kteří pečují o takto nemocné osoby. Celkové shrnutí je uvedeno v odborné diskuzi k analytické části. Tento cíl byl splněn.

Sekundárním cílem bylo zpracování teoretických poznatků zaměřených na poskytování služeb v sociální péči. Tomuto cíli jsem se věnovala v teoretické části diplomové práce. Nejprve jsem provedla rešerši dostupné odborné literatury a pak následovala deskripce teoretických poznatků, zabývající se poskytováním sociálních služeb. Tento cíl byl splněn.

Závěrem lze konstatovat, že je velmi alarmující zvyšující se počet diagnostikovaných osob s AD a společnost by měla rychle reagovat. Domnívám se, že tento navržený projekt bude realizovatelný a v dnešní společnosti najde svá uplatnění.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2016, 318 s. ISBN 978-80-247-5148-1.
- [2] ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011, 263 s. ISBN 978-80-262-0027-7.
- [3] Česká alzheimrovská společnost, 2020. *Česká alzheimrovská společnost na pomoc občanům postiženým demencí*. [online]. © 2020. [cit. 2020-03-15]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/uvod/>.
- [4] Česká alzheimerovská společnost, 2020a. *Kontaktní místa*. [online]. © 2020. [cit. 2020-03-15]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/casl/kontaktmi-mista/>.
- [5] Česká alzheimerovská společnost, 2010b. *Pravidla pro udělování certifikátu Vážka*. [online]. © 2020. [cit. 2020-03-15]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/res/data/000047.pdf>.
- [6] Česká alzheimerovská společnost, 2020c. *Certifikace Vážka®*. [online]. © 2020. [cit. 2020-03-15]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/projekty-casl/certifikace-vazka/>.
- [7] Česká katolická charita, 2020. *Domov sv. kříže*. [online]. © 2020. [2020-04-29]. Dostupné z: <https://www.domov-km.cz/>
- [8] ČESKO. Zákon č. 108/2006 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online] 2006, s. 2902-2913 [cit. 2020-04-30] Dostupné také z: <https://portal.gov.cz/zakony/zakon.jsp?page=15=seznam>
- [9] HAWKINS, Peter a Robin SHOHET. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004, 202 s. ISBN 80-7178-715-9.
- [10] Charita Kroměříž, 2020. *O nás*. [online]. © 2020. [cit. 2020-04-24]. Dostupné z: <https://www.kromeriz.charita.cz/o-nas/>.
- [11] Charita Kroměříž, 2020a. *Charitní dům pokojného stáří*. [online]. © 2020. [cit. 2020-04-27]. Dostupné z: <https://www.kromeriz.charita.cz/sluzby/charitni-dum-pokojneho-stari/>.
- [12] Charita Kroměříž, 2020b. *Domácí zdravotní péče*. [online]. © 2020. [cit. 2020-04-27]. Dostupné z: <https://www.kromeriz.charita.cz/sluzby/domaci-zdravotni-pece/>.

- [13] Charita Kroměříž, 2020c. *Charitní zdravotní péče*. [online]. © 2020. [cit. 2020-04-28]. Dostupné z: <https://www.charita.kromeriz.cz/sluzby/charitni-pecovatelska-pec/>.
- [14] Charita Kroměříž, 2020d. *Osobní asistence*. [online]. © 2020. [cit. 2020-04-28]. Dostupné z <https://www.charita.kromeriz.cz/sluzby/osobni-asistence/>.
- [15] CIMLER, Petr. *Obchod a služby: studijní text pro distanční studium*. Plzeň: Západočeská univerzita, 2001, 167 s. ISBN 80-7082-795-5.
- [16] FRANKOVÁ, Vanda. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. Praha: Mladá fronta, 2011. Aeskulap. 70 s. ISBN 978-80-204-2423-5.
- [17] GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
- [18] HARRIS, John a Vicky WHITE. *A Dictionary of Social Work and Social Care*. Oxford: OXFORD UNIVERSITY PRESS, 2013, 209 s. ISBN 978-0-19-954305-2.
- [19] HERMAN, Jiří. *Základy managementu sociálních služeb*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, 159 s. ISBN 978-80-7013-477-1.
- [20] HOLMEROVÁ, Iva, Hana JANEČKOVÁ, Petr VELETA a Hana VAŇKOVÁ. *Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené. Psychiatrie pro praxi*. 2005, 184 s. ISSN 1213-0508.
- [21] HORECKÝ, Jiří. *Kdo patří do domovů pro seniory? Sociální péče*. 2008, (1), 12-13, 186 s. ISSN 1213-2330.
- [22] HORECKÝ, Jiří a Ladislav PRŮŠA. *Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřebnosti sociálních služeb 2019-2050*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2019, 28 s. ISBN 978-80-907053-4-0.
- [23] CHRÁSKA, Miroslav. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 200 s. ISBN 80-244-1367-1.
- [24] JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009, 164 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- [25] KRHUTOVÁ, Lenka, ed. *Privatizace v sociálních službách pro seniory*. Boskovice: Ostravská univerzita v Ostravě v nakl. Albert, 2013, 124 s., ISBN 978-80-7326-231-0.

- [26] MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008, 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [27] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011, 328 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.
- [28] MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 201, 194 s. ISBN 978-80-262-0041-3.
- [29] MIKULKOVÁ, Jana a Hana HAVELKOVÁ. *Omyly a pochybení v práci sester. Anesteziologické dny Vysočiny*. 2008, 190 s.
- [30] MPSV.cz: *Sociální služby a příspěvek na péči v České republice – informativní podklad* [online]. © 2020 cit. [2020-02-20]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7018/le-tak_socialni_sluzby.pdf
- [31] MPSV.cz: *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2014*, [online]. MPSV © 2020, [cit. 2020-04-30]. Dostupné z https://www.mpsv.cz/files/clanky/22668/ro-cenka_prace_2014.pdf.
- [32] MUSIL, Libor, Kateřina KUBALČÍKOVÁ a Olga HUBÍKOVÁ. *Kvalifikační potřeby pracovníků v sociálních službách pro seniory: závěrečná zpráva výzkumu*. Praha: VÚPSV, výzkumné centrum Brno, 2006, 136 s. ISBN 80-87007-41-7.
- [33] PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007, 183 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.
- [34] PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Přeložil Abigail KOZLÍKOVÁ. Praha: Portál, 1998, 156 s. Sociální práce. ISBN 80-7178-184-3.
- [35] POGODOVÁ, Eva. *Prosazování a kvality v oblasti sociálních služeb v ČR: Mezinárodní konference ICEQ 2006. Efektivita, kvalita a spokojenost klientů ve zdravotnictví a sociální péči*, Praha, 6.-7.3.2006. *ICEQ*. 2006. 30.
- [36] restaurace Atrium Zdounky [online]. [cit. 2020-05-15]. Dostupné z: <https://www.obedy-hutka.cz/obedy-do-domu.asp>

- [37] SLÁDEK, Miloš. *Inspekce kvality v rezidenčních zařízeních sociálních služeb-etické aspekty*. V Praze: FHS UK, 2013. Řada kvalifikačních prací FHS UK, 221 s. ISBN 978-80-87398-37-1.
- [38] Sociální služby města Kroměříže, 2020. *O našem domově*. [online]. © 2020. [2020-04-23]. Dostupné z: <https://www.sskm.cz/informace/o-nas/128-20>
- [39] TILŠER, Petr. *Příspěvek k zavádění programu kvality a její kontroly ve velké nemocnici*. [S.l.: s.n.], 2000, 60 s.
- [40] VOSTATEK, Jaroslav. *Financování a nákladovost sociálních služeb: pobytové a terénní služby sociální péče*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2013, 103 s. ISBN 978-80-904668-7-6.
- [41] Zlínský kraj: *Životní situace* [online]. 2020 [cit. 2020-04-30]. Dostupné z: www.socialnisluzbyzk.cz/zivotni-situace/.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AD	Alzheimerova demence.
Aj	A jiné.
Apod	A podobně.
Atd	A tak dále.
ČASL	Česká alzheimerovská společnost.
ČNR	Česká národní rada.
ČR	Česká republika.
ČSÚ	Český statistický úřad.
DPS	Domov pro seniory.
DZR	Domov se zvláštním režimem.
EFS	Evropský sociální fond.
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky.
Z.S	Zapsaný spolek.

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 - Počet lidí s demencí žijících v jednotlivých krajích</i>	<i>35</i>
<i>Graf 2 - Průměrná výše starobního důchodu v ČR</i>	<i>46</i>
<i>Graf 3 - Pohlaví respondentů</i>	<i>49</i>
<i>Graf 4 – Věk respondentů</i>	<i>50</i>
<i>Graf 5 - Diagnostika AD.....</i>	<i>51</i>
<i>Graf 6 - Forma poskytování péče</i>	<i>52</i>
<i>Graf 7 - Využití služeb</i>	<i>53</i>
<i>Graf 8 - Časové využití služeb</i>	<i>54</i>
<i>Graf 9 - Doba využití stacionáře</i>	<i>55</i>
<i>Graf 10 - Preference služeb</i>	<i>56</i>
<i>Graf 11 - Částka</i>	<i>58</i>

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obrázek 1 - Mapa okresu Kroměříž</i>	<i>38</i>
<i>Obrázek 2 - Osobní asistence Charita Kroměříž</i>	<i>43</i>
<i>Obrázek 3 - Domov sv. Kříže Kroměříž</i>	<i>44</i>
<i>Obrázek 4 - Zlínský kraj</i>	<i>47</i>

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 - Příspěvek na péči</i>	23
<i>Tabulka 2 - Pohlaví respondentů</i>	49
<i>Tabulka 3 – Věk respondentů</i>	50
<i>Tabulka 4 - Diagnostika AD</i>	51
<i>Tabulka 5 - Forma poskytování péče</i>	52
<i>Tabulka 6 - Využití služeb</i>	53
<i>Tabulka 7 - Časové využití služeb</i>	54
<i>Tabulka 8 - Doba využití stacionáře</i>	55
<i>Tabulka 9 - Preference služeb</i>	56
<i>Tabulka 10 - Částka</i>	58
<i>Tabulka 11 - Statistická analýza H1</i>	59
<i>Tabulka 12 - Statistická analýza H2</i>	60
<i>Tabulka 13 - Statistická analýza H3</i>	61
<i>Tabulka 16 - Personální zajištění a požadované vzdělání</i>	69
<i>Tabulka 14 - Cena stravy</i>	71
<i>Tabulka 15 Ceník poskytovaných služeb</i>	72
<i>Tabulka 17 - Investiční náklady</i>	73
<i>Tabulka 18 – Neinvestiční náklady</i>	74
<i>Tabulka 19 - Předpokládané fixní náklady na mzdy</i>	74
<i>Tabulka 20 - Fixní náklady za měsíc a za rok</i>	75
<i>Tabulka 21 - Časová analýza projektu</i>	77
<i>Tabulka 22 - Riziková analýza</i>	78

SEZNAM PŘÍLOH

P I Dotazník pro pečující o klienty s Alzheimerovou demencí

P II Žádost o registraci sociálních služeb

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PRO PEČUJÍCÍ O KLIENTY S ALZHEIEROVOU DEMENCÍ

Dobrý den, jmenuji se Magdalena Kuruczová a jsem studentka Fakulty managementu a ekonomiky ve Zlíně. Do Vašich rukou se dostal dotazník, který je součástí mé diplomové práce, která se zabývá projektem vybudování denního stacionáře pro klienty s Alzheimerovou demencí. Všechny získané informace budou anonymní.

Děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku.

Be. Magdalena Kuruczová

1. Pohlaví

- Muž
- Žena

2. Věk

- 20-30 let
- 30-40 let
- 40-50 let
- 50-60 let
- 60 let a více

3. Máte příbuzného, kterému byla diagnostikována Alzheimerova demence?

- Ano
- Ne

4. Jakou formu poskytování péče preferujete? (vyplňte v případě, že jste na předchozí otázku odpověděli „ANO“)

- Ústavní – Psychiatrická nemocnice – geriatrické oddělení
- Domů – starám se o příbuzného v domácím prostředí
- Využití sociálních služeb – domov pro nemocné trpící demencí

5. V případě, že by byla možnost denního stacionáře v blízkosti Vašeho bydliště, využili byste tuto službu?

- Ano
- Ne

6. Jak často byste jej využívali? (vyplňte v případě, že jste na předchozí otázku odpověděli „ANO“)

- Denně
- 1 x týdně
- 2 x týdně
- 4 x měsíčně
- Nevím

7. Jakou dobu byste tento stacionář využívali?

- 2 hodiny
- 4 hodiny
- 6 hodin
- 8 hodin

8. Jaké služby byste preferovali? (možnost zvolit více odpovědí)

- Poskytování jídla (svačinka, oběd)
- Trénování sebeobsluhy (oblékání, hygienické návyky...)
- Doprovod k lékaři
- Psychologicko-terapeutické skupinky
- Individuální psychologické pohovory
- Ruční práce
- Muzikoterapie
- Canisterapie
- Jiné:.....

9. Jakou částku byste byli ochotni zaplatit za 1 hodinu v takovém stacionáři?

- 50,- Kč
- 80,- Kč
- 100,- Kč
- Více jak 100,- Kč

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O REGISTRACI O SOCIÁLNÍ SLUŽBY

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:	IČ ¹⁾ :	DIČ:
Příjmení:	Jméno ²⁾ :	Titul před za:
Datum narození:	Místo narození:	Státní příslušnost:
Trvalý pobyt: Obec:	Část obce:	
Ulice:	Č. p. ³⁾ :	Č. orient. PSČ:
Fax:	Web:	
Telefon:	E-mail:	ID datové schránky:

právnická osoba:

Název organizace:	IČ:	DIČ:
Forma právní subjektivity:	Stát:	
Sídlo: Obec:	Část obce:	
Ulice:	Č. p. ³⁾ :	Č. orient. PSČ:
Fax:	Web:	
Telefon:	E-mail:	ID datové schránky:

Oprávněná osoba⁴⁾:

Příjmení:	Jméno ²⁾ :	Titul před za:
Funkce:		

Statutární orgán:

č.	Funkce	Příjmení	Jméno ²⁾	Titul
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

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

2) Uveďte všechna jména osoby

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 řízení.

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

Název organizace:		IČ ⁵⁾ :	
Forma právní subjektivity:			
Sídlo:	Obec:	Část obce:	
	Ulice:	Č. p. ³⁾ :	Č. orient.: PSČ:
Fax:	Web:		
Telefon:	E-mail:	ID datové schránky:	

Oprávněná osoba⁴⁾:

Příjmení:	Jméno ²⁾ :	Titul před:	za:
Funkce:			

Organizační složka⁶⁾:

Název:			
Adresa:	Obec:	Část obce:	
	Ulice:	Č. p. ³⁾ :	Č. orient.: PSČ:
Telefon:	E-mail:	ID datové schránky:	
Fax:	Web:		
Odpovědný vedoucí:			
Příjmení:	Jméno ²⁾ :	Titul před:	za:

B. Žádám o registraci sociálních služeb v počtu:

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

D. Uveďte celkový počet listů⁷⁾ (včetně příloh a tiskopisů), které jsou součástí tohoto tiskopisu:

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.

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) kolony určené k vyplňování.

V _____ dne _____ 20____

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 všech fyzických osob, které budou přímo poskytovat sociální služby
- doklady nebo jejich úředně ověřené kopie prokazující odbornou způsobilost všech 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 žádostí a ostatních dokladů naleznete na internetové adrese <https://www.mpsv.cz/web/cz/formulare> nebo si je vyzvednete na pracovišti příslušného krajského úřadu. Na toto pracoviště se také obraťte, pokud budete mít při vyplňování pochybnosti.