

Projekt založení Domova se zvláštním režimem pro osoby trpící Alzheimerovou demencí ve Zlínském kraji

Bc Petr Skopal

Diplomová práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

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

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Bc. Petr Skopal
Osobní číslo: M210190
Studijní program: N0413A050020 Management ve zdravotnictví
Forma studia: Kombinovaná
Téma práce: Projekt založení Domova se zvláštním režimem pro osoby trpící Alzheimerovou demencí ve Zlínském kraji

Zásady pro vypracování

Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

I. Teoretická část

- Zpracujte teoretické poznatky zaměřené na Alzheimerovu demenci a s tím související poskytování sociálních služeb.

II. Praktická část

- Analyzujte současný stav poskytování sociálních služeb ve Zlínském kraji.
- Zhodnoťte výsledky analýzy a uveďte výstupy pro projekt.
- Na základě výsledků analýzy vytvořte návrh projektu na založení Domova se zvláštním režimem.

Závěr

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

Seznam doporučené literatury:

- ČECHOVÁ, Kateřina; FENDRYCH MAZANCOVÁ Adéla; MARKOVÁ Hana a kol. *V bludišti jménem Alzheimer: Na co v ordinaci nezbyvá čas*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2019. ISBN 978-80-264-2707-0.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vyd. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.
- MOUSTAFA, Ahmed. *Alzheimer's Disease*. Chennai: Academic Press, 2022. ISBN 978-0-12-821334-6.
- SAHYOUNI, Ronald; BROWN, Nolan a CHEN, Jefferson. *Alzheimer's Disease decoded*. 2nd. ed. Singapore: World Scientific Publishing, 2022. ISBN 978-981-123-510-8.
- ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0561-8.

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

Datum zadání diplomové práce: **5. února 2024**
Termín odevzdání diplomové práce: **19. dubna 2024**

L.S.

prof. Ing. David Tuček, Ph.D.
děkan

prof. Ing. Boris Popesko, Ph.D.
garant studijního programu

Ve Zlíně dne 5. února 2024

**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 nákladů, 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 k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem diplomové/bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení 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: Bc. PETR SKOPAL

.....
podpis diplomanta

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá zpracováním projektu založení domova se zvláštním režimem pro osoby trpící Alzheimerovou demencí. Součástí práce jsou teoretické poznatky o Alzheimerově demenci, poskytování sociálních služeb, kvalitě v sociálních službách a formách podnikání v oblasti sociálních služeb, které se opírají o odbornou literaturu. Praktická část práce je rozdělena na analytickou a projektovou. První část je věnována analýze poskytování sociálních služeb pro osoby s Alzheimerovou demencí ve Zlínském kraji. Prostřednictvím dotazníkového šetření bylo zjištěno, že zájem o služby domova se zvláštním režimem je vysoký a z tohoto důvodu byl v projektové části navržen projekt na založení domova se zvláštním režimem ve městě Kroměříž včetně podpůrných analýz.

Klíčová slova: Alzheimerova demence, sociální služby, domov se zvláštním režimem, nezisková organizace

ABSTRACT

The diploma thesis deals with the development of a project to establish a home with a special regime for people suffering from Alzheimer's dementia. The work includes theoretical knowledge about Alzheimer's dementia, the provision of social services, quality in social services and forms of business in the field of social services, which are based on professional literature. The practical part of the work is divided into analytical and project. The first part is devoted to the analysis of the provision of social services for people with Alzheimer's dementia in the Zlín region. Through a questionnaire survey, it was found that there is a high interest in the services of a home with a special regime, and for this reason, a project was proposed in the project part to establish a home with a special regime in the city of Kroměříž, including supporting analyzes.

Keywords: Alzheimer's dementia, social services, home with a special regime, non-profit organization

Rád bych touto cestou poděkoval panu prof. MUDr. Jaroslavu Slanému, CSc. za velkou ochotu, poskytování odborných rad a profesionální vedení mé diplomové práce.

Také chci poděkovat mé nejbližší rodině, a obzvlášť mé babičce za velkou podporu, motivaci a lásku, kterou mi během celého mého studia věnovala.

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

OBSAH

ÚVOD	10
1 CÍLE A METODY DIPLOMOVÉ PRÁCE	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
2 STÁRNUTÍ	13
2.6 PREVENCE A KOGNITIVNÍ TRÉNINK.....	19
3 ALZHEIMEROVA DEMENCE	20
3.1 STRUČNÁ HISTORIE ALZHEIMEROVY DEMENCE.....	21
3.2 CO ZPŮSOBUJE ALZHEIMEROVU DEMENCI.....	22
3.4.1 Práva lidí s demencí	23
4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	28
4.6 FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	34
5 OBECNÁ CHARAKTERISTIKA PODNIKÁNÍ	37
II PRAKTICKÁ ČÁST	43
6 ANALÝZA SOUČASNÉHO STAVU POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB OSOBÁM S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ V ČR A VE ZLÍNSKÉM KRAJI	44
6.1 ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST.....	45
6.2 DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM PRO OSOBY S DEMENCÍ VE ZLÍNSKÉM KRAJI.....	47
6.2.2 Domov se zvláštním režimem Burešov.....	49
6.2.3 Alzheimerhome Zlín	50
6.2.5 Domov se zvláštním režimem Pačlavice.....	51
6.2.9 Dům pokojného stáří Nedašov	54
6.3 PEST ANALÝZA – VLIV MAKROPROSTŘEDÍ	56
6.3.4 Technologické prostředí.....	60
6.4 ANALÝZA DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	60
6.5 PORTEROVA ANALÝZA KONKURENČNÍCH SIL	67
6.5.1 Hrozba stávajících konkurentů.....	67
6.5.2 Hrozba nové konkurence.....	67
6.5.3 Hrozba substitutů	68
6.5.4 Dodavatelé.....	68
6.6 SWOT ANALÝZA	69
6.7 SHRnutí ANALYTICKÉ ČÁSTI.....	70
7 PROJEKT ZALOŽENÍ DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM PRO OSOBY TRPÍCÍ ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ VE ZLÍNSKÉM KRAJI	71
7.1 MISE, VIZE, CÍLE A HODNOTY PROJEKTU.....	71

7.2.1	Registrace zařízení Domov se zvláštním režimem Rajská zahrada	74
7.2.2	Vymezení činnosti spolku a účel jeho založení:	74
7.2.4	Umístění a fyzický popis Domova se zvláštním režimem Rajská zahrada	75
7.5.1	Personální zajištění domova Rajská zahrada	82
7.6.3	Analýza bodu zvratu	87
7.6.4	Financování projektu.....	89
7.7	PROPAGACE SLUŽEB DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM RAJSKÁ ZAHRADA	89
7.8	ČASOVÁ ANALÝZA	89
7.10	ZHODNOCENÍ PROJEKTU	92
ZÁVĚR		94
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		95
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....		99
SEZNAM OBRÁZKŮ		100
SEZNAM TABULEK.....		101

ÚVOD

Život každého člověka nezadržitelně spěje k období, které se nazývá *stáří* nebo také *podzim života*. Pro většinu lidí, které se tohoto období dočkají, může být stáří časem odpočinku, věnování se svým zájmům, na které během produktivního věku nezbýval čas, užívání si vnučat. Někteří lidé ovšem ve stáří takové štěstí nemají a musí se bohužel potýkat s onemocněními, které období stáří přináší. Jedním z nejčastějších onemocnění, které stáří doprovází, je Alzheimerova demence. Je to jedno z nejzákeřnějších a prognosticky nezávažnějších onemocnění, které neovlivňuje pouze život nemocného, ale i jeho blízkého okolí. Existují sice určité preventivní opatření, které průběh demence zpomalují, ovšem v současné době neexistuje žádný lék, který by demenci zcela vyléčil. I když se nemocný i rodina snaží sebevíc, jakmile je demence diagnostikována, začíná poměrně složité období rozhodování, lítosti, naděje, ale i beznaděje.

Téma, které jsem si pro svou diplomovou práci zvolil, je mi blízké z několika důvodů. Jedno období svého života jsem pracoval v domově pro osoby se zdravotním postižením, kde sice převažovali klienti s mentální retardací, ovšem malou část klientů tvořili i lidé s Alzheimerovou demencí. Na základě rozhovoru se sociálními pracovníky jsem zjistil, že specializovaných zařízení pro klienty s touto diagnózou skutečně není dostatečné množství.

Druhým důvodem pro zvolení mého tématu je skutečnost, že jeden z členů mé nejbližší rodiny během mého magisterského studia zemřel po dlouhé nemoci, která byla způsobena nedomykavostí srdeční chlopně, a která měla v průběhu času velmi podobné příznaky jako Alzheimerova demence. Na konci svého života již vyžadoval pravidelnou péči, kterou mu jeho okolí sice v určité míře zajistit dokázalo, ale ne zcela. Konec života prožil doma ve společnosti svých blízkých, ale ne každý má starostlivou rodinu, která se o svého blízkého dokáže postarat. Tato zkušenost mě rovněž přivedla na myšlenku, že profesionální sociální služby pro lidi s demencí jsou velmi potřebné.

Diplomová práce, která je rozdělená na teoretickou a praktickou část, se zbývá především problematikou poskytování sociálních služeb, průběhem Alzheimerovy demence a návrhem projektu založení domova se zvláštním režimem pro osoby trpící Alzheimerovou demencí ve Zlínském kraji, konkrétně ve městě Kroměříž.

1 CÍLE A METODY DIPLOMOVÉ PRÁCE

1.1 Cíle diplomové práce

Primárním cílem této diplomové práce je navrhnout realizovatelný projekt založení domova se zvláštním režimem Rajská zahrada, který bude poskytovat profesionální pobytové služby své cílové skupině.

Druhým primárním cílem je zmapovat situaci v poskytování sociálních služeb lidem s Alzheimerovou demencí ve Zlínském kraji a prostřednictvím kvantitativních metod zjistit potřebnost dalšího zařízení pro zmíněnou cílovou skupinu.

Sekundárním cílem je za využití odborné literatury zpracovat teoretické poznatky o stárnutí, Alzheimerově demenci, poskytování sociálních služeb pro klienty s Alzheimerovou demencí a formách podnikání v oblasti sociálních služeb.

1.2 Metody práce

Aby bylo možné dosáhnout primárního i sekundárního cíle práce, bylo nutné nejprve zpracovat teoretický základ práce na základě dostupných odborných zdrojů. Teoretický základ byl zpracován formou literární rešerše, která obsahovala teoretické poznatky o procesu stárnutí, Alzheimerově demenci, jejích příznacích, terapii, poskytování sociálních služeb pro odpovídající cílovou skupinu, kvalitě sociálních služeb a formách podnikání v oblasti sociálních služeb. Všechny tyto poznatky tvoří teoretickou část práce.

Praktická část práce obsahuje analýzu a popis všech domovů se zvláštním režimem ve Zlínském kraji a kvantitativní analýzu stavu poskytování sociálních služeb formou domovů se zvláštním režimem prostřednictvím dotazníkového šetření a následné vyhodnocení výsledků šetření.

V projektové části práce jsou použity metody zahajovacích analýz projektu, a sice nákladová analýza, časová analýza a analýza rizik.

I. TEORETICKÁ ČÁST

2 STÁRNUTÍ

Dobu, kdy člověk vstupuje do seniorského věku lze poměrně úspěšně přirovnat k jednomu z ročních období, a sice k podzimu. V přírodě totiž v období podzimu dochází k výrazným vzhledovým změnám, listí opadáva ze stromů a na polích se sklízí úroda. Důvody těchto změn v přírodě, které se tak podobají lidskému životu jsou všeobecně známé, ale důvod, proč vlastně stárne člověk, zůstává stále neobjasněn. Aktuální statistiky dokazují, že za posledních sto let se průměrná délka dožití významně prodloužila. Největší zásluhu na tom má čím dál rozvinutější medicínská péče. V minulosti, kdy některé z dnešního pohledu banální nemoci měly často fatální následky nebylo tak jednoduché dožít se úctyhodného věku. Velkou zásluhu na tomto trendu má i čím dál kvalitnější sociální péče, na kterou jsou vzhledem ke kontinuálnímu stárnutí obyvatelstva kladeny stále větší nároky. (Čechová, 2019, s. 26)

Jak tělo seniora postupně stárne, objevují se určité očekávané změny, které jsou normálními aspekty procesu stárnutí. Tyto změny jsou výsledkem opotřebením v průběhu let, jelikož lidské tělo, stejně jako každá struktura ve vesmíru, je náchylné k určitým poškozením, která na něm zanechal čas, nemoci a stres. Existuje mnoho faktorů, které vedou k normální degeneraci lidského těla s věkem. Jedním z důležitých faktorů je akumulace genetických mutací v průběhu života jedince. Tyto mutace mohou vést k různému stupni buněčných změn. Některé mutace mohou změnit schopnost buňky růst a regenerovat se, zatímco jiné mutace mohou být zcela neutrální a nevedou k žádným významným škodlivým změnám. Pokud jsou mutace příliš škodlivé, má buňka několik možností. První možností je podstoupit předem naprogramovanou buněčnou smrt neboli apoptózu. To zabraňuje buňce v negativním ovlivnění sousedních buněk a také zabraňuje tomu, aby se stala rakovinnou. Ve skutečnosti dochází k apoptóze kdykoli je buňka dostatečně poškozena. Apoptóza je komplexní předem naprogramovaný proces, který zahrnuje specifickou aktivaci genů, které vedou k syntéze proteinů nebo enzymů, které tento proces provádějí. Když se abnormální proteiny, které tvoří plaky a spleti, hromadí v mozku při Alzheimerově chorobě, neurony, které jsou vystaveny těmito toxickým proteinům, nakonec podstoupí apoptózu a spáchají buněčnou sebevraždu. To je jeden ze způsobů změny mozku u Alzheimerovy choroby. Ve skutečnosti tato buněčná smrt způsobuje zmenšení mozku, jinak známého jako atrofie, které právě následně vede k degenerativním onemocněním. (Sahyouni, Brown, Chen, 2022, s. 40-41)

Pokud se u seniora nevyskytují téměř žádné obtíže související se stářím, lze o něm konstatovat, že stárne úspěšně. Úspěšně stárnoucího člověka lze poznat především podle celkové aktivity. Takový člověk se pohybuje, chodí, někdy i běhá, pracuje na zahrádce nebo dokonce pravidelně posiluje. Vedle tělesné aktivity je důležitá i duševní aktivita. Úspěšně stárnoucí člověk jen nesedí doma před televizí, ale čte knihy, třeba i cizojazyčné, hraje stolní hry se svými vrstevníky, chodí hrát golf nebo si pravidelně píše deník. Výsledkem takového životního stylu je absence obezity, cukrovky, cévních a srdečních chorob, a především neurodegenerativních onemocněních, jako je například Parkinsonova choroba nebo právě Alzheimerova demence. (Koukolík, 2014, s. 14)

Pravděpodobnost, jak a jestli se řečneme obtížné stárnutí projeví, závisí především na genetické výbavě, na prostředí dosavadního života, na celkovém životním stylu a povolání. Z biologického hlediska existují i další přirozené tělesné změny, jako například zhoršení funkce pohybového aparátu v důsledku postupného ubývání svalové hmoty, ztenčování kůže v důsledku nedostatečné tvorby nových buněk a také celkově méně odolná imunita organismu. Další podstatnou oblastí zasaženou stárnutím jsou smysly. Všeobecně známé, a i očekávané je postupné zhoršování zraku a sluchu. Tyto potíže se v dnešní době dají sice snadno kompenzovat, ale v okamžiku, kdy se tyto potíže přehlížejí, nastává riziko nepříjemných následků v budoucnosti. Zanedbání může vést i ke zhoršení kvality myšlení nebo poznávacích funkcí tzv. kognitivních. Jelikož je zhoršené porozumění mluvenému slovu často mezi lidmi zaměňováno za projev senility či demence, tak se přirozeně začne dotyčný senior situacím, kdy by na něho někdo jiný mohl déle mluvit, vyhýbat. Když se k tomuto přidá ještě zhoršení zraku, které obecně zvyšuje riziko nehod a úrazů, může taková situace vést až k sociální izolaci a ztrátě kontaktů. Senior se začne uzavírat do sebe a ztratí příležitost udržovat si dobrou psychickou kondici právě setkáváním se se svými známými. Když obecně kterýkoliv člověk ztratí kontakt s vnějším světem, zvyšuje se riziko vzniku úzkostných či depresivních stavů a postupná degradace kognitivních funkcí, což může mít vážné následky, tím více pro seniora. (Čechová, 2019, s. 30)

2.1 Předsudky

Jedna z věcí, kterou je téměř nemožné ovlivnit, i kdyby se člověk snažil stárnout sebelépe, jsou negativní předsudky ve společnosti vůči seniorům. I když je senior v životě šťastný, udržuje zdravé vztahy, samostatně se pohybuje, rozhoduje o svém životě a má své zájmy, tak přesto zde ve společnosti existuje řada negativních stereotypů, které znevažují hodnotu

lidí ve vyšším věku a často je i diskriminují. Tyto stereotypy se sdružují pod relativně nedávno zavedeným pojmem ageismus nebo všeobecně známým a starším pojmem senilita. (Pokorná, 2010, s. 73)

Senilita se stala všudypřítomně spojenou se stářím, což omezuje úvahu, že zmatenost, ztráta paměti, změny osobnosti a kognitivní úpadek běžně spojené se stárnutím jsou ve skutečnosti způsobeny abnormálním základním chorobným procesem, spíše než reprezentací normálního stárnutí. Jednotlivec může být považován za „senilního“ z různých důvodů – nejčastěji kvůli demenci. K interpretaci senility však mohou vést i další psychiatrické a neurologické poruchy, jako je schizofrenie, bipolární porucha, deprese nebo Parkinsonova choroba. Za normálních okolností by senilita a stárnutí neměly být seskupeny v přirozeném procesu zdravého stárnutí, ale protože Alzheimerova choroba je tak převládající součástí stárnutí a vzhledem k tomu, že vede k fenotypu, který je běžně chápán jako senilní, staly se tyto dva pojmy téměř synonymní. (Pokorná, 2010, s. 70)

Od nynějška, jakmile se léčba Alzheimerovy choroby prokáže jako úspěšná a dramaticky sníží výskyt této nemoci, senilita již nebude považována za běžnou součást procesu stárnutí. Spíše bude považována za abnormální chorobnou entitu, která je oddělená od normálního procesu stárnutí a měla by být považována za chorobu, která vyžaduje včasnou diagnózu, intervenci a léčbu. (Pokorná, 2010, s. 70)

Pokud se jedná o postoje ke stáří specificky v naší kultuře, je velmi nejednotný. Na jedné straně jsou sice děti vychovávány tak, aby měly úctu ke stáří a na druhé straně zaznívají názory, že staří lidé jsou pouze přítěž ve společnosti a neproduktivní skupina. Několik nejčastěji přijímaných představ o stáří uvádí Tošnerová (2002):

1. *Stáří lidé jsou všichni stejní*
2. *Stáří mužů a žen je stejné*
3. *Stáří nemají, čím společnosti přispět*
4. *Stáří je křehké, potřebuje péči*
5. *Stáří je ekonomickou zátěží společnosti* (Pokorná, s. 71)

Těchto pět uvedených příkladů shrnuje mýty, které jsou zdrojem ageismu v naší společnosti. Z veřejného prostoru se nezdá, že tyto mýty přesouvají i do praxe ošetrovatelské péče, například ve formě devalvujícího chování, hyperprotektivity, infantilizace, vytváření pocitu závislosti, odpírání nákladné léčby z důvodu vysokého věku,

nesprávné hodnocení rozhodovacích schopností seniora atd. Lze konstatovat, že všechny ošetrovatelské postupy, které se nezakládají na reálných potřebách a požadavcích seniorů, jsou potenciálně nebezpečné a ateistické s nepříznivými důsledky pro pověst ošetrovatelské péče a pro kvalitu života seniorů. (Pokorná, 2010, s. 80)

Uvedené pojmy odráží mylnou představu, že stařecká demence se automaticky projevuje u každého seniora. Jelikož je dnes už dokázáno, že demence je vždy projevem konkrétního onemocnění mozku, a nikoliv jen projevem stárnutí, neměl by se pojem stařecká demence už vůbec používat. Spíše, než ke zhoršování psychického stavu seniora dochází k jeho proměně. Týká se to hlavně oblasti kognitivních funkcí. (Čechová, 2019, s. 30)

2.2 Sociologické aspekty stárnutí seniora ve vztahu k rodině

Rodinný život početnější rodiny sebou přináší setkávání různých mezigeneračních názorů, které svým dílem samozřejmě přispívají do celkové atmosféry v rodině. Jelikož je statisticky dokázáno, že jako první ze svazku ženy a muže umírá muž, přichází s tímto faktem další problém, a sice způsob života vdov nebo obecně seniora, který ztratil partnera. V takové chvíli má senior možnost využít případné nabídky své rodiny odstěhovat se k nim. Pokud je rodina funkční, senior se v ní cítí pohodlně, využitý a je mu prokazována náležitá úcta i ze strany členů rodiny, kteří jsou o několik generací vzdáleni věku seniora. V takovém případě se téměř vždy stává, že senior na otázku, zda je mu jeho rodina oporou, odpoví kladně. Jelikož je ale ve většině případů senior rád za každý kontakt se svou rodinou, nezahrnuje do své odpovědi i případnou skutečnost, že rodina projevuje o seniora zájem jen sporadicky a nijak zvlášť upřímně. To je způsobeno například i tím, že senior nechce svou rodinu nijak obtěžovat a celkově si vystačit sám. Rodina by ovšem měla být seniorem i samotnými členy jeho rodiny považována za základ soužití více osob a měla by seniorovy poskytnout oporu v případě potřeby nebo mu alespoň tuto oporu nabídnout, pokud se evidentně stydí o ni požádat. (Veteška, 2021, s. 30-33)

Může přijít i varianta, že se obě strany dohodnou na péči mimo rodinu, a tady už přichází na řadu specializovaná pomoc. Pokud se ovšem chce rodina o seniora postarat sama, je nutné, aby mu zajistila podmínky pro zajištění jeho potřeb, které jsou pro jeho věk typické. Nejdůležitější z těchto potřeb je samozřejmě pocit bezpečí, následně i potřeba seniora mít pocit, že je v rodině chtěný a není překážkou. Každý člen rodiny může mít samozřejmě na přítomnost seniora trochu jiný názor, nicméně vždy by si rodina měla poslechnout i jeho názor a následně se podle toho chovat. Ideální způsob je nějakým způsobem zapojit seniora

do dění v rodině, nevylučovat ho z kolektivu, ale spíše naopak ho zapojovat do reality a nabízet mu různé aktivity. Posledním důležitým aspektem je i finanční zajištění seniora. Rodina si musí uvědomit, že na seniorovy nemůže jen šetřit, ale také realizovat i jeho potřeby. Jsou i případy, kdy rodina seniora finančně využívá a na jeho potřeby skoro nemyslí, což je typický odstrašující příklad, který by neměl nastat. (Veteška, 2021, s. 30-33)

2.3 Kognitivní funkce

Psychický stav seniora v době stárnutí se mění především v oblasti kognitivních funkcí, které zahrnují paměť, řeč, řídicí, poznávací a zrakové funkce. Tyto funkce společně vytvářejí myšlení, což je spolu s prožíváním elementární součástí lidské psychiky. Díky těmto funkcím člověk vnímá své okolí, dokáže se v něm orientovat a interagovat s ním. (Čechová, 2019, s. 31)

Všechny tyto zmíněné kognitivní funkce se v průběhu stárnutí zhorší o určitou úroveň, která je silně individuální, ale stále tu existuje pokles, kterému se nikdo z nás nevyhne. Lidé v nebo těsně před seniorským věkem většinou nedokážou zcela posoudit, zda by měli absolvovat vyšetření, zejména tehdy, když nemají s kým porovnávat své příznaky. Ale stále tu existuje subjektivní pokles kognitivních funkcí, který si každý porovná se stavem v minulosti, tedy aspoň každý, kdo je toho ještě schopný. Samozřejmě platí, že v ideálním případě by měl člověk po překročení 60 let preventivně na vyšetření zajít, zejména, když na sobě sám nebo jeho okolí na něm pozoruje změny v chování. A výjimkou nejsou ani lidé pod hranicí 60 let. Vyšetření nemusí nutně odhalit Alzheimerovu demenci, ale například jen mírnou kognitivní poruchu. (Čechová, 2019, s. 43-47)

2.4 Mírná kognitivní porucha (MKP)

„Mírná kognitivní porucha je poměrně široký pojem používaný k popsání mírných, ale měřitelných poruch paměti či poznávacích funkcí, například soustředění, rozhodování nebo orientace.“ (ČALS, online).

Člověk trpící mírnou kognitivní poruchou má sice větší potíže s pamětí, než odpovídají jeho věku, ale její příznaky rozhodně nespĺňují kritéria pro diagnostikování demence. Mírná kognitivní porucha (dále jen MKP), na rozdíl od demence, člověka nijak zásadně neomezuje v soběstačnosti ani v každodenních činnostech. Pokud jde o četnost MKP, tak se ukazuje, že je poměrně častá. V české populaci totiž trpí MKP zhruba pětina seniorů ve

věku na 65 let, takže se příliš nedá srovnat s výskytem demence, která je v české populaci u zhruba 2 % seniorů nad 65 let. (NZIP.cz, online)

MKP je jednou z mnoha nemocí, u které je prozatím příčina vzniku neznámá. Znamé ovšem jsou faktory, které zvyšují riziko jejího propuknutí. Podobně jako například pro demenci jsou rizikovými faktory pro vznik MKP věk, anamnéza s demencí u příbuzných, cévní mozková příhoda a úrazy hlavy s bezvědomím delším než 15 minut. Toto byly faktory neovlivnitelné. Mezi ovlivnitelné faktory patří vysoký cholesterol a krevní tlak, neléčený diabetes, konzumace většího množství alkoholu, nízké vzdělání a také nedostatek mentální a fyzické aktivity. Existují však i případy, kdy je MKP způsobena zdánlivě pouhým chronickým stresem, který se objevuje v těžkém životním období nebo popřípadě tím způsobenou depresí. (ČALS, online)

Příznaky MKP by se daly charakterizovat jako velmi vážná skleróza. Na jednu stranu se může stát každému, že zrovna neví, kam položil klíče od auta či od bytu nebo si nemůže v jeden okamžik vzpomenout na něčí jméno, zejména ve vyšším věku. Na druhou stranu, když už dotyčný zapomíná na velmi důležité události, jako je například návštěva lékaře nebo důležitá pracovní schůzka, je už třeba zpozornět. Pokud by se tyto potíže staly spíše obvyklými než výjimečnými, může se jednat o MKP. V takovém případě je určitě nejlepší poradit se s odborníkem a navštívit neurologa, psychiatra, geriatra nebo praktického lékaře. (ČALS, online)

2.5 Vztah MKP a demence

Jak už bylo částečně zmíněno, tak nelze MKP srovnávat s demencí. MKP se totiž vyskytuje mnohem častěji a na rozdíl od demence ji lze charakterizovat jako jednoduchou poruchu paměti. Faktem ale zůstává, že u lidí, kteří trpí MKP, se může tato porucha časem v demenci vyvinout. Demence se sice může vyvinout u kteréhokoliv jinak naprosto zdravého člověka ve stejném věku, ovšem častěji u těch, kteří již MKP trpí. MKP má mnoho druhů, ale podle nejnovějších poznatků nejčastěji přechází do demence druh Amnestická MKP to s četností 10 až 15 % případů ročně. U ostatních druhů MKP tak vysoké riziko vzniku demence není. (ČALS, online)

Jakmile se jakýkoli chorobný proces projeví v mozku, existuje pro tento případ jakási tlumící rezerva, díky které je mozek schopen dočasně odolávat poškození. Tato tlumící rezerva někdy zakrývá jakékoli základní problémy, dokud není překonána odolnost mozku a nemoc se zjevně neprojeví – obvykle v okamžiku, kdy preventivní léčba již není možná.

Jedním z nejlepších způsobů, jak zmírnit možné riziko rozvoje Alzheimerovy choroby, je rozšíření tlumící rezervy. Toho lze dosáhnout zvýšením počtu spojení mezi neurony v mozku. Je to spíše intuitivní, ale mozek s více spojeními bude schopen odolat nemoci, která způsobuje zničení neuronových spojení, na delší dobu než mozek s méně spojeními. Tato neurální neboli synaptická spojení mohou být zvýšena mnoha způsoby. Ačkoli hlavní prediktor hustoty synaptických spojení je ze své podstaty genetický, existuje několik faktorů prostředí, které mohou synaptickou hustotu ovlivnit. (Sahyouni, Brown, Chen, 2022, s.64)

2.6 Prevence a kognitivní trénink

Nejúčinnějším nástrojem pro udržení mozku v dobré kondici a minimalizaci pravděpodobnosti rozvoje MKP a následně i demence, je mít dostatek duševní a fyzické aktivity. Pokud už věk nedovoluje mít dostatek pohybu, je vhodné aspoň navštěvovat společenské akce, socializovat se nebo se sebevzdělávat. Konkrétní metody, jak zabránit rozvoji MKP jsou součástí tzv. kognitivního tréninku. Pokud někdo, kdo má podezření na vznik MKP zajde na vyšetření, dozví se od odborníka, které konkrétní schopnosti nebo funkce jsou slabší a potřebují trénink. Obecně je většinou vhodné:

- Pravidelně číst a pokoušet se zopakovat nebo parafrázovat, co jsem přečetl
- Osvojit si novou dovednost nebo jazykovou kompetenci
- Obecně trénovat paměť ať už je to krátkodobá, dlouhodobá, sluchová či zraková
- Počítat příklady nebo řešit slovní úlohy
- Udržovat vztahy s blízkými osobami ať už elektronicky na dálku nebo fyzicky
- Před usnutím se zastavit a zrekapitulovat si uplynulý den
- Zabývat se luštěním hádanek, křížovek, osmisměrek, sudoku, hrát společenské hry (ČALS, online)

3 ALZHEIMEROVA DEMENCE

Demenci lze rozdělit na předponu de-, což znamená „odejít“, a – mens, což znamená mysl. Doslova demence znamená „odchýlit se od mysli“. Je to obecný termín pro popis široké škály symptomů, které vedou k celkovému mentálnímu úpadku, který je natolik závažný, že zasahuje do každodenního života. Demence je termín, který je všudypřítomně spojován s Alzheimerovou chorobou, ale navzdory hovorovému prolínání těchto dvou pojmů jde o nesoúrodé entity. Rozdíl lze pochopit pomocí následující analogie. Představte si auto, které má poruchu na kraji silnice. Existuje mnoho různých věcí, které mohly způsobit rozbití vozu. Mohlo dojít k poruše motoru, převodovce mohla být vyřazena z provozu nebo jí prostě mohl dojít plyn. Demence je obdobou rozbitého auta – je to klinický termín, který popisuje konstelaci symptomů, ale neexistuje žádné vysvětlení etiologie, která je tomuto termínu vlastní. Důvod, proč jsou demence a Alzheimerova choroba považovány za rovnocenné, je ten, že 70–80 % případů demence je způsobeno Alzheimerovou chorobou. (Sahyouni, Brown, Chen, 2022, s. 71-72)

Alzheimerova demence se řadí k jednomu z nejzákeřnějších neurodegenerativních onemocnění vůbec. Jedná se o nezvratné onemocnění a zpočátku se projevuje velmi plíživě a prvních příznaků si všimne nejčastěji nejbližší okolí nemocného. A právě na okolí nemocného má pozdější stádium demence nejtěžší psychický dopad. Typickými příznaky demence jsou výpadky paměti pro nedávné události, porucha pozornosti a všípivosti. Objevuje se také úzkost, deprese, apatie a odpor. Alzheimerova demence zaujímá mezi ostatními demencemi první místo v četnosti výskytu a také je to jedna z nejčastějších příčin úmrtí. Terapie, která by odstraňovala příčinu nemoci v současné době neexistuje, ale včasná léčba je schopna postup nemoci výrazně pozdržet. Ovšem každý člověk postižený touto nemocí se dříve nebo později stává závislým na péči druhých osob. (Zvěřová, 2017, s. 7)

Alzheimerova demence obecně zahrnuje postupnou ztrátu přičetnosti, mentálního zdraví a lze říct, že konečným stádiem je něco jako smrt mozku. V průběhu nemoci se rozkládá především část mozku, ve které jsou uloženy informace z minulosti i ze současnosti, ovšem zasažena jsou i centrum kognitivních a fyzických schopností, jako je například řeč a pohyb. Jak nemoc postupuje, tak se příznaky dramaticky zhoršují. V pozdějších stádiích nemoci už pacient mnohdy není schopný mluvit nebo se vůbec pohnout. Později nastává výpadek téměř všech mozkových funkcí a pacient zemře. (Moustafa, 2021, s. 126)

3.1 Stručná historie Alzheimerovy demence

Příznaky Alzheimerovy choroby, jak je známe dnes, byly poprvé v historii popsány německým psychiatrem a neuropatologem Aloisem Alzheimerem v roce 1906. Zárodky jeho výzkumu leží v jeho působení v psychiatrické léčebně ve Frankfurtu nad Mohanem, kde se společně s tehdy uznávaným neurologem Franzem Nisslem pustil do výzkumu anatomie mozkové kůry a své hypotézy si společně ověřovali na zdejších pacientech. Zásadní zlom nastal v době Alzheimerova působení na univerzitní psychiatrické klinice v Mnichově, kdy jeho pozornost upoutal podivný případ pacientky Auguste Deterové, která v důsledku onemocnění mozkové kůry zemřela ve věku nedožitých 56 let zcela dementní. Při pitvě těla pacientky našel Alzheimer na povrchu mozkové kůry neobvyklé množství zvláštního povlaku. Jeho lékařští kolegové se domnívali, že objev nic převratného nedokazuje a že se jedná spíše jen o kuriózní případ. Alzheimer ovšem trval na své hypotéze a v následujícím období provedl obrovské množství pitev na makroskopické i mikroskopické úrovni mozkové tkáně. Tyto pitvy nakonec prokázaly Alzheimerovu hypotézu o nové zákeřné chorobě, která způsobuje těžkou demenci a následně byly zmiňované změny na mozkové tkáni v roce 1910 pojmenovány po svém objeviteli. (Zvěřová, 2015, s. 9)

Nemalé zásluhy za výzkum této nemoci připadají také nepochybně i pražskému psychiatru a neuropatologovi Oskaru Fischerovi, který výsledky pitev několika pacientů publikoval ve stejné době jako Alzheimer. Zkušenosti ve svém oboru získal za první světové války, kdy mezi jeho pacienty byla řada vojáků trpících duševními potížemi. Po válce působil v Praze na německé psychiatrické klinice, kde svoje výzkumy prováděl. (Zvěřová, 2015, s. 14)

Fischer provedl za svou praxi 16 pitev mozku u pacientů s demencí senilního typu a typické patologické změny na tkáni popsal ve své publikaci podobně jako Alzheimer. Dále spočívá jeho přínos v detailním porovnání případů postiženého mozku s mozkem zdravého člověka a také se změnami zapříčiněnými jinými onemocněními mozku. Jeho objev bohužel upadl na celé století v zapomnění, a to pravděpodobně ze dvou důvodů. Prvním důvodem byl Fischerův židovský původ, který nebyl před druhou světovou válkou příliš populární a druhým důvodem byla konkurence mezi psychiatry a neuropatology v Praze či v Mnichově. Záznamy o Fischerových výzkumech byly objeveny až v roce 2009. Našel je jistý Michel Goedert, zaměstnanec Laboratoře molekulární biologie v Cambridgi a následně je zveřejnil v odborném tisku. (Zvěřová, 2015, s. 16)

3.2 Co způsobuje Alzheimerovu demenci

Příčina Alzheimerovy demence zůstává stále neobjasněna. Nicméně současná teorie o amyloidní kaskádě poskytuje aspoň částečný vhled do příčiny nemoci. Teorie spočívá v tom, že za rozvojem Alzheimerovy demence stojí hromadění toxické substance nazývané senilní plak a také neurofibrilních svazků. S tím souvisí následná vysoká koncentrace beta-amyloidního proteinu. Pokud se zmíněné substance nahromadí, následuje odumírání mozkových buněk. Neurofibrilní svazky napadají strukturální integritu neuronů, čímž se odumírání buněk dále rozšiřuje a mění zdravé prostředí mozku na toxické. (Moustafa, 2022, s.127)

3.3 Existuje lék?

I když neexistují žádné léky, které by zcela vyléčily Alzheimerovu chorobu, existuje dostupná podpůrná léčba prostřednictvím potlačování příznaků. Léky, které se pro tento účel používají jsou zejména inhibitory cholinesterázy, které cílí na léčbu kognitivních symptomů Alzheimerovy choroby (např. ztráty paměti). Inhibitory cholinesterázy fungují tak, že regulují neurochemickou látku acetylcholin, který je nezbytný pro kognitivní funkce a díky Alzheimerově chorobě jsou jeho zásoby rychle vyčerpávány. Regulací acetylcholinu pomáhají inhibitory cholinesterázy udržovat kognitivní funkce a zpomalovat příznaky Alzheimerovy choroby. Schopnost inhibitorů cholinesterázy se však liší v závislosti na jedinci, stádiu onemocnění a času diagnózy. (Moustafa, 2022, s. 128)

3.4 Rozdělení Alzheimerovy demence

Alzheimerova demence se podle oficiální hodnotící škály rozděluje na mírnou, střední a těžkou. Mírné stádium probíhá zpravidla mezi prvním a čtvrtým rokem od propuknutí demence. Je charakteristické poruchami krátkodobé paměti a vštípivosti ohledně nových informací. Naopak údaje ze starší minulosti zůstávají poměrně dobře zachovány. Nemocný je citlivý na neočekávané situace, špatně se orientuje v novém prostředí a při náročnějších úkolech se cítí bezradný. Dokáže se o sebe sice zatím postarat sám, ale potřebuje některé jednotlivé věci připomínat, například prostřednictvím psaného návodu. V mírném stádiu si nemocný ještě uvědomuje svoji poruchu paměti a jiných dříve bezvadných schopností, takže se může objevovat apatie nebo naopak agresivita. (NZIP.cz, online)

Ve středním stádiu, které přichází v rozmezí dvou až deseti let od propuknutí demence, už začíná být nemoc náročnější zejména pro okolí nemocného, který už skoro nedokáže

uchovat v paměti nové informace, nepamatuje si své údaje, adresu ani činnosti, které dělal v ten samý den. Nepamatuje si ani například jména svých nejbližších, ztrácí se i v dobře známém prostředí, takže hrozí i nebezpečí, že nemocný odejde z domova a ztratí se. Přítomny jsou poruchy chování, řeči, spánku, halucinace, narušený rytmus dne a noci. Typické jsou šmátravé pohyby rukou, které jakoby něco ohmatávají nebo hledají. Nemocný vyžaduje dohled pečujících osob a dopomáhání při sebeobslužných činnostech jako například hygiena nebo stravování. Ve středním stádiu demence je nejvhodnější doba na aktivizační činnosti a nefarmakologické přístupy v péči, které, když jsou vhodně zvolené, jsou schopné postup nemoci zpomalit. (Fert'alová,2020, s. 17)

Těžké stádium přichází zhruba v rozmezí od sedmi do čtrnácti let od propuknutí demence. Nemocný v tomto stádiu už nedokáže srozumitelně sdělit své myšlenkové pochody, takže verbální komunikace není buď žádná nebo se projevuje nesrozumitelnými výkřiky. Vytrácí se reakce na jakékoliv okolní podněty, mizí reflexy, včetně polykacího. V tomto stádiu už nemocný vyžaduje stálou péči a dohled, takže vzhledem k časové a psychické náročnosti takové péče zvolí rodina nemocného ústavní péči. V zařízení sociální péče je nemocný buď pod zvýšeným dohledem personálu nebo je upoután na lůžko, což závisí na stupni demence. V terminálním stádiu během paliativní péče se objevují neurologické extrapyramidové příznaky, hypomimie nebo myoklonus. Onemocnění končí smrtí, nejčastěji na zadušení nebo interkurentní infekci. Zmíněná stádia se mohou v průběhu onemocnění samozřejmě svými jednotlivými příznaky překrývat, což závisí na formě demence, již přítomných tělesných onemocněních, osamělosti, úzkosti a péči o nemocného. (Fert'alová,2020, s. 18)

3.4.1 Práva lidí s demencí

Základním dokumentem, který upravuje práva lidí, bez ohledu na to, zda trpí demencí, či nikoliv, je Listina základních práv a svobod. Byla vydána 16. prosince 1992 usnesením České národní rady. Pro účely této práce uvedu jen ty nejdůležitější:

Článek 1: *„Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.“*

Článek 2 (1): *„Základní práva a svobody se zaručují všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnostní nebo etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení.“*

Článek 7 (1): „*Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena. Omezena může být jen v případech stanovených zákonem.*“ (2) „*Nikdo nesmí být mučen ani podroben krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu.*“ (psp.cz, online)

Tyto uvedené body z Listiny základních práv a svobod v širším slova smyslu souvisí i s právy osob trpících demencí. V užším slova smyslu mají osoby trpící demencí práva konkrétně taková:

- Právo na pravidelné informace o své nemoci
- Právo na odbornou, vhodnou a pravidelnou lékařskou péči
- Právo účastnit se práce a zábavy tak dlouho, jak jen lze
- Právo být při jakémkoliv zacházení považován za dospělého člověka, a ne za dítě.
- Právo být brán vážně při vyjadřování svých emocí a pocitů
- Právo nebýt léčen návykovými látkami, které ovlivňují psychiku, pokud je to možné
- Právo žít v bezpečném, klidném, transparentním a předvídatelném prostoru
- Právo radovat se z každodenních činností, které jsou smyslem života.
- Právo mít možnost vycházet pravidelně ven z domácnosti.
- Právo na tělesný kontakt s ostatními lidmi včetně ojetí, pohlazení, stisku ruky atd.
- Právo být s lidmi, kteří dobře znají dosavadní život nemocného a jeho zvyklosti například osobní rituály nebo náboženské vyznání
- Právo být ošetřován odbornými pracovníky v sociálních službách, kteří mají pro tuto práci patřičnou kvalifikaci a zaškolení. (ČALS, online)

3.5 Komunikace s osobou trpící Alzheimerovou demencí

V situaci, kdy je pečováno o člověka trpícího Alzheimerovou demencí, je důležité mít na paměti, že mozek dotyčného už nefunguje tak, jako kdysi. Milovaná osoba může v raných stádiích vypadat stále stejně, ovšem jen na povrchu. Z důvodu zasaženého paměťového centra proto bude například naučit osobu s demencí novým věcem velmi těžké, ne-li nemožné. V takovém období je právě na pečující osobě najít vhodnou cestu, jak se svou blízkou osobou v takovém stavu komunikovat. (Atkins, 2008, s. 74)

Velmi osvědčenou metodou je technika validace neboli přijetí. Je to metoda založená na přístupu s respektem a empatií na základě posouzení a vyhodnocení chování nemocného, který je zmatený nebo dezorientovaný, a jednoduchou technikou mu pomoci obnovit důstojnost, a zabránit zhoršení psychického stavu a stáhnutí se do sebe. Validace nabízí nemocnému prostřednictvím empatického posluchače, který je nebude soudit, ale naopak přijme jejich pojetí reality, snížení úzkosti, postupný růst vzájemné důvěry a obnovení důvěry v sebe sama. (Feil, Klerk-Rubin, 2022, s. 37)

Zde je několik technik, které zahrnuje validace v péči o člověka s demencí:

- Zůstat v klidu
- Věnovat pozornost výšce tónu svého hlasu. Když jsme rozčilení, náš hlas má tendenci zvyšovat svůj tón. Je dobré se záměrně snažit držet tón svého hlasu v nižších polohách.
- Netrvat na své pravdě, i když se nemocný evidentně mýlí.
- Když už dojde k hádce, uvědomit si možné následky (Má smysl argumentovat? Je šance, že hádku vyhraji? Stojí mi to za to? Bude si to nemocný například za 5 minut vůbec pamatovat?), a snažit se rozhovor obrátit k jinému tématu. Tomu se říká technika rozptýlení.
- Podporovat nemocnou osobu v jejích přesvědčeních a pocitech, ať jsou, jakkoliv bizarní. Každý má totiž rád pocit přijetí, protože je příjemný a funguje asi jako emocionální poplácání po zádech.
- Nesnažit se neustále nemocného napravit. Jen bychom ho tím drželi ve stresu a zmatenosti. (Atkins, 2008, s. 76)

3.6 Autonomie pacienta a právo rozhodovat o svém životě

V průběhu onemocnění Alzheimerovou demencí chce nemocný, tak jako každý jiný člověk, zůstat autonomní ve veškerém rozhodování tak dlouho, jak je to jen možné. Ale jakmile se dostane do pokročilé nebo dokonce pozdní fáze, obvykle ztrácí schopnost rozhodovat a vyjádřit srozumitelně svůj názor. Speciálně v pozdních stádiích se u nemocného skokově zvyšuje neschopnost v oblasti kognitivních i psychických kompetencí, a proto musí spoléhat na rodinu a na jejich rozhodnutí, které dělá místo něho. Ještě, než dojde k této fázi, doporučují obvykle specialisté z oboru geriatrické rodinám nemocného osvojit si způsob komunikace, prostřednictvím kterého budou schopni se nemocného

doptat na všechny jeho speciální požadavky v čase, kdy je ještě schopný mít jasné myšlení a úsudek. Tato praxe je samozřejmě vytvořena pro podporu respektování a úcty autonomie nemocného s ohledem na jeho přání, jak chce strávit několik posledních let svého života. (Domico, Hill, 2022, s. 142-144)

Pokročilé techniky komunikace s nemocným dovolují pečujícím vykomunikovat požadavky ohledně paliativní péče. Jedná se o zásadní opatření, jako například:

- Pokud začne mít nemocný potíže s polykáním, přál by si stravu/tekutiny podávat v jídelní tubě?
- Pokud začne mít nemocný potíže s dýcháním, přál by si raději dýchat s pomocí ventilátoru?
- Přál by si nemocný, aby mu byly podány sedativa, pokud by trpěl bolestí, aby se mu ulevilo, ale byl ještě při smyslech? (Domico, Hill, 2022, s. 142-144)

Tato rozporuplná rozhodnutí o závěru svého života není vůbec lehké dělat a pro nemocného může být velkou stresovou zátěží jen na ně pomyslet, nehledě na to, že v tomto stádiu nejsou výjimkou psychické stavy jako úzkost a deprese. Hranice mezi podporou autonomie u nemocného a tím, že ho budou pečující osoby zahlcovat požadavky ohledně rozhodování o sobě samém, je tenká, takže rodina ve spolupráci s odborníkem musí určit, jak moc je vhodné do nemocného v rozhodování podporovat. Je zde riziko, že nemocný v důsledku stále slabších kognitivních kompetencí nebude schopný zvážit všechna témata dostatečně do hloubky a také formulovat srozumitelné požadavky jako zpětnou vazbu. V takovém případě je potřeba situaci přehodnotit a bohužel začít dělat veškerá rozhodnutí bez aktivního zapojení svého blízkého. Rodinu nemocného to následně přivádí do podobně těžké situace, pokud se stane, že všechna důležitá témata související s paliativní péčí nejsou probrána ještě v době, kdy je nemocný relativně v dobrém stavu. (Domico, Hill, 2022, s. 142-144)

V odborném prostoru se navíc vede debata, jestli vůbec mají tyto předem domluvené směrnice (předem vyslovené přání) s nemocným nějaký význam. Někteří odborníci argumentují proti předem vysloveným přáním tvrzením, že je nemožné, aby nemocný v minulosti předvídal, jak bude chtít žít až se stane pro rozhodování nekompetentním. Vzhledem k tomu, že působením demence se zásadně mění struktura mozku, může nemocný v budoucnosti vnímat svůj život diametrálně odlišně a mít zcela jiná přání a očekávání, které do té doby nebylo možné očekávat. Příznivci tohoto argumentu vyjadřují

své obavy ze situace, kdy i ve velmi pokročilých stádiích demence nemocný dokáže stále mluvit a je schopný vyjádřit svoje přání, které může ovšem také znamenat touhu ukončit paliativní péči, kdy se pro nemocného každý den stává těžkým bojem. Odpůrci naopak argumentují tím, že je třeba striktně respektovat rozhodnutí nemocného z doby, kdy jeho mysl nebyla ještě tolik zasažena demencí, a že nerespektování těchto přání by bylo velkým znehodnocením autonomie nemocného. Třetí pohled, který vlastně spojuje oba předchozí pohledy spočívá v tom, že pokud nemocný v raném stádiu demence vyslovil přání, že by chtěl ukončit svůj život až se dostane do posledního stádia demence, tak by měl na tohle přání brán zřetel pouze tehdy, kdyby nemocný v posledním stádiu vykazoval zřetelné známky utrpení a smutku. Je jasné, že tato směs pohledů a názor dělá pro rodinu rozhodování o průběhu paliativní péče o to těžší, ale vždy je možnost se obrátit na odborníka, který rodinu nemocného tímto těžkým obdobím rozhodování provede. (Domico, Hill, 2022, s. 142-144)

4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Sociální služby jsou součástí větší skupiny s názvem veřejné služby. Jak už tento název napovídá, tak se jedná o služby, které provádějí nějakou prospěšnou činnost pro veřejnost potažmo společnost a jsou v jejím zájmu. Mezi veřejnými a komerčními službami je ten rozdíl, že komerční jsou financovány z peněz obchodních společností a veřejné z veřejných rozpočtů. Jsou však i případy, kdy může mít veřejná služba komerční charakter, a sice v případě obchodního kontraktu mezi poskytovatelem a uživatelem. Veřejné služby jsou daleko více upraveny legislativou, a proto je také jejich činnost závislá na politických rozhodnutích na té nejvyšší úrovni státu, ale také na úrovních krajů a obcí. V zahraničních textech se užívá i termín humanitní služby. Pod tímto termínem se sdružují kromě sociálních služeb i služby vzdělávací, administrativní a zdravotnické. V humanitních službách se uplatňují nejen profesionálové, ale i dobrovolníci. V českém prostředí se rozumí pojmem humanitní služby většinou přímá materiální pomoc lidem v akutní nouzi. Existuje více definic sociálních služeb. Matoušek definuje sociální služby takto: *„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.“* (Matoušek a kol., 2011, s. 9).

4.1 Sociální politika

Nejsměrodatnější definicí sociálních služeb je aktuální sociální politika státu, v tomto případě České republiky. Nejprve je potřeba si sociální politiku definovat. Slovo sociální pochází z řeckého slova socio a jeho tvarů socius, sociális neboli druh, družím, sjednocuji, společenský, společný. Další význam slova lze vyjádřit jako služba společenskému blahu. Politika je podle Potůčka:

- *„Soustava politických idejí, názorů a teorií*
- *Praktická činnost neboli politický proces vedoucí k pozitivním výsledkům*
- *Realizovaná politickými institucemi“* (Duková, Duka, Kohoutová, 2013, s. 51)

Takže když spojíme pojmy jako sociální a politik dohromady, vznikne nám jakési sjednocení prostředků využívaných pro blaho společnosti na základě rozhodnutí v politickém prostoru. (vlastní definice, 2023)

Existuje samozřejmě řada odborných definic sociální politiky. Například Tomeš definuje sociální politiku jako „*Soustavné a cílevědomé úsilí jednotlivých sociálních subjektů o změnu nebo udržení a fungování svého nebo jiného sociálního systému.*“ V kontrastu s ním uvádí Konopásek daleko výstižnější a komplexnější definici: „*Společenská aktivita zaměřená na zlepšení či udržení základních životních podmínek lidí a zabezpečování jejich sociální suverenity a sociálního bezpečí a k omezení sociální závislosti a sociálního ohrožení.*“ (Duková, Duka, Kohoutová, 2013, s. 54)

4.2 Druhy sociálních služeb

V obecné rovině existují tři druhy sociálních služeb:

- Sociální poradenství (součástí všech sociálních služeb)
- **Služby sociální péče** (jejich úkolem je zabezpečit základní životní potřeby lidem, kteří si je nejsou schopni zajistit bez péče jiné osoby)
- Služby sociální prevence (předcházejí sociálnímu vyloučení lidí, kterým hrozí v důsledku negativních sociálních jevů)

Sociální služby lze ještě rozdělit podle místního kritéria na:

- Terénní služby (jsou poskytovány v místě bydliště dané osoby, nejčastěji ve formě osobní asistence)
- Ambulantní služby (jsou poskytovány osobám, které do nich docházejí z vlastní vůle, nejčastěji ve formě poraden nebo denních stacionářů)
- Pobytové služby (jsou poskytovány klientům v zařízeních, jako jsou například domovy se zvláštním režimem, azylové domy nebo domovy pro osoby se zdravotním postižením, kde dlouhodobě pobývají) (Malíková, 2020, s. 28)

4.2.1 Zřizovatelé a poskytovatelé sociálních služeb

Podle zákona o sociálních službách jsou zřizovateli sociálních služeb:

- obce
- kraje
- MPSV

Poskytovatelé sociálních služeb jsou:

- Subjekty, které jsou zřizované obcí nebo krajem
- Fyzické osoby a nestátní neziskové organizace mající ve svém portfoliu širokou nabídku sociálních služeb
- MPSV – poskytuje i zřizuje služby sociální péče (Malíková, 2020, s. 44)

Důležitým zástupcem poskytovatelů sociálních služeb jsou v tomto případě především neziskové organizace, protože zastupují nejširší spektrum druhů služeb, které nejsou už z povahy neziskových organizací poskytovány primárně za účelem podnikání. Neziskový sektor je v naší zemi poměrně mladým odvětvím. Začal vznikat až po roce 1989 a v průběhu 90. let už v České republice existovalo několik pobytových zařízení sociálních služeb. Neziskové organizace mají v poskytování sociálních služeb velké pole působnosti a pod jejich vedením je i řada zařízení poskytujících zdravotní péči. (Malíková, 2020, s. 45)

Všichni poskytovatelé sociálních služeb také musí být před započítáním své činnosti být povinně zaregistrováni u příslušného krajského, který jim na základě žádosti vydá oprávnění k poskytování těchto služeb. Požádat o registraci, i pro více druhů sociálních služeb, má možnost fyzická i právnická osoba. Pokud poskytovatele zřizuje MPSV nebo MZ, pak rozhoduje o jeho registraci ministerstvo. Registrace je určena pouze pro poskytovatele sociálních služeb prostřednictvím oficiálních zařízení, tudíž se tato povinnost nevztahuje například na rodinné příslušníky osob, kteří poskytují péči v domácím prostředí. Oprávnění, které poskytovatel získá je důležitou zárukou pro uživatele služeb, jelikož garantuje dodržování oficiálně schválených postupů, které nepovedou k poškození jejich zdraví, důstojnosti a lidských práv. Pokud žadatel splní všechny náležitosti pro udělení oprávnění, vzniká mu právní nárok poskytovat ten druh služby, který uvedl v žádosti o registraci. Jakmile dojde k udělení oprávnění, zaeviduje krajský úřad nového poskytovatele do databáze poskytovatelů sociálních služeb, který je veden v elektronické a listinné podobě, přičemž elektronická část je na internetu v omezené míře dostupná všem občanům. Registr má na starosti MPSV. (Malíková, 2020, s. 50)

4.3 Kvalita v sociálních službách

Původ slova *kvalita* leží v latinském slově *qualis*, což znamená *jaký*, které má vypovídající hodnotu o určitých vlastnostech objektu. Jako synonymum slova kvalita by se dalo použít slovo *jakost*, ovšem vzhledem k tomu, že *jakost* se používá většinou ve výrobním sektoru,

tak pro oblast sociálních služeb bude lepší držet se původního výrazu. Pojem kvalita je sám o sobě neutrální a je možné ho vyjádřit až na základě nějakých zvolených ukazatelů, které se následně vyhodnotí a dostaneme přesnou míru kvality. Mezi klasicky tržním pojetím kvality a pojetím v oblasti sociálních služeb je řada rozdílů. Tržní sektor je orientován především na cenu a zisk z prodeje, ale v sociálních službách jde hlavně o etickou a normativní stránku kvality. Nejde jen o efektivitu služby, ale také například o to, jak se klient při poskytování služby cítil. Kvalita obsahuje subjektivní i objektivní prvky. Pro oblast sociálních služeb vyjadřuje objektivní kvalitu hodnocení poskytovatele služeb a subjektivní kvalitu vyjadřuje hodnocení zákazníka, tedy klienta sociálních služeb. Příkladem obou prvků může být například hodnocení vybavenosti pokojů pro nové klienty. Poskytovatel bude hodnotit nábytek v pokojích velmi kladně, jelikož je nový a moderní. Z hlediska klienta už tak kladné hodnocení být nemusí, protože by rád ocenil v pokoji vlastní nábytek, který mu připomíná skutečný domov. (Malík Holasová, 2014, s. 14)

4.3.1 Standardy kvality v sociálních službách

Kontrola kvality v sociálních službách leží v rukách státu. Prostřednictvím zákona o sociálních službách garantuje příjemcům služeb kvalitní péči. Současně, kdy vešel v platnost zmíněný zákon, tedy v roce 2006, byly zavedeny i standardy kvality sociálních služeb. Byl to poměrně důležitý mezník, jak zjistit, jestli při poskytování péče skutečně dochází k naplňování standardů kvality, což do té doby nebylo tak jednoznačné. Standardy nestanovují práva a povinnosti poskytovatele či příjemce služeb, ale pouze popisují dobrou praxi v tomto oboru. Jsou popsány podle měřitelných kritérií, díky kterým je možno objektivně posoudit, zda je konkrétní standard naplňován. Jakmile se začalo více dbát na kvalitu v sociálních službách, tak se objevila snaha celkově formalizovat pravidla poskytování služeb, pokud možno co nejtransparentněji. Každá organizace má povinnost mít písemně zpracované standardy a metodiku poskytování služeb. Každá položka ve standardech kvality je navržena tak, aby zajišťovala svobodu klienta a posilovala jeho postavení. Klient by totiž měl být vnímán jako hlavní měřítko kvality a úspěšnosti celého zařízení. Celková spokojenost klient se skládá ze dvou složek. První je spokojenost s výsledkem služby a druhá je spokojenost s procesem poskytování služby. Proto jsou ve standardech kvality zohledněny obě složky. (Malík Holasová, 2014, s. 50)

Dle zákona je oblast kvality v sociálních službách upravena 15 standardy kvality:

- Cíle a zásady poskytovaných služeb

- Ochrana práv klientů
- Jednání se zájemcem o poskytování sociální služby
- Smlouva o poskytování sociální služby
- Individuální plánování
- Dokumentace
- Stížnosti na kvalitu služeb nebo jejich poskytování
- Návaznost služby na dostupné zdroje
- Personální a organizační zajištění
- Profesní rozvoj personálu
- Místní a časová dostupnost služby
- Informovanost o poskytované sociální službě
- Prostředí a podmínky
- Nouzové a havarijní situace
- Zvyšování kvality poskytované sociální služby (Dvořáčková, 2012, s. 102)

Jednotlivým standardům jsou přiřazena hodnotící kritéria a bodové hodnocení. Toto hodnocení je v rukou inspektorů v sociálních službách, kteří podle svých metodik hodnocení stanoví, na kolik procent byly standardy splněny. Při nesplnění standardů jsou organizaci odečítány body, což je restriktivní nástroj ze strany státu. (Malík Holasová, 2014, s. 53)

4.4 Značka kvality

Jedním z nejznámějších systémů hodnocení kvality v sociálních službách je projekt Značka kvality, který vznikl v roce 2009. Podílí se na něm významné subjekty z oblasti sociálních služeb, jako například MPSV, Svaz měst a obcí, Česká katolická charita atd. V začátcích se zaměřil na domovy pro seniory, kterým byly uděleny první certifikace na přelomu let 2011 a 2012. Od roku 2013 byl systém rozšířen i pro domovy se zvláštním režimem a další. Seznam zařízení, které dostaly certifikaci Značky kvality se od té doby podstatně rozšířil, jelikož byl velký zájem o zlepšení image před veřejností i rodinami uživatelů ze strany organizací. Projekt se postupně změnil v aktivní systém, který reflektuje postupně se stále

zvyšující požadavky na kvalitu v oblasti sociální péče. Jednou ročně probíhá aktualizace a úprava kritérií na základě doporučení odborníků, která zajistí, že budou zohledněny aktuální legislativní změny a nové trendy v oblasti sociálních služeb. (znackakvality.info, online)

Hlavní cíle projektu Značka kvality:

- Umožnit veřejnosti, odkud se rekrutují potenciální uživatelé služby, snadnější orientaci v nabídce pobytových služeb
- Zlepšit celkovou úroveň kvality napříč zařízeními sociálních služeb
- Zavádět využívání moderních informačních technologií při zvyšování kvality sociálních služeb
- Zvýšit kvalitu a efektivitu sociálních služeb prostřednictvím využívání poradenství nezávislých odborníků (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 256)

4.5 Význam sledování kvality a její hodnocení

Přijetí standardů a systému kvality je pro zařízení sociální práce zásadní rozhodnutí. Pro jeho dobrou praxi je třeba efektivně sladit základní profesní poslání, dobro klientů a atmosféru na pracovišti se složitou administrativou, finanční náročností a manažerským uměním efektivně nasměrovat, jak vlastní, tak veřejné zdroje. Pro opravdu fungující systém kvality je potřeba účelová spolupráce všech pracovníků v organizaci, což je mnohdy vzácný jev. (Vlastní úvaha, 2023)

Hodnocení kvality v zařízení sociálních služeb probíhá ve dvou rovinách, a sice z pohledu poskytovatele služeb a ze strany příjemce služeb neboli klienta. Každá organizace si sama stanoví pravidelnost a způsob hodnocení, který bude zaznamenán v metodikách. Průběžně hodnotit a kontrolovat může personál například na pravidelných týmových poradách, kde se kompetentní pracovníci budou zabývat tím, zda je praxe v jejich zařízení v souladu s deklarováním veřejným závazkem, který byl deklarován při založení. Dále může mít hodnocení kvality ze strany poskytovatele formu rozhovoru s pracovníky spojeným se sebehodnocením, supervize nebo případné hodnocení ze strany spolupracujícího nebo navazujícího poskytovatele služeb. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 220)

Nejsilnějším nástrojem pro zjištění kvality sociálních služeb je hodnocení od klientů. Způsob, kterým bude prováděna zpětná vazba by měl být bezpečný a anonymní, jelikož

v opačném případě by se mohlo stát, že z důvodu obav z následků vyjádření pravdivého názoru nebude hodnocení klienta relevantní. Je zde možnost využití anonymních dotazníků pro klienty, kteří jsou schopni ho vyplnit, dále rozhovor s klienty z přítomnosti nezávislého pracovníka, jehož přítomnost klientům zaručí, že za případnou kritiku nebudou v budoucnu nijak postihováni. Dalším způsobem může být zpětná vazba od rodinných příslušníků klienta. Veškeré způsoby zjišťování zpětné vazby jsou užitečné jen v případě, že veškerá případná kritika bude nějakým způsobem vyhodnocena, a především vnímána jako prostředek ke zdokonalení a nacházení rezerv, nikoliv jako projev neúcty ke své práci. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 221)

4.6 Financování sociálních služeb

Obecně platí, že sociální služby mají vícezdrojové financování, ve kterém platí určité rozdíly z hlediska druhu služby a jejího poskytovatele. Celkově patří do zdrojů příjmů poskytovatelů sociálních služeb tyto položky:

- Dotace a granty ze státního rozpočtu – Poskytovatelům, kteří jsou řádně zaregistrováni v registru poskytovatelů sociálních služeb jsou poskytovány dotace ze státního rozpočtu, které prochází rozpočtem obcí a krajů v přenesené působnosti a MPSV. Může si zažádat každý poskytovatel sociálních služeb, který je řádně zaregistrovaný, ovšem registrací nevzniká automaticky právní nárok na dotaci, protože jsou nenárokové. Nárok na udělení dotace se posuzuje dle potřebnosti služby a odůvodněnosti žádosti. Dalšími údaji jsou přesný charakter služby, zamýšlená kapacita pro klienty, počet registrovaných poskytovatelů a odhadovaná finanční náročnost.
- Příspěvky zřizovatelů služeb – Zahrnuje příspěvek na provozní náklady a účelové příspěvky na pořízení hmotného i nehmotného majetku.
- Příjmy od uživatelů služeb – Sociální péče je poskytována klientům buď bez úhrady nákladů, s částečnou úhradou nákladů nebo plnou úhradou nákladů. V pobytových službách, jako jsou například domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením nebo domovy se zvláštním režimem si hradí klienti stravu, ubytování péči poskytovanou v rozsahu, který je uveden ve smlouvě spolu s výší úhrady.
- Příspěvky na péči – Poskytují se osobám, které jsou díky svému stavu závislé na péči jiné fyzické osoby. Stát se tímto způsobem podílí na zajištění potřebných forem pomoci při uspokojování základních životních potřeb. Nárok na příspěvek vznáší

osoba, která je z důvodu svého nepříznivého zdravotního stavu dlouhodobě odkázaná na péči buď osoby blízké, asistenta sociální péče nebo oficiální poskytovatel sociálních služeb zapsaný v registru. Stupnice závislosti na pomoci jiné osoby má čtyři stupně od lehké závislosti po úplnou závislost. Při posuzování stupně závislosti se hodnotí, kolik z deseti základních potřeb je dotyčná osoba schopná sama si zabezpečit. Mezi tyto potřeby patří například pohyblivost, komunikace, stravování, hygiena nebo fyziologická potřeba. Pro uznání závislosti je nutné, aby existovala příčinná souvislost mezi poruchou funkce z důvodu nepříznivého zdravotního vztahu a schopností si zabezpečit konkrétní potřeby.

- Příjmy z veřejného zdravotního pojištění – Představují úhrady od zdravotních pojišťoven, u nichž jsou klienti zaregistrováni s tím, že tyto úhrady se týkají zejména zdravotnických pomůcek, prostředků a léků pro klienty.
- Příspěvky obcí, měst, krajů – Vydávají příspěvky na podporu činnosti sociálních služeb z vlastních zdrojů nebo jsou jim poskytovány účelové dotace z MPSV.
- Příjmy z darů – Dary od charitativních organizací nebo soukromých dárců.
- Vedlejší a mimořádná výdělečná činnost (Malíková, 2020, s. 46)

Tyto finanční toky je možné dále kategorizovat a přiřadit je k sociálně politickým modelům. V České republice převládá tzv. dotační model financování. Jedná se o kombinaci všech modelů, který je uplatňován v České republice a jiných státech s podobným sociálně-demokratickým modelem. Tento model financování je postaven na poskytování dotací poskytovatelům sociálních služeb na úhradu provozních výdajů. Od roku 2015 rozhoduje o veřejném financování sociálních služeb na svém území příslušný kraj, který poskytovateli hradí jen část jeho nákladů bez ohledu na to, kdo je koncovým klientem sociální služby. Dotace cílí na úhradu běžných výdajů, které souvisí s poskytováním sociální služby v rozsahu základních činností upravených zákonem o sociálních službách. Jelikož na obdržení dotace nemá poskytovatel nárok ze zákona, takže se pro něho stává poměrně nevyzpytatelným zdrojem. Dokonce je faktem, že dotace pokrývá pouze virtuální náklady na provoz, protože její přiznání probíhá na základě plánovaného rozpočtu, nikoliv reálného. Navíc je zde skutečnost, že výše dotace bývá většinou oproti původním požadavkům poskytovatele zkrácena, takže poskytovatel mívá tendenci plánované náklady nadsazovat, což je v důsledku neefektivní. V praxi to může vést ke dvěma jevům:

- Poskytovatel se snaží přizpůsobit proces poskytování služby a její řízení dotačním podmínkám, což je velmi častý jev
- Poskytovatel v konečném důsledku vrací část nevyužité dotace, což se ovšem děje velmi zřídka (Vojtíšek, 2018, s. 38)

Co se týká obecných podmínek pro získání dotace pro poskytování sociálních služeb, tak je to platná registrace na příslušném úřadě a včasné podaná řádná žádost o dotaci. Dobré je, že je tu i dost jiných způsobů, jak hradit poskytování sociálních služeb. (Vojtíšek, 2018, s. 38)

4.7 Domovy se zvláštním režimem

V domovech se zvláštním režimem jsou poskytovány pobytové služby osobám, které nejsou dostatečně soběstačné z více důvodů. Většinou je tato nesoběstačnost způsobena trvalým duševním onemocněním, neurologickým poškozením z důvodu dlouhodobého užívání návykových látek anebo demencí. V případě demence je nutná pravidelná pomoc, čemuž je v takovém zařízení přizpůsobený režim, který odpovídá specifickým potřebám těchto klientů. (ČALS, online)

Hlavním cílem tohoto druhu pobytové sociální služby je svým klientům zabezpečit klidné, příjemné, a především důstojné místo pro život s veškerým zázemím, pohodlím a potřebnou péčí vzhledem k jejich individuálnímu stavu. Způsob ubytování má klientům v nejvyšší možné míře nahradit takové prostředí, na které byli zvyklí v době svého plného zdraví nebo na které byli zvyklí v rámci domácí péče. Pracovníci takového zařízení podporují klienty ve vlastní soběstačnosti, udržují je v sociálním kontaktu s prostředím mimo zařízení a fungují jako zprostředkovatelé při navazování nebo upevňování komunikace mezi klientem a jeho rodinou. Zapojování klienta do společenského prostředí probíhá formou návštěv různých kulturních akcí, představení, výstav nebo účastí na nějakých sportovních akcích. V těchto případech je samozřejmě rozhodující zdravotní stav klienta, jeho schopnosti a zájem o společenský život. (ČALS, online)

5 OBECNÁ CHARAKTERISTIKA PODNIKÁNÍ

Lidstvo si osvojilo umění podnikání už pře mnoha staletími, ale pravidla, kterými je podnikání upraveno jsou vzhledem k historii lidstva poměrně mladá. Každá jednotlivá osoba, která provozuje podnikatelskou činnost je nazývána podnikatelem. Nový občanský zákoník, tj. zákon č.89/2012 Sb., v §420 definuje podnikatele takto: „*Kdo samostatně vykonává na vlastní účet a odpovědnost výdělečnou činnost živnostenským nebo obdobným způsobem se záměrem činit tak soustavně za účelem dosažení zisku, je považován se zřetelem k této činnosti za podnikatele.*“ (zákon č.89/2012 Sb., online)

Tato oficiální definice ovšem nemusí vždy odpovídat realitě. Definice totiž zjevně nepřipouští pro podnikatele jinou motivaci, než je zisk, ale mnohdy se člověk rozhodne podnikat z mnohem složitějších a niternějších pohnutek, než je vidina samotného zisku. Smyslem podnikání je vytvoření nějaké vlastní přidané hodnoty, nikoliv jen pro následný zisk, ale i pro přispění něčím užitečným do společnosti, například sociální podnikání. (Šafrová Dršilová, 2019, s. 14)

V obecné rovině existuje několik přístupů k pojmu podnikání:

- Ekonomické pojetí – Podnikatel vyvíjí činnost, při které zapojuje ekonomické zdroje a snaží se zvýšit jejich původní hodnotu. Touto činností dynamicky vytváří právě svou přidanou hodnotu
- Psychologické pojetí – Podnikatel je motivovaný potřebou získat pro sebe něco víc. Chce něčeho v životě dosáhnout, něco si vyzkoušet, seberealizovat se. Při následném úspěchu se podnikatel zbaví finanční závislosti na jiných osobách, postaví se na vlastní nohy, a navíc ještě uspokojí potřebu seberealizace.
- Sociologické pojetí – Podnikatel svou činností vytváří blahobyť pro všechny, kteří se společně s ním procesu podnikání účastní zejména vytvářením nových pracovních míst a hledáním způsobu, jak zdokonalit využívání zdrojů.
- Právnícké pojetí – V tomto pojetí se vychází z oficiální definice pojmu podnikání v Novém občanském zákoníku (Veber, Srpová, 2012, s. 5)

5.1 Neziskové organizace a neziskový sektor

Neziskový sektor a organizace mají v současné době ve všech vyspělých ekonomikách na celém světě nezastupitelnou roli, a jejich význam stále roste. Neziskový sektor koexistuje

společně se ziskovým sektorem a navzájem se doplňují, čímž vytváří smíšenou ekonomiku. Neziskový sektor slouží jak k prosazování soukromých hodnot a zájmů, tak k vykonávání společensky potřebných činností. Zaměstnává velké procento občanů ať už na placené úrovni nebo v rámci dobrovolnictví. Neziskový sektor realizuje svou činnost prostřednictvím neziskových organizací, které působí především v těch oblastech, které jsou buď pro ziskový sektor právě z důvodů zisku neatraktivní, anebo v nich ani podnikání není ze strany státu dovoleno, protože chce mít nad těmito službami kontrolu. Často se uvádí, že četnost neziskových organizací je jakýmsi ukazatelem společenského rozvoje v zemi, protože jejich činnost obohacuje nejen příjemce služeb, ale i celou společnost, mění veřejné mínění a iniciuje společenské změny. Iniciativa k založení neziskové organizace, za kterou se skrývají různé důvody, může přicházet od občanů, ze strany státu, rodin, zájmových skupin nebo i ze soukromého sektoru. V mnoha odborných zdrojích je uvedeno, že nezisková organizace je subjektem, jehož hlavním rysem je absence zisku, ovšem nelze to takto kategoricky pojmenovat. Řada autorů (Hejduková, Vít) se shoduje na tom, že správná charakteristika neziskových organizací by měla říkat, že je to subjekt, u kterého není zisk hlavním smyslem existence, popřípadě že určitá činnost generující zisk není neziskovým organizacím odepírána. Zisk být generován může, ale neměl by primárně sloužit zakladatelům nebo členům organizace. Hejduková přesně definuje neziskovou organizaci jako „*subjekt založený na nekomerčním principu, například za účelem dosahování společného, společenského dobra, a slouží k veřejnému prospěchu či prospěchu určité skupiny.*“ (Hejduková, Hommerová, Krechovská, 2018, s.11)

Neziskové organizace zastávají vzhledem k důvodu své existence několik funkcí. Podle Tetřevové (2008) má neziskový sektor zejména tyto funkce:

- Ekonomická funkce – Odkazuje na skutečnost, že neziskový sektor neoddělitelnou součástí ekonomik vyspělých zemí, v rámci neziskového sektoru jsou nabízeny výrobky, služby a funguje jako spotřebitel a zaměstnavatel zároveň.
- Sociální funkce – Souvisí s tím, že poskytováním služeb a statků uspokojuje potřeby společnosti nebo členů jednotlivých institucí, jinými slovy zasahuje do života každého člena společnosti více či méně.
- Politická funkce – Tato funkce chrání neziskový sektor před nerespektováním a porušováním práv, dává příležitost občanům mít vliv na politiku a také na celkové veřejné mínění. (Hejduková, Hommerová, Krechovská, 2018, s. 39-41)

Podle Pospíšila (2009) lze obecně funkce neziskového sektoru charakterizovat takto:

- Servisní funkce – Spočívá v produkci statků a služeb v oblastech, ve kterých selhává stát
- Expresivní funkce – Poskytuje nástroje pro vyjadřování hodnot, cílů, zájmů a názorů
- Filantropie – Zřizuje instituce, které jsou celospolečensky potřebné nebo hodnotné, jako například nemocnice, vysoké školy, muzea atd.
- Charita – Jejím úkolem je přesun zdrojů k potřebným lidem
- Zlepšovací a advokátní funkce – Prosazuje zájmy a požadavky specifických skupin
- Inovační funkce – Provádí změny v produkci a objevuje nové příležitosti uplatnění neziskových organizací v různých oblastech
- Komunitní funkce – Má na starosti navazování nových kontaktů, vytváření vazeb a možnosti sdílení hodnot
- Sociální funkce – Prostřednictvím sociálního podnikání vytváří sociální hodnoty v občanské společnosti

Neziskové organizace se také dělí podle předmětu svých činností v rámci těchto tří základních klasifikací:

- Mezinárodní klasifikace neziskových organizací – ICNPO
- Systém klasifikace netržních činností podle OSN – COPNI
- Odvětvová klasifikace nevýrobních ekonomických činností – CZ-NACE (nástupce OKEČ), (Hejduková, Hommerová, Krechovská, 2018, s. 45)

Nejzásadnější rozdělení neziskových organizací ovšem spočívá v dělení na státní a nestátní neziskové organizace.

5.2 Státní neziskové organizace

Zřizovatelem státních nebo též vládních neziskových organizací jsou instituce veřejného sektoru. Je jejich rolí je zjišťovat pro obyvatelstvo veřejné služby v podobě čistých a smíšených veřejných statků. V rámci České republiky jsou vládní neziskové organizace zastoupeny hlavně organizačními složkami a příspěvkovými organizacemi. (Hejduková, Hommerová, Krechovská, 2018, s. 87-89)

5.3 Nestátní neziskové organizace

Nestátní neboli nevládní neziskové organizace mají co do počtu zastoupení v rámci české republiky proti státním jasnou převahu. Na rozdíl od státních neziskových organizací mohou být nestátní zřízeny i soukromým subjektem a tím pádem jsou upraveny i jinými právními předpisy. Nestátní neziskové organizace v praxi významným způsobem pomáhají odlehčit veřejnému sektoru, a to ještě navíc s velkými úsporami, jelikož statky a služby, které neziskový sektor produkuje bývají v zájmu právě veřejného sektoru. U tohoto druhu neziskových organizací je hlavním zdrojem samofinancování a fundraising, přesto se stává, že jsou povoleny i zdroje z veřejného rozpočtu například ve formě dotací. Pro tyto případy je ale důležité poukázat na skutečnost, že tato podpora skrze veřejné zdroje nebývá nároková, takže externí financování nestátních neziskových organizací zůstává na soukromých subjektech. Zásadní změnu pro fungování nestátních neziskových organizací přinesl Nový občanský zákoník, který byl vydán v roce 2012 a nahradil Občanský zákoník z roku 1964 a několik dalších předpisů například o nadacích, nadačních fondech a zákon o sdružování občanů. (Hejduková, Hommerová, Krechovská, 2018, s. 90-92)

Dle aktuální právní úpravy existuje několik forem nestátních neziskových organizací. Pro účely této práce si ovšem uvedeme ty nejznámější, které se v oblasti sociálních služeb zřizují:

- Spolky – Důvodem existence spolku bývá činnost, která směřuje k naplňování společného zájmu jeho zakládajících členů. Zakladatelé si mohou zvolit, jestli spolek bude provozovat činnost prospěšnou celé společnosti, anebo pouze svým členům vzájemně. Podle právního předpisu je možné obojí. Členem spolu se může stát fyzická i právnická osoba v jakémkoliv zastupujícím počtu, ovšem minimum členů pro vznik spolku jsou tři, kteří se společně dohodnou na znění stanov. Důležitá je i skutečnost, že členové za dluhy spolku neručí. Spolek vznikne okamžikem zápisu do veřejného rejstříku. Je nutné, aby slovo spolek nebo zapsaný spolek bylo součástí jeho názvu. Standardně se používá zkratka z. s. Statutárním orgánem spolku je předseda nebo výbor a nejvyšším orgánem bývá členská schůze, která rozhoduje o zaměření činnosti spolu, výsledku hospodaření, o členství jednotlivých osob spolku a o změnách v rámci stanov. Ve spolku je možnost provozovat hlavní i vedlejší činnost, ovšem za podmínky, že hlavní činnost nesmí být podnikání a jiná obdobná výdělečná činnost. Hlavní činnost musí uspokojovat a chránit výhradně ty zájmy, pro které byl spolek založen. Vedlejší činnost znaky podnikání a zisk vykazovat může, ale výdělek musí být

využitý na podporu hlavní činnosti. (Hejduková, Hommerová, Krechovská, 2018, s. 99-101)

- Fundace – Právnícká osoba, na jejíž činnost je vyčleněn majetek, který má sloužit k určitému účelu. Interní struktura fundace je upravena ve statutu. Fundace se zakládají prostřednictvím zakladatelského právního jednání nebo zákonem, přičemž v každém z nich musí být popsána majetková struktura a účel založení. Pod kategorií fundace spadají i nadace a nadační fondy. (Hejduková, Hommerová, Krechovská, 2018, s. 105-107)
 - a) Nadace – Podle Víta (2015) se jedná o výchozí typ fundace. Zakládá se za účelem provozování aktivit, které jsou užitečné buď společensky anebo hospodářsky. Účel nadace může být vyhrazen jako dobročinný nebo jako veřejně prospěšný. Což se odvíjí od toho, oho nadace ze svých prostředků podporuje. Nadacím je ze zákona povoleno vyvíjet nějakou podnikatelskou činnost s tím, že obdobně jako u předchozích typů neziskových organizací musí mít charakter pouze vedlejší činnosti a výdělek z ní musí být použit na podporu účelu nadace. (Vít, 2015, s. 109-111)
 - b) Nadační fond – Tato forma se rovněž zakládá k účelům hospodářsky a společensky prospěšným. Je povinna vytvářet nadační listinu a kapitál. Založení probíhá obdobně jako u nadace. (Hejduková, Hommerová, Krechovská, 2018, s. 118-120)

Pokud jde o způsob založení ta nadace je zakládána na základě nadační listiny, kterou může vytvořit jeden či více zakladatelů, a která musí být ve formě notářského zápisu nebo na základě závěti. V názvu nadace by mělo být obsaženo jak slovo nadace, tak i dodatek, který by měl odkazovat na účel nadace. Podle Nového občanského zákoníku je statutárním orgánem nadace správní rada, která musí čítat nejméně tři členy, řídí činnost nadace a zastupuje nadaci ve vztahu s veřejností. Je nutné, aby členové správní rady byli bezúhonní a aby již nebyli členy v jiné nadaci. Kontrolním orgánem nadace je dozorčí rada, jejíž počet členů je upraven stejně, jako u správní rady. Dozorčí rada má za úkol například kontrolovat činnost správní rady, kontrola řádného plnění podmínek pro nadační příspěvky nebo kontrolovat účetnictví. Majetek nadace je zastoupen nadační listinou a ostatním majetkem. Pokud se vyjádří majetek nadace peněžně, označuje se jako nadační kapitál, který se zapisuje do veřejného rejstříku. Nadace vykonává své poslání prostřednictvím nadačních příspěvků, což jsou finanční

prostředky vynakládané na základě nadační listiny. Nadační příspěvek nelze použít na osoby, které se na činnosti podílí, ani na osoby blízké. Ten, kdo nadační příspěvek dostane, je povinen nadaci doložit, jak tento příspěvek využil, přičemž musí být tento způsob v souladu s předem sjednanými podmínkami. (Hejduková, Hommerová, Krechovská, 2018, s. 119)

- Ústav – Je právnickou osobou založenou za účelem provozování činnosti, která je společensky nebo hospodářsky užitečná. Podle Nového občanského zákoníku nahrazuje dřívější prospěšné společnosti. Pro tuto činnost využívá svůj vlastní majetek. Ústav může, na rozdíl od nadace, provozovat podnikatelskou aktivitu i v rámci své hlavní činnosti s přihlédnutím na svůj účel, samozřejmě. Ústavu je dovoleno provozovat například obchodní závod nebo podobnou vedlejší činnost, ale nesmí být na úkor kvality hlavní činnosti, což bývá například poskytování různých služeb. Zisk, který je v rámci podnikatelské činnosti vygenerován musí být použit k podpoře činnosti, kvůli které byl původně ústav založen, a také k úhradě správních nákladů. Ústav lze založit obdobně jako u předešlých neziskových organizací, tedy zakládací listinou, pořízením a ve formě notářského zápisu. (Hejduková, Hommerová, Krechovská, 2018, s. 124-129)

Ve většině případů lze nevládní neziskové organizace označit pojmem korporace, což je podle občanského zákoníku právnická osoba, která tvoří společenství osob. Výjimkou ovšem není ani právnická osoba, která je tvořena pouze jedním členem.

5.4 Shrnutí teoretické části

V teoretické části jsou za pomoci českých i zahraničních odborných zdrojů a publikací na téma sociální služby, Alzheimerova demence a základy podnikání atd., zpracovány teoretické poznatky, ze kterých bylo následně vycházeno v dalších částech práce. Autoři literárních zdrojů k teoretické části byli například Malíková, Matoušek, Čechová, Zvěřová či Pokorná.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 ANALÝZA SOUČASNÉHO STAVU POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB OSOBÁM S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ V ČR A VE ZLÍNSKÉM KRAJI

Obecně má v České republice diagnostikovanou nějakou formu demence zhruba 165 000 lidí. Z tohoto celkového počtu jsou až dvě třetiny ženského pohlaví, s tím, že číselně vyjádřeno je z celkového počtu pacientů s demencí přibližně 52 000 mužů a 113 000 žen. S věkem samozřejmě přibývá četnost výskytu demence u obou pohlaví, takže ve věku nad 80 let je demencí postiženo přibližně 20 % české populace. Vzhledem k historickému vývoji ohledně počtu lidí s demencí na našem území je jasně patrný rostoucí charakter a předpokládá se, že v roce 2050 bude v České republice přes 380 000 lidí s touto diagnózou. Výdaje na péči o nemocné podstatně zatěžují veřejné i soukromé rozpočty. Navíc tito nemocní jednotlivci nenesou náklady a škody způsobené touto nemocí sami. Podle demografických statistik České republiky zasahují lidé trpící demencí do osudů zhruba dalších 250 000 lidí, kterým péče a stres spojený se starostí o pacienta a člena rodiny významně snižuje kvalitu života. Lze předpokládat, že se v ČR v budoucnu zvýší počet nemocných s demencí ku počtu lidí v produktivním věku. Aktuálně zde připadají na 100 práce schopných lidí ve věku od 15 do 64 3 lidé s demencí, ale v roce 2050 už to může být až 6 lidí. (ČALS, výroční zpráva 2022, online)

Kraje České republiky	Počet osob s demencí
Praha	20 650
Středočeský kraj	19 553
Jihočeský kraj	10 210
Plzeňský kraj	9 151
Karlovarský kraj	4 358
Ústecký kraj	11 444
Liberecký kraj	6 707
Královéhradecký kraj	9 334
Pardubický kraj	8 245

Vysočina	8 271
Jihomoravský kraj	19 238
Olomoucký kraj	10 215
Zlínský kraj	9 673
Moravskoslezský kraj	18 265

Tabulka 1 Počet lidí s demencí v jednotlivých krajích ČR (zdroj: ČALS, výroční zpráva 2022, online)

6.1 Česká alzheimerovská společnost

Česká alzheimerovská společnost (ČALS) byla založena v roce 1996 s cílem podporovat a pomáhat lidem postiženým touto nemocí. Do této skupiny se řadí, jak samotní nemocní, tak i jejich blízcí, protože tato nemoc má stejně těžký dopad na obě skupiny. ČALS sídlí v pražském Gerontologickém centru v Kobylisích. Spolupracuje s poskytovateli ošetrovatelských služeb na pomezí mezi zdravotnickými a sociálními typy služeb komunitního typu, podle čehož taky upravuje svou činnost a celkové směřování. ČALS má v České republice nyní celkem 25 kontaktních míst, které v letech 2014 až 2016 prošly projektem odborného rozvoje pod zastřešením Ministerstva zdravotnictví. Pod pojmem kontaktní místa ČALS se sdružují státní i nestátní zařízení, které poskytují kvalitní služby lidem postiženým demencí. Jedná se o lůžkové služby, denní stacionáře, DZR, odlehčovací služby atd. Jelikož ČALS velmi dbá na to, aby mezi jejich kontaktní místa patřila pouze ta nejkvalitnější zařízení, tak při výběru těchto zařízení používá vlastní certifikační systém Vážka. ČALS se řídí touto větou: „*Nechceme poskytovat "akademické" rady, chceme znát současnou situaci nemocných, jejich rodin, ale také poskytovatelů služeb a z těchto zkušeností vycházet.*“ (ČALS, online)

Oficiálně jsou v rámci ČALS poskytovány dva druhy sociální péče:

- **Respitní péče** – Cílem je zajistit klientům s demencí v jejich domácím prostředí dostatečnou pomoc i v době, kdy osoba, která se o nemocného běžně stará z nějakého důvodu nemůže, přičemž většinou je to z důvodu nutného odpočinku nebo zařízení vlastních neodkladných věcí. Je to vlastně forma odlehčovací služby, která se objednává se souhlasem klienta ve spolupráci s pečující osobou, což je vhodné zejména pokud má klient potíže s komunikací. I když do jednání o poskytnutí služby vstupuje jako objedávající právě pečující osoba, tak konečné slovo má vždy klient, kterému

bude poskytována. Pro zmíněné případy, kdy se klient není schopen verbálně vyjádřit, má poskytovatel zpracovanou metodiku, díky které určí souhlas či nesouhlas. (ČALS, online)

- **Konzultace** – Individuální konzultace jsou poskytovány jak lidem s demencí, tak i pečujícími osobám. Konzultace probíhají v sídle ČALS v příjemném a klidném prostředí. Předmětem konzultací je předávání užitečných informací pečujícími osobám ohledně průběhu nemoci, přístupu k nemocnému nebo sociálně-právních záležitostech. Dále je cílem těchto konzultací minimalizovat zátěž a stres u pečujících osob, poradenství v oblasti duševní hygieny a podpora v jejich nelehkém úkolu. (ČALS, online)

Odděleně od poskytovaných sociálních služeb existují pod záštitou ČALS dvě podpůrné svépomocné skupiny:

- **Čaj o páté** – Setkání pro pečující rodinné příslušníky, kde se řeší s odborníky konkrétní dotazy ohledně pomoci nemocnému, lze tu sdílet svoje zkušenosti z každodenního života s člověkem trpícím demencí. (ČALS, online)
- **Toulky paměti** – Podpůrná a svépomocná skupina určená lidem v raném stádiu demence, kteří zde mohou sdílet své pocity a vyrovnávat se tak s příznaky a důsledky nemoci prostřednictvím sociálních kontaktů a podpory. (ČALS, online)

6.1.1 Projekty realizované Českou alzheimerovskou společností

Pod záštitou ČALS vzniklo několik užitečných projektů, z nichž nejvýznamnější jsou Bezpečný návrat a Dny paměti.

- **Bezpečný návrat** – Dlouhodobý projekt ČALS určený pro lidi s demencí, kteří jsou ohroženi blouděním. Účastníci projektu jsou nemocní a jejich pečující, kteří poskytnou do vyhledávací databáze telefonické kontakty a další údaje. Často se totiž člověku trpícímu demencí stává, že najednou zapomenou cestu domů a nedokáže se zorientovat i na jinak dříve velmi známých místech. Může také zabloudit i na opravdu neznámá a vzdálená místa, a i když se nemocnému případně snaží někdo pomoci s návratem domů, tak si nemocný nevybaví ani svoje jméno, ani adresu. Pro tyto případy se používala kartička s údaji, která je ovšem snadno zneužitelná nebo si jí nemocný zapomene vzít s sebou. Pro předcházení těmto situacím je tu právě Bezpečný návrat, který pracuje na principu pasivního vyhledávání. Člen projektu získá celkem tři

náramky s unikátním kódem a telefonním číslem na ČALS. V případě, že se nemocný s náramky ztratí, jsou pracovníci pověřeni tímto úkolem schopni dotyčného na základě kódu identifikovat, vyhledat, anebo zavolat jeho příbuzným. (ČALS, online)

- **Dny paměti** – I když Alzheimerova demence začíná pomalu a plíživě, tak první indikátor její přítomnosti je postupně se zhoršující kvalita paměti. Samozřejmě jsou tu určité přirozené změny spojené se stárnutím, ale není možné vždy jednoduše prohlásit, že zapomínání prostě patří ke stáří. Z tohoto důvodu je třeba znát správnou diagnózu, aby bylo možné nasadit podpůrnou léčbu a vyloučit tak jiné příčiny s podobnými příznaky jako je například deprese nebo dehydratace. Za tímto účelem probíhají na kontaktních místech ČALS vyšetření paměti na základě sady testů a vyplnění dotazníku. Po vyhodnocení testu odborní pracovníci rozhodnou, zda je nebo není přítomna demence a případně dotyčného objednají ke specialistovi. (ČALS, online)
- **Rozvoj kontaktních míst** – Cílem tohoto projektu spolufinancovaného Ministerstvem zdravotnictví ČR je podpora současných kontaktních míst ČALS a vytvoření nových funkčních kontaktních míst v krajských městech, kde se v současné době nenachází. (ČALS, online)

6.2 Domovy se zvláštním režimem pro osoby s demencí ve Zlínském kraji



Obrázek 1 Mapa Zlínského kraje (zdroj: Mapy.cz, online)

6.2.1 Sociální služby města Kroměříže (SSKM)

Pod působností této příspěvkové organizace, která byla zřízena městem Kroměříž provozují svou činnost tři Domovy se zvláštním režimem (DZR) pro osoby s Alzheimerovou demencí.

- **Domov se zvláštním režimem Strom života** – Tento domov zajišťuje pro osoby s Alzheimerovou demencí celoroční pobytové služby dle individuálních potřeb klientů v nepřetržitém provozu od roku 2009. Klienti jsou zde ubytováni v 1, 2 nebo 3lůžkových pokojích se sociálním zařízením. Věková kategorie klientů se pohybuje v rozmezí 50 let a výše a zařízení je schopné pojmout 54 klientů. Je jim zde zajištěna celodenní strava včetně diet, pitný režim, komplexní obslužná péče, zdravotní péče a možnost zapojení se do terapeutických aktivit nebo kulturních akcí. Za klienty pravidelně 1x týdně dochází soukromá lékařka, ovšem každý klient v zařízení má právo si zvolit svého ošetřujícího lékaře. Urgentní zdravotní potíže řeší praktická sestra na místě, popřípadě volá záchranou službu. Poslání domova zní: *„Poskytování komplexní individualizované péče až do závěru života. Podpora klienta v soběstačnosti s důrazem na jeho důstojnost. Respekt k jedinečnosti klienta, vytváření bezpečného prostředí a atmosféry.“* (sskm.cz, online)
- **Domov se zvláštním režimem u Moravy** – DZR u Moravy je součástí Domova pro seniory u Moravy, který představuje doplňkové pobytové služby jiných zařízení spadající pod SSKM. Služba DZR je poskytována v uzavřeném oddělení v druhém patře budovy A s řízeným vstupem. Jedná se o moderní bezbariérový komplex, jehož část se službami DZR je registrována od roku 2017. Kapacita zařízení v části DZR činí 24 lůžek v 1, 2 a 3lůžkových pokojích. V pokojích se nachází buď samostatné sociální zařízení (záchod, umyvadlo, sprcha), anebo společné v případě dvou sousedících pokojů. V takovém případě jsou klienti na těchto pokojích vždy stejného pohlaví. Pokoje jsou vybaveny standardně a součástí vybavení je i signalizační zřízení pro přivolání personálu. Mimo svůj přidělený pokoj mohou klienti podle svého celkového stavu využívat společné prostory i zázemí části domova pro seniory (společná jídelna s TV a knihovnou, relaxační a reminiscenční místnost, tělocvična, kaple, zahrada, bufet). Zařízení se nachází v příjemném prostředí městského parku a toku řeky Moravy. Poslání domova zní: *„Posláním Domova se zvláštním režimem u Moravy je vytvářet prostředí, které splňuje podmínky pro bezpečný život, pohodlí a zachování*

osobní důstojnosti, s důrazem na jedinečnost každého klienta a jeho specifické potřeby." (sskm.cz, online)

- **Domov se zvláštním režimem Vážany** – Jedná se o pobytovou službu, které je vyčleněn prostor v části domova pro seniory. Služby jsou zde zajišťovány celoročně v nepřetržitém provozu. Maximální zatížení činí od roku 2017 37 lůžek a klienti jsou ubytováni na 1 nebo 2lůžkových pokojích se sociálním zřízením, malou kuchyňkou a balkónem. Celé zařízení je bezbariérové a klienti mají možnost využít posezení na nádvoří, zahradě a parku nacházejícím se hned vedle budovy. Je zde k dispozici obvyklé volnočasové vybavení a keramická dílna. Poslání domova zní: *„Posláním Domova se zvláštním režimem Vážany je poskytovat službu s úctou a respektem na základě individuálních potřeb, udržení stávajících dovedností, návyků a soběstačnosti u klientů, zajištění pocitu jistoty, bezpečí a vytváření domácí atmosféry.*" (sskm.cz, online)

6.2.2 Domov se zvláštním režimem Burešov

Toto zařízení poskytuje seniorům s Alzheimerovou demencí ve věku 60 let a více, kteří vyžadují nepřetržitou péči, pobytové služby s kapacitou 136 lůžek. DZR je rozděleno na čtyři patra vždy po 34 lůžkách v celkem 72 2lůžkových pokojích, přičemž patra jsou rozlišena podle názvů květin. Pokoje jsou standardně vybaveny, přičemž každý klient si ho může dovybavit podle své potřeby zvlášť. Každé patro je vybaveno společnou kuchyní, kde si klienti mohou odkládat své vlastní označené jídlo, klubovnou s televizí, kadeřnictvím a pedikúrou. Klienti mají dispozici obvyklé posezení v areálu domova nebo v zahradách. Personál zajišťuje klientům pomoc s každodenními aktivitami, sebeobslužnými činnostmi a případně i s podáváním stravy. Ošetrovatelská péče je klientům zajištěna skrze řadový sociální personál, odborný personál a nutriční terapeuti. Zdravotní péči zajišťuje psychiatr, chirurg a externí praktický lékař. Poslání domova zní: *„Poskytování podpory, pomoci a péče osobám s Alzheimerovou chorobou a jiným typem demence, kteří z důvodů vysoké závislosti na péči druhé osoby nemohou žít v přirozeném domácím prostředí, a to ani s pomocí rodiny, jiných osob a služeb. Pomoc, podpora a péče vychází z individuálně nastavených potřeb uživatelů tak, abychom respektovali jejich důstojnost a veškerá práva.*" (dsburesov.cz, online)

6.2.3 Alzheimerhome Zlín

Síť sociálních služeb Alzheimerhome je unikátním projektem, který propojuje nejmodernější postupy ve zdravotních a sociálních službách se zaměřením na péči o seniory trpící Alzheimerovou demencí a dalšími typy demence. Všechny zařízení pod názvem Alzheimerhome jsou určeny pro klienty vyžadující péči 24 hodin denně 365 dní v roce. Posláním Alzheimerhome je poskytovat těmto lidem komplexní a individuálně řízené pobytové sociální služby. Za pomoci odborného personálu je zde podporována a udržována soběstačnost a aktivní přístup klientů k životu s tím, že v tomto procesu jsou respektovány zvyklosti, osobnosti jednotlivých klientů a samozřejmě jejich lidská důstojnost. (Alzheimerhome.cz, online)

Jedno z center Alzheimerhome se nachází ve Zlíně v klidnější části města, kde klienty přímo vybízí k rozjímání výhled na blízký les a domky ve stylu baťovské architektury. Lůžková kapacita centra činí 152 míst. Pokud je příznivé počasí, tak klienti tráví většinu času na terase s markýzou nebo v odpočinkové zóně s tím, že veškeré ostatní prostory jsou volně přístupné, takže pokud za klienty například přijede na návštěvu rodina, nemusí mít strach o dostatek soukromí. V areálu se nachází také centrum dětské skupiny Brouček, která vnáší do atmosféry domova vítaný rozruch a nepochybně má přítomnost dětí v předškolním věku kladný vliv na psychiku klientů. Další doplňkovou službu obstarává salón krásy opět přímo v areálu, který klienti navštěvují při pedikúře a úpravě vlasů, a také je areálu ordinace praktického lékaře, která je nadstandardně vybavená pro zdravotní i psychiatrickou péči. V současné době je Alzheimerhome Zlín centrem pro testování paměti při ČALS, které je k dispozici celoročně a intenzivně v rámci Dnů paměti. Zařízení úzce spolupracuje se Střední zdravotnickou školou Zlín a s Univerzitou Tomáše Bati, konkrétně s Fakultou humanitních studií, odkud jsou přijímáni studenti na odborné praxe nebo stáže. Centrum je také držitelem ocenění Dobrá duše, které mu bylo uděleno za vytvoření mimořádného prostředí pro realizaci dobrovolnické činnosti. (Alzheimerhome.cz, online)

6.2.4 SENIOR Otrokovice

Jedná se o příspěvkovou organizaci zřízenou městem Otrokovice, která poskytuje sociální služby seniorům, kteří skutečně potřebují soustavnou péči, a to ve formě domova pro seniory, odlehčovací služby a také domova se zvláštním režimem. Služby DZR jsou určeny seniorům ve věku nad 65 let, kteří trpí Alzheimerovou chorobou nebo jinými typy demence, a z tohoto důvodu nemohou žít v samostatné domácnosti, potřebují pravidelnou

pomoc nebo dohled druhé osoby. Jedná se o specifickou skupinu seniorů se sníženými poznávacími schopnostmi, orientací v čase osobě i místě, vnímáním, pamětí, vyjadřovacími schopnostmi a častými změnami v chování nebo náladě. Pro účely poskytování sociálních služeb v DZR jsou informace o zvycích a rituálech zjišťovány z více zdrojů a na základě životního příběhu klienta a jeho biografické anamnéze se individuálně přizpůsobuje samotná péče. Charakteru péče v zařízení je přizpůsobena i komunikace personálu s klienty. Často se používá připomínání, opakování nebo slovní podpora při provádění denních činností. Efektivní je i názorný způsob komunikace, jako například fotografie, obrázky nebo samotná předvedení činnosti klientům. Režim dne funguje v určitém obecném režimu, který je platný pro všechny, například časy hlavních jídel, ale je v něm i prostor pro individuální aktivity klientů, které jim případně pomůže zorganizovat personál. Pro bezpečí klientů je celé zařízení pod dohledem kamerového systému, východ ze zařízení je zajištěn otočnou koulí a všechny balkónové dveře mají bezpečnostní pojistku.

Zásady poskytování sociální služby v DZR Alzheimerhome Zlín se ovíjí od zásad příspěvkové organizace SENIOR, a sice:

- Úcta ke staršímu člověku projevena citlivým, empatickým a tolerantním přístupem
- Individuální přístup ke klientům s ohledem na jejich přání a potřeby
- Respektování svobodného rozhodnutí klienta
- Zachovávání co možná největšího soukromí klienta
- Podporování co největší nezávislosti klienta a udržení jeho současných schopností
- Loajalita ve vztahu zaměstnance a vedení, i naopak, a týmový duch v organizaci (senior-otrokovice.cz, online; Zlínský kraj, 2009)

6.2.5 Domov se zvláštním režimem Pačlavice

DZR v Pačlavicích je pobytové zařízení spadající pod příspěvkovou organizace Sociální služby Pačlavice zřízenou obcí Pačlavice. Jedná se o klasickou sociální službu pro osoby starší 50 let, které trpí demencí způsobenou věkem, Alzheimerovou nebo jiným typem demence. Zařízení má vzhledem ke své geografické poloze na rozhraní tří krajů nadregionální působnost, takže sociální služby jsou v tomto zařízení poskytovány i klientům s bydlištěm mimo Zlínský kraj. Opět je cílová skupina s diagnózou demence a klienti, kterým v jejich stavu není možné poskytovat komplexní sociální služby

prostřednictvím terénních nebo ambulantních služeb. Kapacita DZR činí 47 lůžek. Klienti jsou ubytováni ve dvoupatrové budově. V prvním patře (domov 1 A) je 17 osob. V druhém patře (domov 1 B) je 13 osob a v přízemí budovy č. 3 je 17 osob. Pokoje jsou 1 a 2lůžkové s tím, že personálem je na pokojích zajištěn úklid, praní, žehlení a drobné opravy. Klientům je poskytována celodenní strava v pravidelné časy snídaně, oběda, svačiny a večere včetně diety předepsané nutričním specialistou. Dále probíhá klasická podpora v sebeobslužných činnostech klientů a jejich pohybu po areálu, pomoc při osobní hygieně (použití WC, sprcha, celková koupel, péče o vlasy a nehty). V rámci kontaktu s vnějším prostředím mimo DZR je klientům poskytována podpora při navštěvování kulturních akcí, obchodů, kadeřnictví nebo lékaře. Pro co nejtrvalejší zachování psychických, fyzických a sociálních funkcí, které zajistí co nejmenší závislost na službě jsou klienti začleňováni do terapeutického pracovního procesu vedeného odbornými lektory, kteří používají metody jako například bazální stimulace, validace nebo reminiscence. Aktivizační činnosti jsou zastoupeny skrze kulturní vystoupení přímo v domově nebo na oficiálních akcích, výlety, společné oslavy ať už výročí klientů nebo tradičních svátků s pečením a vařením, vyrábění dekorací v rámci pracovní terapie, reminiscenční aktivity nebo procvičování paměti. Kompetentní sociální pracovníci také zajišťují komunikaci například s úřady práce, Českou správou sociálního zabezpečení, soudy a dalšími institucemi. (socialnisluzby.obecpaclavice.cz, online)

6.2.6 Domov se zvláštním režimem Uherské Hradiště

Služba domova se zvláštním režimem se nachází v budově domova pro seniory v Uherském Hradišti, který se nachází v blízkosti sídliště Štěpnice. Je to ideální lokalita pro umístění takového zařízení, jelikož je situované v klidné části sídliště, nedaleko je Uherskohradištská nemocnice a z druhé strany ohraničuje kraj města Kunovický les, který je od DZR vzdálený jen pár minut chůze. Služba DZR je umístěna ve třetím patře domova pro seniory, které se díky bezpečnosti cílové skupiny klientů změnilo na uzavřené oddělení, jehož vchodové dveře jsou opatřené elektronickým bezpečnostním zámekem. Jelikož si v tomto DZR velmi zakládají na bezpečnosti klientů, je celý areál bezbariérový, a součástí areálu je i velká oplocená zahrada. Kapacita služby DZR je 32 lůžek. Je zde pečováno o seniory starší 60 let s diagnózou Alzheimerova demence či vaskulární demence, kteří se ocitli v nepříznivé životní a sociální situaci, a vyžadují neustálou péči druhé osoby, za předpokladu, že tuto péči nemůže vykonávat rodinný příslušník nebo jiný typ zařízení sociálních služeb. Služby se poskytují s ohledem na individuální potřeby a

schopnosti každého klienta, klienti jsou podporováni ve vlastní vůli a názoru s přihlédnutím na možné riziko z nich plynoucí, jsou dle podporováni v zachování vlastních schopností, je respektována důstojnost klientů s úctou vzhledem k jejich věku a je tady snaha klienta zapojovat do běžného společenského života. (ssluh.cz, online)

Kromě základních činností, se kterými klientům pomáhá personál tu existují klasicky také doplňkové služby, například kadeřnické a pedikérské služby, pravidelné římskokatolické bohoslužby, návštěvy kaplanek v sociálních službách starající se o individuální duchovní potřeby klientů, půjčování knih přímo v domově nebo návštěvy pracovnice knihovny, která v domově realizuje besedy o knihách nebo o novinkách v regionu. Motto domova zní: „*Stáří je zatím jediný možný způsob, jak se dožít vysokého věku.*“ (ssluh.cz, online)

6.2.7 Domov se zvláštním režimem Buchlovice

Jedná se o specializovanou sociální službu, která byla realizována na základě Finančního mechanismu EHP/Norsko, který si klade za cíl zlepšit poskytování sociálních služeb se zaměřením na osoby s různými typy demence ve Zlínském kraji. Projekt byl dokončen na konci roku 2010. Domov je umístěn v harmonickém přírodním prostředí nedaleko hradu Buchlov. Služby DZR jsou poskytovány v areálu domova pro seniory na uzavřeném oddělení v prvním patře. Uzavřené oddělení se signalizačním zřízením a zámkem je bohužel nutnost, ale vzhledem k tomu, že většina klientů je dezorientovaných a hrozí jim bloudění i ve známém prostředí, je to pochopitelné. Všechny jednolůžkové i dvoulůžkové pokoje jsou standardně vybaveno, ovšem s ochranami nábytku opět kvůli stavu klientů. Dále jsou pokoje vybaveny WC, sprchovým koutem a signalizací. Klientům jsou klasicky k dispozici všechny společné prostory od jídelny před bazén až po kuřárnu. Klienti DZR mohou využívat i společenský dál, kapli, zahradu nebo altán. Vedle klasických činností, ve kterých personál poskytuje klientům podporu, jak jsem zmínil už dříve, dochází do zařízení v rámci zdravotnické péče praktická lékařka a neurolog. V tomto DZR probíhá i paliativní péče, což je péče, která probíhá ve stádiu života, kdy člověk i jeho lékař dojdou k závěru, že další aktivní léčba už je zbytečná, takže jde především o to, zajistit takové podmínky, ve kterých klient stráví zbytek svého života. Paliativní péče je poskytována týmem odborných pracovníků sdružených do multidisciplinárního týmu, jehož členové jsou lékařka, všeobecná sestra, vedoucí sestra, sociální pracovnice, pracovníci přímé péče, terapeuti a také kněz. Klíčová je v případě paliativní péče spolupráce s rodinou klienta. V zařízení je pečováno o klienty věku nad 50 let a kapacita zařízení je 50 lůžek. (ssluh.cz, online; Zlínský kraj, 2009)

6.2.8 Domov se zvláštním režimem Lukov

Jedná se opět o DZR zřízený v prostorách domova pro seniory s kapacitou 55 klientů o věkové kategorii na 65 let. Pečuje se zde o klienty se sníženou soběstačností z důvodu onemocnění Alzheimerovou demencí nebo jinými typy demence, kteří vyžadují pomoc jiné fyzické osoby. Cílem péče v tomto zařízení je umožnit klientům na základě individuální podpory co nejvíce se přiblížit běžnému způsobu života jakým žili doma se stejným pocitem bezpečí. Rozsah péče je podobný jako u předchozích zařízení, tedy od poskytování ubytování, přes stravu, aktivizační činnosti, rehabilitaci, až po volnočasové služby nebo specializované terapeutické služby. Poslání domova zní: „*poskytnout důstojný a bezpečný život seniorům s postupnou ztrátou soběstačnosti. Individuálním přístupem poskytujeme ošetrovatelskou a sociální péči, přičemž seniory podporujeme v zachování stávajících schopností a udržování kontaktů s přirozeným prostředím.*“ (ds-lukov.cz, online; Zlínský kraj, 2009)

6.2.9 Dům pokojného stáří Nedašov

Domov se zvláštním režimem v Nedašově je provozován společně s domovem pro seniory a dalšími druhy sociálních služeb pod neziskovou charitativní organizací Naděje. Charitativní organizace Naděje provozuje svou činnost od konce roku 1989. Vznikla jako jedna z prvních neziskových organizací u nás. Na počátku 90. let organizace pracovala pouze jako dobrovolnická, bez finančního zjištění na svůj provoz, a její činnost se zaměřovala především na pomoc uprchlíkům z různých zemí, což spočívalo v zjišťování bydlení a stravy. Organizace se postupem času ze snahy několika zakládajících členů rozrostla, a dnes působí napříč celou Českou republikou. Po celou dobu své existence měla organizace Naděje poslání, kterým bylo praktikování evangelia v životě člověka a jeho šíření. Jejím cílem bylo vybudovat síť sociálních služeb, které by pomáhaly lidem v nouzi na základě křesťanských principů. Ve svých následně vybudovaných zařízeních poskytuje Naděje pomoc duchovní, morální, sociální, zdravotní, lékařskou, hygienickou, stravovací, ubytovací, hmotnou, právní, poradenskou, osvětovou, vzdělávací včetně doplňkových služeb. Co se týká cílové skupiny těchto služeb, tak se jedná zejména o lidi, kteří přežívají v domácnostech sami, jsou zdravotně postižení, vyloučení ze společnosti nebo jinak znevýhodnění. Dále organizace provozuje misijní činnost ve všech formách v rámci svých zařízení i mimo ně. Naděje zaměstnává pomocníky na pracovní poměr, ale většinu jejích pracovníků tvoří dobrovolníci, pravidelní i příležitostní. Co se týká právního a organizačního charakteru organizace, tak Naděje je nestátní nezisková organizace zapsaná

jako spolek. Tento spolek vede předseda a ústavní ředitel, který je zároveň statutárním orgánem a zástupcem organizace navenek. Nejvyšším orgánem organizace je valná hromada, která se schází jednou za 2 roky. V období mezi zasedáními valné hromady je nejvyšším výkonným orgánem předsednictvo složené z 9 členů. Předsednictvo jmenuje členy ředitelské rady, kteří mají na starost koordinaci, správu a kontrolu společných záležitostí mezi pobočkami organizace. (nadeje.cz, online)

Domov se zvláštním režimem v Nedašově pečuje o klienty starší 55 let s diagnózou Alzheimerova demence, jiné typy demence nebo chronické duševní onemocnění. Těmto klientům jsou poskytovány pobytové služby v 1 nebo 2lůžkových pokojích s bezbariérovým prostorem, celodenním stravováním prostřednictvím vlastní kuchyně, ošetrovatelskou, zdravotní, duchovní péči a samozřejmě volnočasové aktivity. K těmto obvyklým základním službám patří i fakultativní služby, jako například doprava služebním automobilem, využití taxislužby, vedení depozit, holičské, kadeřnické a pedikérské služby. (nadeje.cz/nedasov, online; Zlínský kraj, 2009)

6.2.10 Charitní dům pokojného stáří Cetechovice

Služby domova se zvláštním režimem v Cetechovicích patří pod Oblastní charitu Kroměříž, která provozuje v rámci Zlínského kraje svou činnost od počátku 90. let. Pod vedením charity jsou ve Zlínském kraji poskytovány služby jako například azylový dům, kontaktní centrum pro drogově závislé, sociální poradna nebo osobní asistence. DZR v Cetechovicích se řadí mezi služby poskytované seniorům od 50 do 80 let věku, kteří se v důsledku Alzheimerovy demence a dalších o sebe nedokážou postarat sami a potřebují odbornou pomoc. Služba je v provozu 24 hodin denně a hlavní cíle poskytování služeb v tomto zařízení jsou:

- Umožnit klientům prožít pokojné stáří s přihlédnutím na jejich individuální možnosti a potřeby
- Poskytnout klientům s demencí alternativu k pobytu v různých zdravotnických zařízeních v důstojné, přátelské a bezpečné atmosféře
- Na základě individuálního plánování cílů podporovat klienty v co nejdelší soběstačnosti
- Nastavit v zařízení takový režim, který bude více či méně univerzálně kopírovat životní rytmus každého klienta

Základní spektrum poskytovaných služeb se pohybuje od poskytnutí ubytování, přes stravu, terapii až po volnočasové aktivity. V DZR si velmi zakládají na respektu a úctě k lidské důstojnosti, který je uplatňován při individuálním poskytování péče v návaznosti na domácí péči. Důraz je také kladen na zvyšování kvality, vzdělávání personálu a na minimalizaci škod způsobených klientům pobytech ve zdravotnických zařízeních. Co se týká duchovního zázemí v domově, tak 2x měsíčně je sloužena v kapli mše svatá a 2x měsíčně bohoslužba slova, je zde možnost udělení svátosti pomazání nemocných nebo individuální duchovní podpora dle individuálních potřeb klientů. (kromeriz.charita.cz/sluzby, online; Zlínský kraj, 2009)

6.3 PEST analýza – vliv makroprostředí

Analýza PEST je zkratka pro několik výrazů z angličtiny, a sice Political, Economic, Social and Technological analysis, což v překladu znamená analýza politicko-legislativních, ekonomických, sociálních a technologických okolních faktorů. PESTE analýza by měla odpovědět na otázky:

- Jaké okolní faktory mají vliv na projekt?
- Které z těchto faktorů jsou nejdůležitější?
- Jaké jsou možné účinky těchto faktorů? (edolo.cz, online)

Každý projekt, ať už výrobní nebo neziskový je realizován v určitém makroprostředí, nikoliv v uzavřené bublině. Tato PEST analýza bude zaměřena na projekt založení DZR pro osoby trpící Alzheimerovou demencí.

6.3.1 Politicko-legislativní prostředí

Aby mohl jakýkoliv poskytovatel sociálních služeb provozovat svou činnost, je nutné, aby při tom dodržoval zákony, vyhlášky a rozhodnutí vlády ČR. Poskytování sociálních služeb je dále možné pouze za předpokladu, že bude poskytovatel řádně zaregistrován u příslušného správního úřadu. Stát sice není přímým poskytovatelem sociálních služeb, ale na základě své zákonodárné složky ovlivňuje podmínky, za kterých se budou poskytovat. Několik desetiletí už zde máme Ústavu České republiky a také Listinu základních práv a svobod, což jsou naprosto výchozí legislativní normy vzniklé na základě politických rozhodnutí, ze kterých dále vychází zákony a vyhlášky, jako především:

- Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách

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

V zákoně o sociálních službách je zakotven především rozsah úkonů, které se v rámci všech základních obslužných činností dělají, stupeň hodnocení závislosti klienta na službě, kvalifikační požadavky pro pracovníky v sociálních službách a způsoby hodnocení plnění standardů kvality u poskytovatelů.

Zákon o sociálních službách prošel na základě nařízení vlády nejvýraznější novelizací v roce 2015, která upravovala financování sociálních služeb zavedla povinnost registrovat na příslušném správním úřadě přímého poskytovatele služeb a také zvýšení pravomocí samotných správních úřadů k provádění kontrol a udělování postihů při nelegálním nebo neregistrovaném poskytování sociálních služeb.

6.3.2 Ekonomické prostředí

Při analýze ekonomického makrookolí se v případě poskytování sociálních služeb bere v úvahu především velikost starobního důchodu seniorů, jelikož jsou nejčastějšími klienty v sociálních službách a také systém financování sociálních služeb, který se praktikuje na základě zákona o sociálních službách. V zákoně mimo jiné nalezneme i přesné výše příspěvku s ohledem na stupeň závislosti na péči druhé osoby:

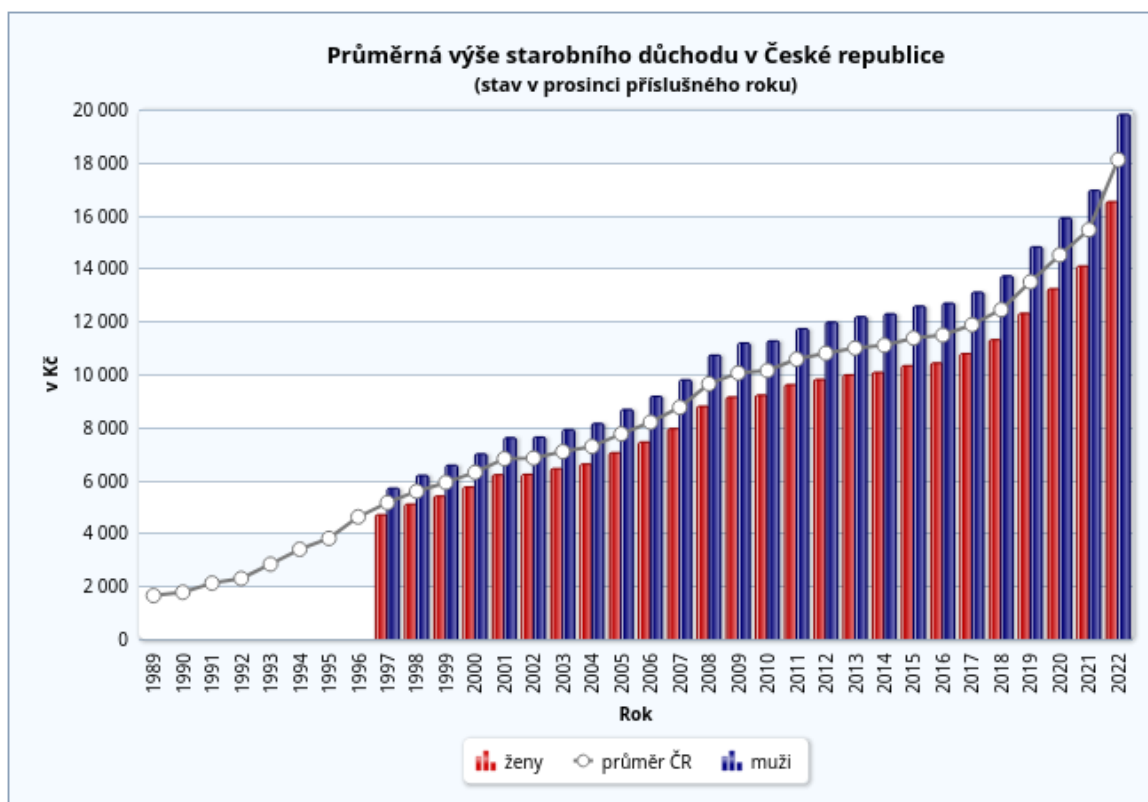
- Lehká závislost (1. stupeň) – 880 Kč
- Střední závislost (2. stupeň) – 4400 Kč
- Těžká závislost (3. stupeň) – 12800 Kč
- Úplná závislost (4. stupeň) – 19200 Kč

Uvedené výše příspěvků jsou uvedeny v §11 odstavce 1 zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách pro osoby starší 18 let za kalendářní měsíc.

Dále jsou ve vyhlášce 505/2006 Sb. v § 16 odstavce 2 stanoveny maximální výše úhrad z poskytování sociálních služeb v domovech se zvláštním režimem. Za ubytování a úklid hradí každý klient 305 Kč denně. Úhrada za stravu je rozdělená na část celodenní stravy a oběda, přičemž za oběd se platí 115 Kč a za celodenní stravu 255 Kč denně. Další úhrady jsou za fakultativní činnosti v zařízení, které jsou zvláště dohodnuty s poskytovatelem doplňkových služeb.

Dále je důležité analyzovat stav důchodového systému, jelikož se odráží v životní úrovni seniorů, kteří na jakoukoliv jeho změnu reagují nejcitlivěji. Jelikož patří Česká republika mezi vyspělé země, snaží se prostřednictvím systému solidarity zajistit důstojné stáří seniorům, kteří celý život pracovali a v pozdějším věku je potkala sociálně nepříznivá situace. Základní legislativní normou je v tomto případě zákon 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, který mimo jiné definuje okruh osob účastnících se na důchodovém pojištění, podmínky přiznání důchodu, způsob výpočtu výše důchodu a jeho druhy. Další důležitou legislativní normou je zákon 191/2018 Sb., který mění výše zmíněný zákon o důchodovém pojištění. Změna spočívá v tom že s účinností od 1. ledna 2019 se zvyšuje na základě novelizace procentuální výměra důchodu z původních 9 % na 10 % průměrné mzdy. Číselně vyjádřeno jde o zvýšení o 1000 Kč pro seniory starší 85 let a o 2000 Kč pro seniory starší 100 let.

Co se týká výše průměrného důchodu v ČR a jeho vývoje v čase, tak má výrazně rostoucí tendenci zejména v posledních 5 letech.



Obrázek 2 Průměrná výše starobního důchodu v ČR (zdroj: ČSÚ, online)

Z grafu je patrné, že od roku 2018 průměrný důchod roste výrazně rychleji než v předchozích letech. V roce 2018 byl tedy průměrný důchod 12 435 Kč (muži 13 703 Kč a ženy 11 296 Kč). V roce 2022 průměrný důchod vzrostl na 18 098 Kč (muži 19 807 Kč a

ženy 16 509 Kč). V roce 2023 dokonce výše průměrného důchodu překonala hranici 20000 Kč.

6.3.3 Sociálně – demografické prostředí

Analýza sociálního prostředí zkoumá demografický vývoj země a věkový profil obyvatel, kteří jsou pro tuto analýzu stěžejní. Na konci roku 2022 dosahovala celková populace v ČR 10 827 529 obyvatel. Meziročně tedy vzrostl počet obyvatel oproti roku 2021 o 310 000 obyvatel, což představuje nejvyšší meziroční přírůstek (3 %) v historii země. Přírůstek byl prokazatelně způsoben masivní imigrací uprchlíků z Ukrajiny. K 31.12. 2023. což je poslední zveřejněný údaj, činí počet obyvatel ČR 10 900 555 obyvatel. (ČSÚ, online)

Česká republika se administrativně dělí na 14 vyšších územních samosprávných celků neboli krajů, které se dále dělí na okresy, jejichž celkový počet činí 76. Pro tuto analýzu je podstatný Zlínský kraj, který se nachází na východě ČR. Zlínský kraj má rozlohu 3964 km, je tedy 11. krajem z celkových 14 a svou rozlohou zaujímá 5 % z celkové rozlohy státu. Zlínský kraj sousedí s Krajem Olomouckým, Moravskoslezským a Jihomoravským s tím, že je tvořen okresy Kroměříž, Uherské Hradiště, Zlín a Vsetín. K 1. 1. 2023 žilo ve Zlínském kraji 580 531 obyvatel a hustota zalidnění činí 146 obyv./km. Pro srovnání, průměrná hustota zalidnění v ČR činí 133 obyv./km. Podle statistické ročenky Zlínského kraje z roku 2022 dosahuje nejvyšší hustota zalidnění v okrese Zlín, a sice 185 obyv./km, naopak nejnižší v okrese Vsetín, kde dosahuje 125 obyv./km. Ve Zlínském kraji se nachází 30 obcí se statutem města z celkového počtu 307 obcí. (ČSÚ, online)

Podstatným ukazatelem je samozřejmě seniorská složka populace, která bude logicky využívat služeb domova se zvláštním režimem nejvíce. Seniorská složka populace představuje osoby ve věku 65 let a více. Tato složka na konci roku 2022 dosahovala zhruba pětiny (20,4 %) celkového počtu obyvatel ČR. Obecně lze konstatovat, že seniorská složka plynule roste už od 80. let 20. století. Absolutní hodnota počtu obyvatel nad 65 let věku na konci roku 2022 dosáhla 2,2 milionu, což oproti počátku roku 2022 bylo zhruba o 38 tisíc více. Co se týká indexu ekonomické závislosti, který porovnává počet obyvatel v neproduktivním věku ku počtu obyvatel v produktivním věku vzrostl za období let 2012–2022 z 57 na 72 osob v neproduktivním věku ku 100 osobám v produktivním věku. (ČSÚ, online)

6.3.4 Technologické prostředí

V oblasti nových technologií poskytování sociálních služeb nejde sice vývoj kupředu takovou rychlostí, jako v případě zdravotnických technologií, ale rozhodně nezůstává pozadu. V pobytových službách pro osoby s Alzheimerovou demencí se už několik let prosazuje trend kompenzačních pomůcek a postupů, které zásadním způsobem zkvalitní život klienta v zařízení a také usnadní pečujícím osobám jejich práci. V oblasti nových postupů se jedná například o pohybové techniky, pomocí kterých se klient pohodlněji a s vynaložením minimálního úsilí pro něho i pro pečující osobu přemístí z invalidního vozíku na židli nebo postel. Zavádí se také nové způsoby aktivizace, rozvíjení samostatnosti klientů při sebeobslužných činnostech a samozřejmě fyzické pomůcky pro imobilní nebo částečně imobilní klienty, jako například invalidní vozíky, chodítka vysoká i nízká, polohovací postele se stále větším počtem užitečných funkcí, hydraulické i elektrické zvedací zařízení, multifunkční vany na celkovou koupel, antidekubitní matrace vyrobené ze stále pokročilejších materiálů, dotykové moduly pro zaznamenávání právě vykonávané péče u klienta, monitorovací a signalizační zařízení, pomůcky pro inkontinentní klienty, stále větší důraz na bezbariérovost a tím pádem větší pohodlí klientů, nové typy softwarů pro vykazování péče a další. Samozřejmě ani farmakologická podpůrná léčba nezůstává pozadu. Stále jsou v procesu výzkumu a aplikace novější typy léčiv, které pomáhají šetrným způsobem zpomalovat nebo utlumovat příznaky Alzheimerovy demence.

6.4 Analýza dotazníkového šetření

Vlastní dotazníkové šetření probíhalo elektronickou formou od 14. 3. do 28. 3. 2024. Byli osloveni všichni významní poskytovatelé sociálních služeb, kteří provozují domov se zvláštním režimem pro osoby trpící Alzheimerovou demencí ve Zlínském kraji, konkrétně z města Kroměříže, Zlína, Uherského Hradiště, Nedašova, Buchlovic, Cetechovic, Burešova, Otrokovic a Pačlavic. Celkem tedy bylo osloveno 12 zařízení poskytující služby domova se zvláštním režimem a odpovědí je celkem 10. Z toho vyplývá, že návratnost dotazníku je zhruba 83 %. Dotazník byl určen pro vedoucí management a sociální pracovníky, kteří mají největší přehled o všech detailech spojených s poskytováním služby.

6.4.1 Otázka č.1 – Průměrná délka pobytu klienta v zařízení



Graf 1 Otázka č.1 (zdroj: google.forms, online, vlastní zpracování)

6.4.2 Otázka č.2 – Maximální kapacita v obsazenosti zařízení



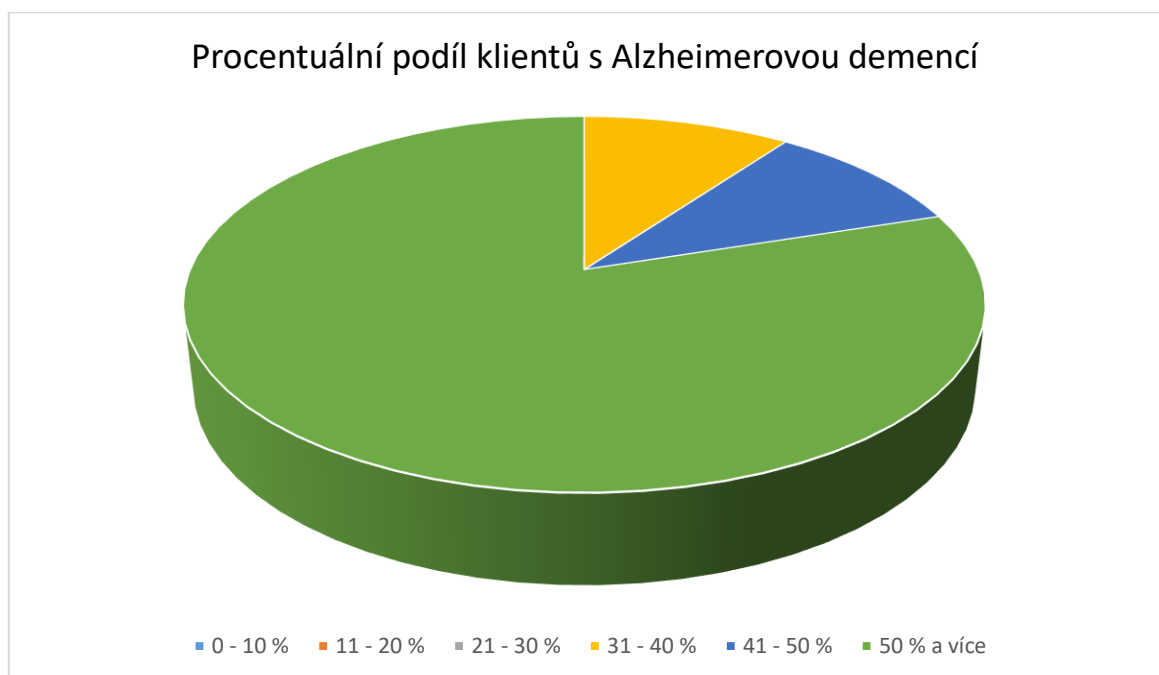
Graf 2 Otázka č.2 (zdroj: google.forms, online, vlastní zpracování)

6.4.3 Otázka č.3 – Průměrná obloženost v zařízení

Tato otázka byla formou otevřených odpovědí. Celkem na tuto otázku odpovědělo 10 respondentů. Odpovědi na sebe navazovaly v tomto pořadí:

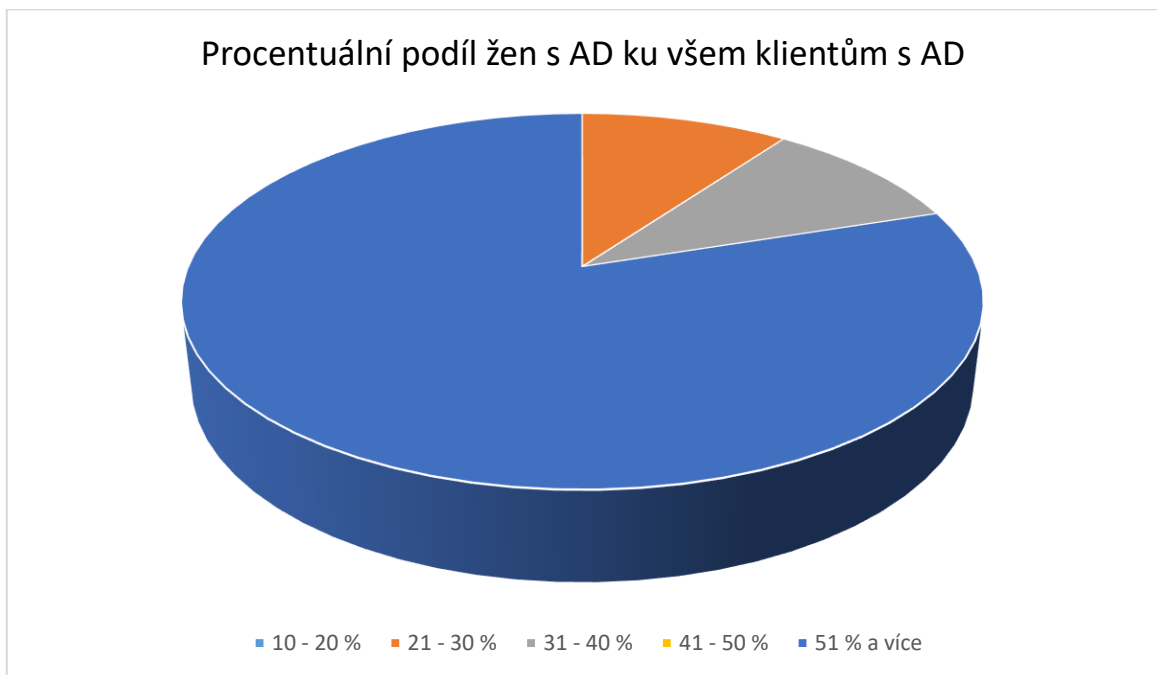
- 99 %
- 53 klientů
- 100 %, volno existuje pouze v době mezi ukončením pobytu a novým nástupem
- 37 klientů
- 99,76 % \doteq 100 % v roce 2023
- 98,86 % \doteq 99 %
- 149 klientů z maximálního počtu 152
- 98 % - 99 %
- 98 %
- 100 % (google.forms, online)

6.4.4 Otázka č.4 - Kolik % z celkového počtu klientů tvoří osoby s diagnózou Alzheimerova demence?



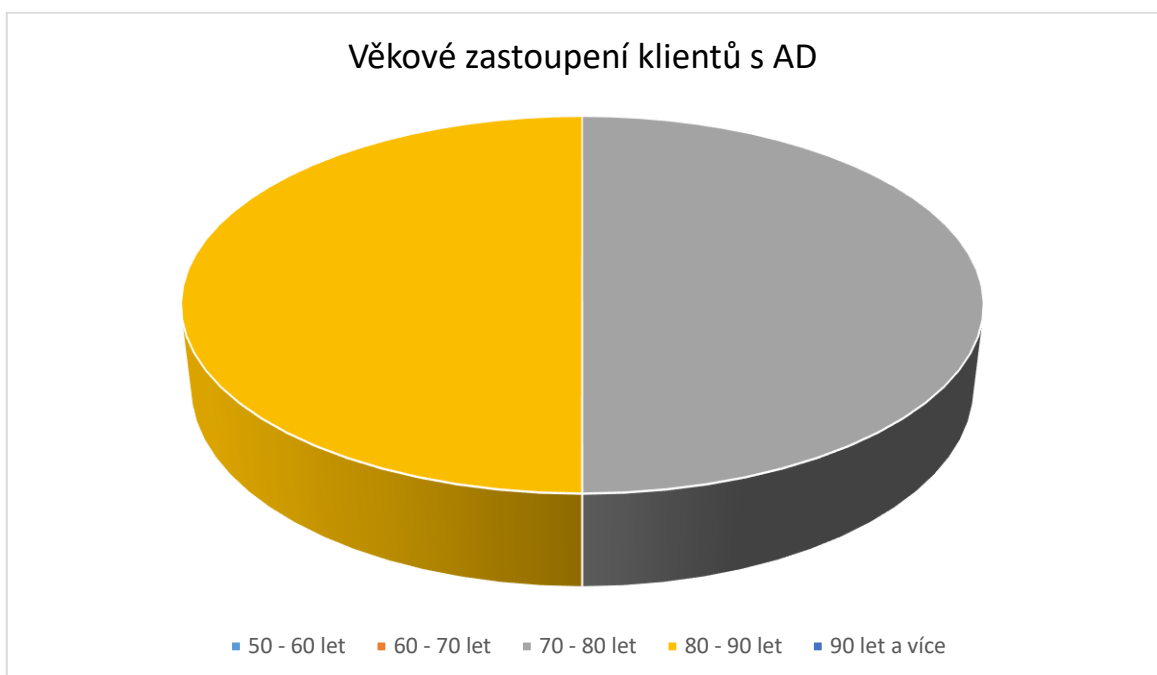
Graf 3 Otázka č.4 (zdroj: google.forms, online, vlastní zpracování)

6.4.5 Otázka č.5 - Kolik % Vašich klientů s diagnózou Alzheimerova demence (AD) tvoří ženy?



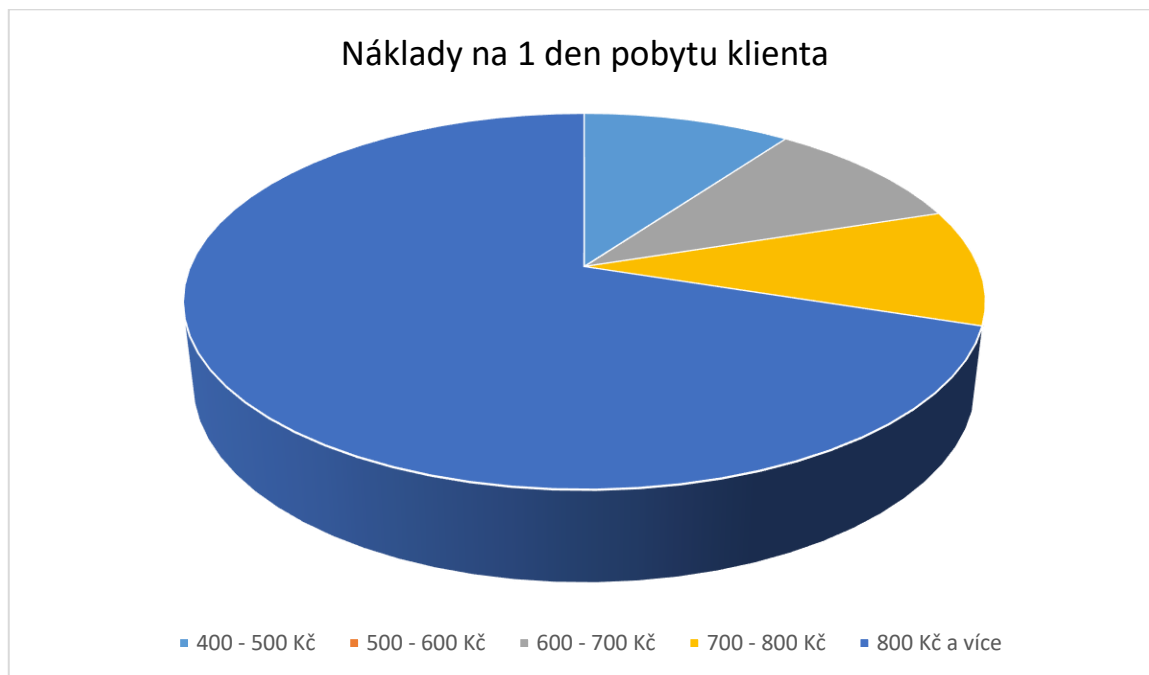
Graf 4 Otázka č.5 (zdroj: google.forms, online, vlastní zpracování)

6.4.6 Otázka č.6 – Jaká věková kategorie u klientů s Alzheimerovou demencí ve vašem zařízení je nejvíce zastoupena?



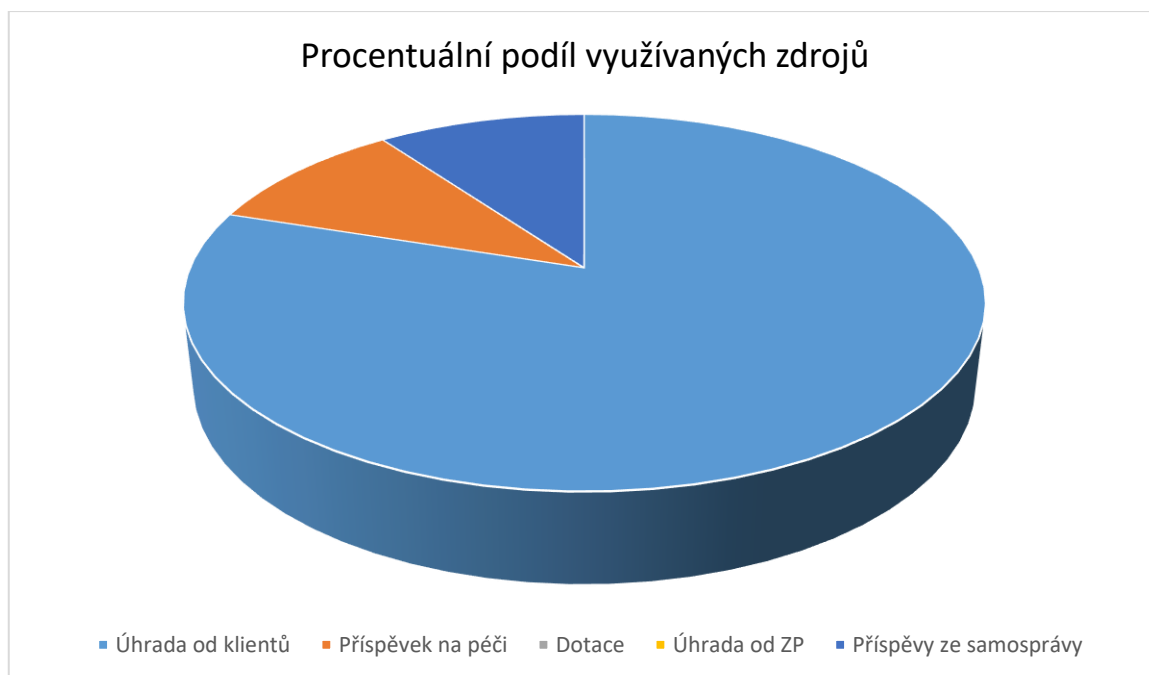
Graf 5 Otázka č.6 (zdroj: google.forms, online, vlastní zpracování)

6.4.7 Otázka č.7–V jaké výši se pohybují celkové náklady na 1 den pobytu klienta v zařízení?



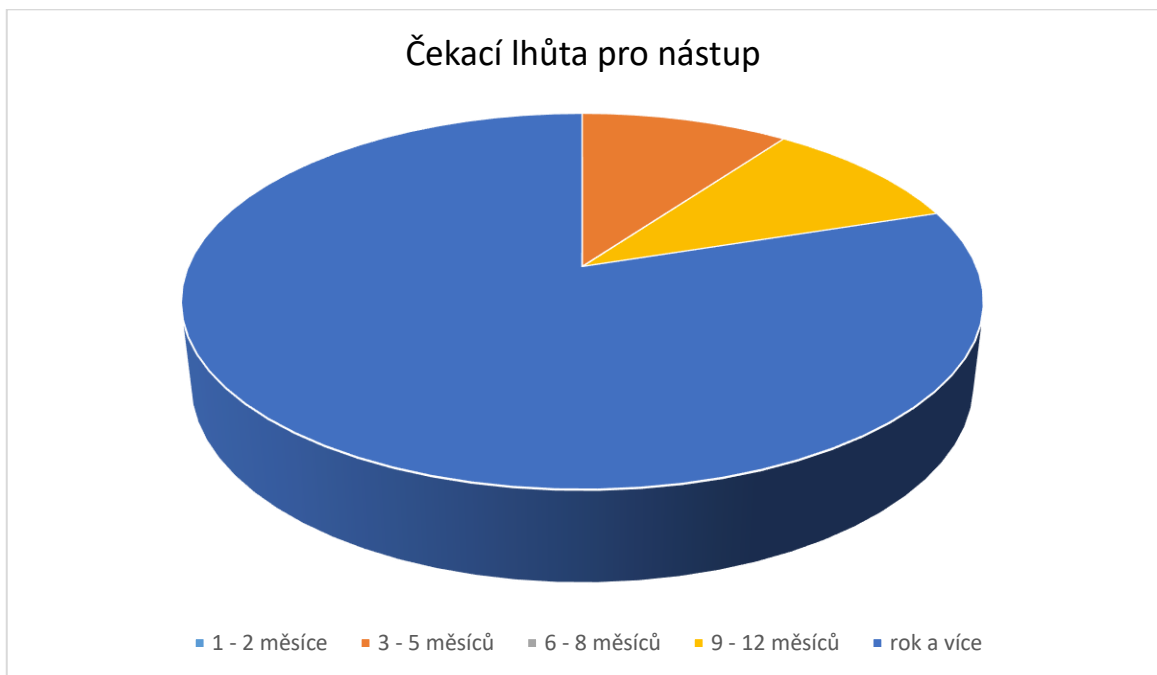
Graf 6 Otázka č.7 (zdroj: google.forms, online, vlastní zpracování)

6.4.8 Otázka č.8–Z jakého zdroje jsou převážně financovány náklady na poskytování služeb ve vašem zařízení?



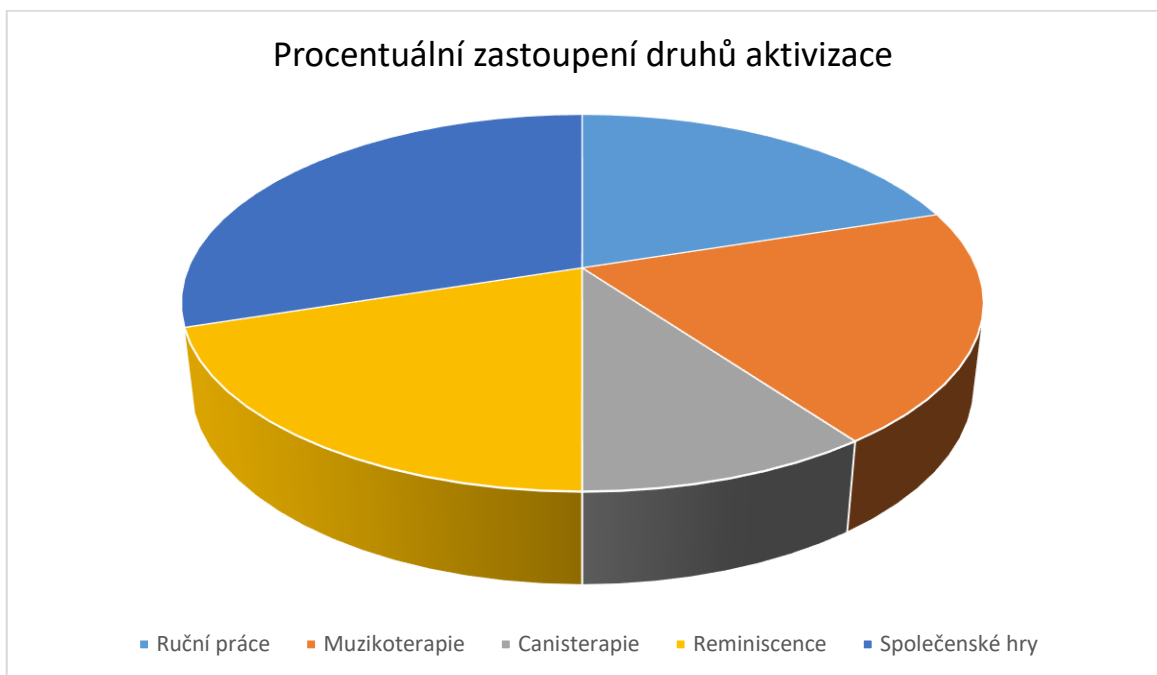
Graf 7 Otázka č.8 (zdroj: google.forms, online, vlastní zpracování)

6.4.9 Otázka č.9 - Jak dlouhá je obvykle čekací lhůta pro nástup do Vašeho zařízení?



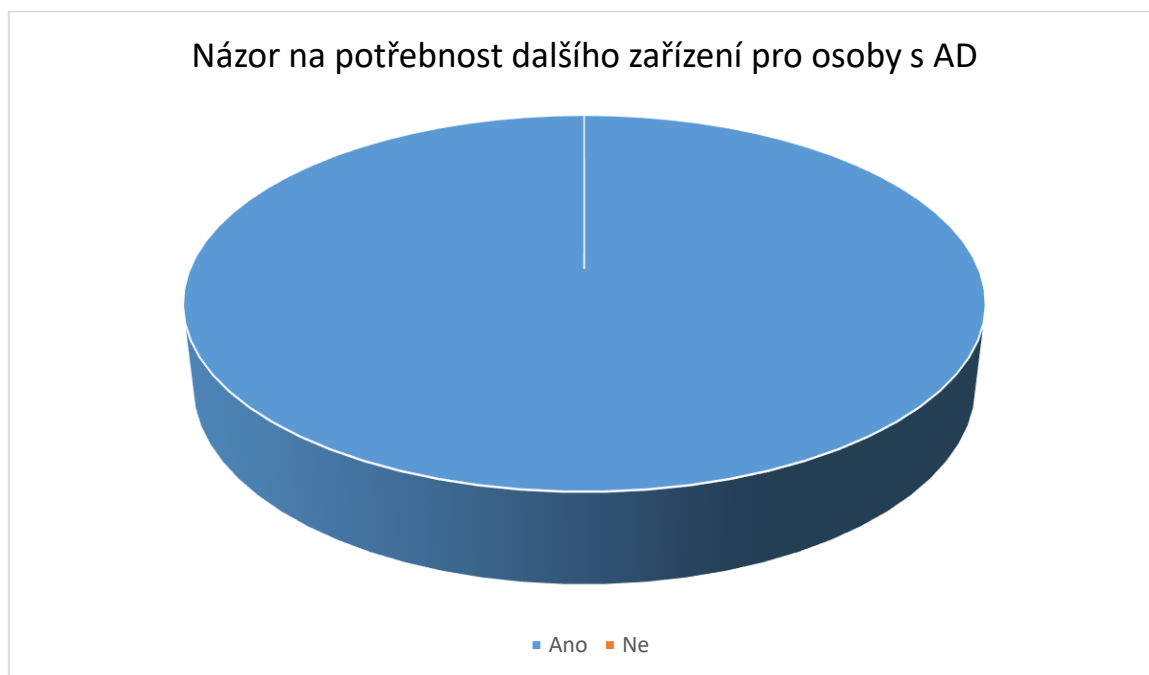
Graf 8 Otázka č.9 (zdroj: google.forms, online, vlastní zpracování)

6.4.10 Otázka č.10 - Jaká forma aktivizace pro klienty s Alzheimerovou demencí je ve Vašem zařízení nejvíce využívána?



Graf 9 Otázka č.10 (zdroj: google.forms, online, vlastní zpracování)

6.4.11 Otázka č.11 - Je podle Vašeho fundovaného názoru potřeba více zařízení pro osoby s Alzheimerovou demencí ve Zlínském kraji?



Graf 10 Otázka č.11 (zdroj: google.forms, online, vlastní zpracování)

Z dotazníkového šetření vyplývá, že domovy se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou demencí ve Zlínském kraji mají v drtivé většině plnou kapacitu, jejich obvyklá maximální kapacita bývá něco mezi 50 – 60 klienty, mají minimální zastoupení klientů s ostatními typy demence, ubytovávají více než 50 % žen s diagnózou Alzheimerova demence, nejvíce zastoupená věková skupina v těchto zařízeních je 70 – 90 let, nejvyužívanější zdroj pro financování nákladů spojených s poskytováním služby jsou přímé úhrady od klientů s tím, že většinově se poplatky za 1 den v zařízení pohybují kolem 800 Kč a výše. Nejvíce používanou aktivizační metodou je hraní společenských her a potom následují další typické aktivity pro tento typ klientů, jako například muzikoterapie a reminiscence. Zjištěním, které jistým způsobem zastřešuje všechny předchozí je, že podle fundovaného názoru 100 % respondentů z vrcholového managementu jsou ve Zlínském kraji další domovy se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou demencí velmi potřebné, jelikož klientů je stále víc z důvodu zvyšujícího se stárnutí populace a také z důvodu toho, že 80 % respondentů z vrcholového managementu uvedlo, že na nástup nového klienta do zařízení bývá čekací doba delší než 1 rok. Tato tvrzení vyplývají i z Akčního plánu rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro rok 2024.

6.5 Porterova analýza konkurenčních sil

Tuto analýzu vynalezl Michael E. Porter, a zaměřuje se na analýzu určitého odvětví a rizik s ním spojených. Analýza pracuje s 5 prvky konkurenčních sil a spočívá v odhadu možného chování těchto sil a subjektů, jejichž podnik by mohl ohrozit činnost našeho subjektu. Síly, se kterými analýza pracuje jsou:

- Hrozba stávajících konkurentů
- Hrozba nových možných konkurentů
- Dodavatelé
- Klienti
- Substituty (Managementmania.com, online)

6.5.1 Hrozba stávajících konkurentů

O konkurenci v oblasti Domovů se zvláštním režimem nelze v současné době mluvit, jelikož se jedná o subjekty pomáhajících profesí, které nejsou primárně určeny ke generování zisku, i když zisk generují. Dalším důvodem nekonkurenčního prostředí je drtivá převaha poptávky nad nabídkou, protože domovy jsou v drtivé většině na maximu své kapacity a noví potenciální klienti musí při potřebě čekat na umístění o zařízení déle než rok. Podle údajů Ministerstva práce a sociálních věcí z roku 2021 je potřeba v budoucích letech zjistit pro seniory s demencí v domovech se zvláštním režimem po celém Česku bezmála 68 000 lůžek. Tento fakt částečně zmírňuje poměrně velká investice MPSV do rozvoje sociálních služeb z posledních měsíců. V každém případě je zřejmé, že každý nový domov se zvláštním režimem by byl velmi rychle obsazen.

6.5.2 Hrozba nové konkurence

Co se týká hrozby, kterou by představovala nová konkurence pro nově zřízený domov se zvláštním režimem ve Zlínském kraji, tak podle údajů ČSÚ z konce roku 2022 bylo ve Zlínském kraji evidováno 2000 odmítnutých žádostí, a tato čísla narůstá i v ostatních krajích České republiky.

Na druhou stranu podle článku z konce roku 2023 uveřejněném na serveru Zdravezpravy.cz na základě ročenky vydané ČSÚ informuje o tom, že domovů se zvláštním režimem pro seniory rychle přibývá. Konkrétně se od roku 2022 zvýšil počet domovů se zvláštním režimem o 20 a od roku 2012 celkově o 186. Faktem ale zůstává, že

tyto domovy jsou kapacitně vytížené a čekací lhůty dlouhé, takže hrozba nové konkurence, pokud se vůbec dá v této oblasti o konkurenci hovořit, je poměrně malá.

6.5.3 Hrozba substitutů

Domovy se zvláštním režimem pro seniory s Alzheimerovou demencí jsou specifickým druhem pobytové sociální služby, kam jsou umísťováni klienti, o které se jiný typ pobytových sociálních služeb není schopný postarat, lépe řečeno není jim schopný zajistit veškerou potřebnou péči. Nejblíže jsou tomuto druhu služeb domovy pro seniory, ale vzhledem k výše uvedeným faktům a skutečnosti, že tyto dvě služby bývají častokrát oddělené v rámci jednoho areálu, nelze mluvit o substitutech.

6.5.4 Dodavatelé

Co se týká vyjednávací síly dodavatelů, tak domovy se zvláštním režimem mohou spolupracovat například s těmito dodavateli:

- Nábytkové vybavení domova – firma SCANTO Nábytek, firma IKEA
- Elektrická energie v domově – firma ČEZ, firma E.ON
- Domácí potřeby pro pokoje a kuchyň – Firma PEPCO, firma TESCO, firma KiK
- Elektronické spotřebiče – firma Planeo Elektro, firma Alza, firma DATART
- Zdravotnické a kompenzační pomůcky – firma SANOMED, firma EUC, Charita

Vzhledem k tomu, že DZR by mělo právní formu neziskové organizace, může se zařízení s výše zmíněnými firmami dohodnout na dlouhodobé spolupráci, výhodnější množstevní ceně a sponzoringu.

6.5.5 Klienti

Vyjednávací síla zákazníků (lépe klientů) domova se zvláštním režimem je obrovská, pokud jsou již v zařízení ubytováni, jelikož jejich potřebám se přizpůsobuje celé struktura zařízení. Od fyzických aspektů, jako je bezbariérovost, dostupnost dalších služeb, příjemné okolní prostředí po nehmotné aspekty, jako je příjemný personál, který respektuje veškerá práva klientů, podporuje jejich samostatnost a dbá o to, aby se klienti v zařízení cítili bezpečně. Pokud se toto neděje, lze podat stížnost na cokoliv, co se klientům v rámci poskytování služby nelíbí s tím, že každá stížnost musí být prošetřena. Co se týká povinností klientů, tak musí respektovat domovní řád a vnitřní směrnice domova.

Problém nastává ve chvíli, kdy potenciální klient neustále čeká a pravidelně posílá žádost do domovů, kde je tato žádost kontinuálně zamítána. V takové situaci je vyjednávací síla klienta opravdu nízká.

6.6 SWOT analýza

Analýza SWOT představuje jednu z nejpraktičtějších a nejvyužívanějších analytických metod pro analýzu vnitřního i vnějšího prostředí podniku. Jejím cílem je identifikovat u již zrealizovaného projektu specifické silné a slabé stránky, a u ještě nezrealizovaného projektu schopnost vyrovnat se se změnami, které přináší okolní prostředí. (Jakubíková, 2013, s. 129)

Tato analýza byla vynalezena v průběhu 60. a 70. let Albertem Humpfreyem na Stanfordově univerzitě. Od této doby se stala jednou z nepoužívanějších analytických metod na světě. Analýza SWOT popisuje silné (Strengths) a slabé (Weaknesses) stránky, příležitosti (Opportunities) a hrozby (Threats). Jelikož projekt založení domova se zvláštním režimem pro osoby trpící Alzheimerovou demencí není zatím fyzicky uskutečněný, bude pro účely analýzy využita jen externí část SWOT analýzy. (kiks.phil.muni.cz, online)

Tabulka 2 SW(OT) analýza (zdroj: vlastní zpracování)

Analýza OT	Kladné stránky	Záporné stránky
Externí aspekty SWOT analýzy	<p>Příležitosti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Velmi nízká konkurence • Žádné substituty • Velký zájem potenciálních klientů o službu • Poptávka po službě výrazně převyšuje nabídku • Možnost sponzoringu u společensky odpovědných firem 	<p>Hrozby</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vysoké finanční náklady na vybavení domova • Možnost postupně se zvyšující konkurence • Nedostatek kvalifikovaného personálu • Náročná administrativní část při registraci domova • Nejistá ekonomická situace

6.7 Shrnutí analytické části

Analytická část zkoumá nejprve situaci v oblasti poskytování sociálních služeb ve Zlínském kraji. Za využití internetové rešerše a katalogu sociálních služeb pro seniory ve Zlínském kraji jsou popsány všechny zařízení, které poskytují služby domova se zvláštním režimem.

Následně je za pomoci metody PESTE analyzována demografická situace ve Zlínském kraji s ohledem na stárnutí populace a výše příjmů lidí v důchodovém věku. Dále je prostřednictvím dotazníkového šetření, jehož otázky byly určeny pro vyšší management domovů se zvláštním režimem ve Zlínském kraji analyzována potřeba dalšího podobného zařízení, čekací lhůty a další.

Poslední část analytické části je věnována Porterově analýze pěti konkurenčních sil a analýze SWOT respektive OT, tedy příležitostí a hrozeb pro následný projekt.

7 PROJEKT ZALOŽENÍ DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM PRO OSOBY TRPÍCÍ ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ VE ZLÍNSKÉM KRAJI

Projektová část je věnována procesu založení domova se zvláštním režimem ve zlínském kraji pro osoby trpící Alzheimerovou demencí. V analytické části bylo prostřednictvím dotazníkového šetření zjištěno, že potřebnost nového zařízení, podle názoru vedoucích pracovníků nejznámějších domovů se zvláštním režimem, a také podle akčního plánu pro rozvoj sociálních služeb ve Zlínském kraji, je velmi silná. Vzhledem k celorepublikovému trendu stárnutí populace a nárůstu civilizačních chorob, mimo jiné i Alzheimerovy demence, je velký počet rodin potenciálních klientů, kteří neustále posílají žádosti do domovů a jejich žádosti jsou z důvodu plných kapacit neustále odmítány, samozřejmě včetně praxe ve Zlínském kraji, je forma domova se zvláštním režimem sociální službou, která tu velmi schází.

V této části práce jsou popsány cíle a hodnoty projektu, je provedena finanční analýza, analýza rizikovosti projektu, dále časová analýza a návrh propagace projektu. Závěr praktické části je věnován zhodnocení projektu.

7.1 Mise, vize, cíle a hodnoty projektu

Mise Domova se zvláštním režimem ve Zlínském kraji je poskytovat na základě individuálních potřeb každého klienta kvalitní sociální služby pro klienty s Alzheimerovou demencí, kteří mají sníženou soběstačnost a potřebují kvalifikovanou soustavnou péči jiné osoby.

Vize Domova se zvláštním režimem je stát se jedním z nejvyhledávanějších zařízení sociálních služeb pro osoby s Alzheimerovou demencí ve Zlínském kraji a zařadit se do sítě poskytovatelů sociálních služeb, kteří poskytují komplexní pobytové sociální služby prostřednictvím nejmodernějších trendů v přístupu ke klientům.

Pro stanovování cílů projektu se používá velmi praktická metoda SMART. Podle Wagnerové (2008) definuje cíl konečný stav, kterého je třeba dosáhnout, přičemž by neměl být nedosažitelný, ale v přiměřené míře výzvou.

Metoda SMART sloužící pro vytyčení cílů je zkratkou 5 anglických slov:

- Specific – konkrétní

- Measurable – měřitelný
- Acceptable – přijatelný
- Realistic – proveditelný
- Time related – časově přiměřený (Wagnerová, 2008, s. 51)

Podle výše uvedených kritérií by cíle tohoto projektu mohly být formulovány takto:

- Poskytovat kvalitní sociální péči podle standardů kvality
- Stát se jedním z nejvyhledávanějších domovů se zvláštním režimem ve Zlínském kraji v horizontu 10 let od založení
- Každé poslední pondělí v měsíci zorganizovat pro zaměstnance školení v rámci nových trendů v oblasti sociální péče
- Získat certifikát Kvality sociálních služeb v horizontu 5 let od založení

Co se týká hodnot, které by byly respektovány v domově se zvláštním režimem pro osoby trpící Alzheimerovou demencí, tak jsou následující:

- Respektování individuality a potřeb každého klienta
- Dodržování Etického kodexu
- Respektování sociální rovnosti a lidské důstojnosti
- Dodržování základních lidských práv a svobod
- Tvoření příjemné atmosféry a pocitu bezpečí pro klienty
- Týmová práce celého kolektivu zaměstnanců

7.2 Postup založení a registrace

Jako právní forma pro domov se zvláštním režimem byla vybrána forma nestátní neziskové organizace, konkrétně spolek, jehož členové se prostřednictvím této formy právnické osoby mohou sdružovat za účelem veřejně prospěšné činnosti. Spolek jako svůj hlavní cíl nemůže mít generování zisku, ale případný zisk musí použít na financování účelu, pro který byl založen. Spolek mohou podle nového občanského zákoníku založit nejméně 3 osoby se společným cílem dvěma způsoby:

- Zakladatelé se dohodnou na obsahu stanov

- Je svolána ustavující schůze

Pokud se zakladatelé dohodnou na obsahu stanov, tak by tyto stanovy měly obsahovat alespoň:

- Název a sídlo spolku
- Účel založení spolku
- Práva a povinnosti členů spolku
- Určení statutárního orgánu

Po vytvoření stanov podají zakladatelé nebo osoba vybrána při ustavující schůzi návrh na zápis do veřejného rejstříku, do kterého bude po schválení spolek následně zapsán a tímto dnem spolek vznikne.

Následně přichází část registrace v rámci poskytovatelů sociálních služeb. O registraci rozhoduje krajský úřad územně příslušný buď trvalému a hlášenému pobytu fyzických osob nebo sídlu právnické osoby. Podmínek pro vydání registrace je více. Nejdůležitější je podle §79 zákona o sociálních službách vyplněná písemná žádost, o registraci sociální služby, která musí obsahovat, a ke které je třeba doložit:

- Osobní údaje fyzické osoby, která je žadatelem (jméno, příjmení, adresa trvalého bydliště, datum a místo narození)
- Název zařízení a místo, kde budou sociální služby poskytovány
- Druh poskytované sociální služby
- Popis cílové skupiny nebo okruhu osob, kterým je služba určena
- Popis realizace poskytování sociální služby
- Personální zajištění poskytované sociální služby
- Popis časového rozvrhu poskytování sociální služby
- Popis kapacitních možností sociální služby
- Finanční zajištění sociální služby
- Způsob zajištění zdravotnické péče
- Doklad o bezúhonnosti fyzických osob

- Doklad o odborné způsobilosti fyzických osob, které se účastní přímého poskytování sociální služby
- Doklad o skutečnosti, že žadatel nemá dluhy vůči státu (daňové nedoplatky, dluhy na veřejném zdravotním pojištění)

7.2.1 Registrace zařízení Domov se zvláštním režimem Rajská zahrada

Jelikož já sám jako fyzická osoba pocházím z města Kroměříž, rozhodl jsem se jako lokalitu pro umístění tohoto zařízení vybrat právě své rodné město. Domov se zvláštním režimem Rajská zahrada bude zaregistrován jako zapsaný spolek ve Zlíně u Krajského úřadu se sídlem ve měst Kroměříž.

Registrační formulář obsahuje údaje o zakládajících členech:

- Ing. Petr M., narozený 24.11. 1994, bytem v Kroměříži, Soudní ulice 25
- Mgr. Jan T., narozený, bytem Morkovice, Janáčkova 10
- MUDr. Rudolf H., narozený, bytem Kvasice, Zlínská 6

7.2.2 Vymezení činnosti spolku a účel jeho založení:

Domov se zvláštním režimem Rajská zahrada bude založen za účelem poskytování přímé obslužné péče osobám trpícím Alzheimerovou demencí. V rámci tohoto nadřazeného účelu budou v domově prováděny tyto činnosti:

- Podpora soběstačnosti, nácvik jednoduchých denních činností, poskytování pomoci při osobní hygieně a oblékání klientů
- Podpora při posilování sociálních kontaktů u klientů
- Manipulace s přístroji, pomůckami a prádlem, udržování čistoty a hygieny u klientů
- Vydávání stravy dle předepsaných diet, výpomoc s podáváním stravy klientům, zajištění pitného režimu
- Manipulace s klienty imobilními či částečně mobilními
- Doprovod klientů k lékařským vyšetřením
- Manipulace s těly zemřelých klientů
- Spolupráce mezi pracovníky v sociálních službách, zdravotnickými pracovníky, klíčovými pracovníky a sociálními pracovníky

- Dohled nad dodržováním řádu domova
- Podpora klientů při kontaktu s opatrovníky a rodinnými příslušníky
- Uplatňování individuálního přístupu ke klientům a respektování jejich práv a svobod
- Týmová spolupráce v rámci zavádění standardů kvality do praxe
- Poskytování péče dle etického kodexu, dodržování předpisů PO a BOZP

7.2.3 Vklady zakladatelů a organizační struktura

Každý ze zakladatelů vložil do projektu část svých zdrojů. Pan Petr M. vložil do vznikajícího projektu nemovitost v hodnotě 5 milionů korun na adrese Lutopecká ulice 3990, Kroměříž, a vybavení pro nemovitost v hodnotě 1,5 milionu korun. Pan Jan T. vložil do projektu finance z vlastních zdrojů ve výši 2 milionů korun a pan Rudolf H. vložil finance z vlastních zdrojů ve výši 1 milionu korun. Peněžité vklady pana Jana a pana Rudolfa se staly základním kapitálem zapsaného spolku.

Nejvyšším orgánem spolku je Členská schůze složená ze zakládajících členů spolku a dalších členů, o jejichž členství rozhoduje právě Členská schůze na svém zasedání. Statutárním orgánem spolku je správní rada, která je výkonným orgánem spravující jeho majetek, navrhuje, schvaluje a aktivně vykonává činnost spolku, dále je v její pravomoci zvolit a také odvolat ředitele spolku, schvaluje rozpočet, účetní závěrky a výroční zprávy. Členy správní rady volí Členská schůze na období 3 let, přičemž členové správní rady mohou být zvoleni nejvýše dvakrát.

Jelikož členové správní rady jmenují ředitele, řekněme, že zvolí jednoho ze zakládajících členů, například pana Jana T., který bude následně odpovědný za bezproblémové fungování hlavní činnosti spolku prostřednictvím všech svých podřízených a za zastupování spolku navenek. Ředitel spolku se zodpovídá za vedení spolku správní radě.

7.2.4 Umístění a fyzický popis Domova se zvláštním režimem Rajská zahrada

Domov se zvláštním režimem Rajská zahrada bude umístěn v klidné části Kroměříže v jeho periferní oblasti v ulici Lutopecká 3990. Lze říci, že se jedná o polopřírodní lokalitu, protože v okolí se nachází plno zeleně, na dohled je lesopark patřící Psychiatrické nemocnici a na opačné straně se nachází příjemné prostředí barbořinského lesa vzdáleného zhruba 15 minut chůze.

Budova je umístěna zhruba 50–100 metrů od vozovky, což zajistí, že klienti nebudou rušeni přílišnou hlučností provozu. Ze silnice na ulici Lutopecká se bude odbočovat na příjezdovou cestu, která povede na prostorné parkoviště a přímo k domovu, kde bude zřízen bezbariérový vstup pro imobilní klienty i návštěvy. Hlavní vchodové dveře budou opatřeny elektronickým zámekem, takže každá návštěva se bude muset ohlásit do komunikátoru umístěného vedle dveří, aby byla vpuštěna dovnitř. Co se týká okolí domova, tak okolo zařízení se kromě zmíněné příjezdové cesty, kterou budou využívat zaměstnanci, návštěvy, rychlá záchranná služba a další, bude nacházet zahrada osázená stromy a okrasnými květinami s umělým jezírkem uprostřed. Samozřejmě bude všechno propojené menšími chodníčky, aby měli klienti dostatek pohodlí a prostoru na rozjímání ať už sami, s ošetřovateli nebo s rodinou.

Samotná budova bude mít dvě oddělení, to znamená přízemí, 1. patro a 2. patro. Za vstupním vchodem v přízemí se bude nacházet velká vstupní hala s recepcí. V této hale bude umístěno wc pro zaměstnance, úklidová místnost, prádelna, bezbariérový výtah, organizační nástěnky, posezení a květiny. V přízemí se dále budou nacházet veškeré kanceláře pracovníků managementu, šatna personálu, ordinace lékaře a hlavní místnost sester. Chodby budou samozřejmě vybaveny místy k sezení. V neposlední řadě bude v přízemí umístěna také přípravná studené kuchyně.

V prvním patře se bude nacházet oddělení tzv. zelené oddělení a ve druhém patře tzv. modré oddělení. Názvy těchto oddělení budou odvozeny od světle zelené a světle modré barvy, kterou budou vymalovány stěny. Jak je známo, tyto dvě barvy mají silné uklidňující a relaxační účinky, což klientům může jen prospět. Na každém oddělení bude 20 pokojů, 12 dvoulůžkových a 6 jednolůžkových. Celková kapacita lůžek v domově tedy činí 60. Dále bude na každém oddělení jedna místnost personálu, jedna malá zdravotní místnost pro zdravotnického pracovníka, úklidová místnost, aktivizační místnost, společenská místnost.

Pokoje budou standardně vybaveny pro potřeby klientů. Na každém pokoji bude umístěna postel (v případě imobilního klienta multifunkční polohovací elektrická postel) s nočním stolem na osobní věci klienta, skříň s oblečením, lůžkovinami a inkontinenčními pomůckami, hodiny, popřípadě TV, bezbariérová koupelna s WC a hygienickými potřebami, hydraulický zvedák se sítí pro potřeby imobilního klienta. Pokoje na zeleném oddělení budou mít balkóny s malým posezením, samozřejmě zabezpečené.

Ve společenské místnosti, která bude sloužit zároveň jako jídelna pro klienty, bude velká plazmová TV s dvd přehrávačem, rádio, několik velkých stolů s židlemi, kuchyňka, polohovací křesla a sedací souprava. V aktivizační místnosti budou uloženy pomůcky pro aktivizační terapii klientů, zázemí pro nepedagogické pracovníky, velký stůl s židlemi pro kreativní terapii, hraní společenských her, cd přehrávač s mp3 pro muzikoterapii a velká nástěnná výstavní plocha pro vystavení výtvarných děl klientů.

Zelené a modré oddělení budou rozdělené dle věkové skupiny klientů. Na zeleném oddělení budou ubytováni klienti ve věkovém rozmezí od 60 do 80 let, a na modrém oddělení budou ubytováni klienti ve věkovém rozmezí 81 a více let.

7.3 Domácí řád Rajské zahrady

Domácí řád obsahuje pravidla a pokyny za účelem zajištění plynulého chodu celého domova. Je závazný pro všechny klienty, zaměstnance i návštěvy. V případě, že by klient z nějakého důvodu nerozuměl, může požádat kteréhokoliv pracovníka v domově o přečtení nebo vysvětlení, popřípadě o vytištění ve formátu většího písma nebo obrázků.

Před vlastním zahájením poskytování služby je nutno s budoucím příjemcem uzavřít smlouvu, což se děje před přijetím do domova nebo také první den, kdy je klient v zařízení. Před podpisem smlouvy jsou klient a další osoba (osoba blízká, opatrovník, zákonný zástupce) seznámeni ústně i písemně s detaily poskytované péče a s domácím řádem, které jsou zaslány předem. Materiály obsahují i údaje o způsobu platby za poskytované služby ve formě, která bude pro klienta srozumitelná, vzhledem ke jeho zdravotnímu a psychickému stavu. V případě jakýchkoliv nejasností se klient nebo osoba jemu blízká může obrátit na sociálního pracovníka v domově. V momentě, kdy je smlouva o poskytování služby podepsána, stávají se pro nového klient veškerá pravidla uvedená v domácím řádu závazná.

Po příchodu do domova je klient ubytován na pokoji, kde se právě uvolnilo lůžko. Pokud je volných lůžek více, je volba pokoje na klientovi, každopádně klient má možnost si domov i pokoj prohlédnout a seznámit se s prostředím ještě před samotným oficiálním nástupem do domova. Poté je vytvořen seznam vlastních oděvů klienta a jeho osobních věcí, které si k pobytu přinesl, a které se následně označí jeho jménem kvůli identifikaci. Tento seznam se může v průběhu pobytu doplňovat, ovšem množství oblečení a osobních věcí lze navyšovat jen do doby, pokud tyto věci lze na pokoji bez problémů uložit. Seznam je součástí předávacího protokolu. Domov je vybaven vlastní prádelnou, a vyprané prádlo

se klientům vrací v pravidelných intervalech po vyžehlení. Právo přemístit klienta na jiný pokoj má vedení domova pouze tehdy, není-li možné klidné soužití se spolubydlícím na pokoji, zhorší-li se zdravotní stav klienta a bude ho nutné přesunout na méně obsazený pokoj, popřípadě jednolůžkový pokoj, a také pokud na pokoji dojde k nepředpokládané havarijní situaci.

Denní režim klientů v domově Rajská zahrada:

- 6:30 – 8:00 – Ranní hygiena, mytí, sprchování dle potřeby, ošetření pokožky, podpora v udržování návyků v osobní hygieně a oblékání, mobilní klienti odchází na snídani do jídelny, imobilní zůstávají na pokojích
- 8:00 – 9:00 – Konzumace stravy s nebo bez dopomoci pracovníků, udržování stravovacích návyků
- 9:00 – 11:00 – Volný čas klientů, který mohou využít vhodnými aktivitami vzhledem k jejich zálibám, potřebám a individuálnímu plánu (sledování TV, četba, hraní společenských her, aktivizační terapie, procházka po zahradě domova...)
- 11:15 – 12:30 – Příprava na oběd, konzumace oběda s nebo bez dopomoci pracovníků, udržování schopnosti samostatného stolování, odchod z jídelny, v případě potřeby využití WC nebo výměna inkontinenčních pomůcek, ošetření kůže personálem
- 13:30 – 14:30 – Odpolední klid, popřípadě aktivizace nebo jiné volnočasové aktivity pro klienty, kteří nemají ve zvyku dodržovat odpolední klid
- 14:30 – 16:30 – Po odpoledním klidu následuje svačina, kterou si klienti mohou sníst na pokoji nebo v jídelně a následně pokračovat ve volnočasových nebo aktivizačních činnostech
- 17:00 – noc – Příprava na večeri a konzumace večere v jídelně nebo na pokoji, večerní hygiena, využití toalety, výměna inkontinenčních pomůcek, příprava ke spánku, volnočasové aktivity odpovídající večerní době

Domov Rajská zahrada umožňuje i pobyt klienta mimo zařízení. Klienta si při odchodu vždy vyzvedne osoba blízká, opatrovník nebo zákonný zástupce. Za dobu své nepřítomnosti klient ovšem musí hradit náklady za obsazené lůžko, protože sice lůžko nevyužívá, ale jiný potenciální klient ho obsadit nemůže.

Hned po možnosti ubytování je zde další hlavní část služba, a tou je stravování. Strava se v domově podává 4x denně, přičemž změna počtu jídel za den je možná buď na přání klienta anebo z důvodu předepsané diety. Standardně je strava podávána na společné jídelně s tím, že pokud společné podávání jídla neodpovídá zdravotnímu stavu klienta nebo pokud si to klient výslovně přeje, je zde možnost podávání stravy na pokoji. Pokud klient není schopen sníst stravu sám například z důvodu imobility, je nutná pomoc pracovníka v sociálních službách, který zajistí, že klient bude mít dostatečný příjem stravy i tekutin. Přestože o době, kdy bude klientovi podávána strava rozhoduje především on sám, je v domově dodržován orientační časový řád výdeje stravy:

- Snídaně.....8:00 – 9:00
- Oběd.....11:15 – 12:15
- Svačina.....14:30 – 15:30
- Večeře..... 17:00 – 18:00

Tento rozpis spolu s rozpisem jednotlivých jídel na celý týden je vždy umístěn viditelně na nástěnce na každém oddělení dostatečně velkým písmem. Klienti mohou konzumovat také jídlo, které jim donesou návštěvy, ovšem doporučené jsou potraviny jako ovoce, zelenina a jiné pochutiny, které nepodléhají zkáze. Donesené potraviny by měly pokrývat přání klienta a zohledňovat jeho individuální chutě, jejichž uspokojení není společný jídelníček schopen plně zajistit. Potraviny, které zkáze podléhají, což jsou většinou nezkonsumované hlavní chody připravené v domovní kuchyni, jsou uloženy na později v lednici, která je umístěna na každém oddělení v jídelně u kuchyňky. Pokud zdravotní stav a medikace klienta umožní, může v rozumné míře konzumovat i alkoholické nápoje, dále může konzumovat nealkoholické nápoje podle své potřeby, které jsou v domově k dispozici, jako je například káva, čaj, sirup a samozřejmě obyčejná voda.

Mimo ubytovací a stravovací služby jsou v domově poskytovány především aktivizační služby a zdravotní péče. Kromě předepsané aktivizace za účelem udržení kognitivních schopností klienta se může podle své svobodné volby rozhodnout, jestli se zapojí do dalšího dění v domově, jako například kulturní a společenské akce, o kterých má možnost se klient dovědět buď z informační nástěnky na oddělení nebo od pracovníků domova. Dále mohou po dohodě se sociálním pracovníkem klienti odebírat denní tisk nebo časopisy, které si hradí z vlastních finančních prostředků a pokud zdravotní stav klienta

dovolí a bude mít zájem, může se zapojit v domově do pomocných úklidových prací nebo příprav.

Zdravotní péče je v domově poskytována na základě posudku lékaře s tím, že poskytovatel zajišťuje veškerá doplňková vyšetření u specialistů i s doprovodem klienta. Medikace, která je klientovi na základě vyšetření předepsána je následně podávána zdravotnickým personálem v určené časy v rámci poskytované péče. Pokud nastane situace, kdy se zdravotní stav klienta neočekávaně zhorší či změní, a pokud je v takovém případě nutná hospitalizace, je neprodleně informována rodina klienta, blízka osoba nebo zákonný zástupce. Pokud je klient po zákroku a je mu předepsána rehabilitace, je mu prováděna ze strany pracovníků poskytovatele, ovšem poskytovatele není možné považovat za odborné rehabilitační zařízení.

7.4 Práva a povinnosti klientů

Klient má v rámci domova Rajská zahrada tyto práva:

- Individuálně měnit rozsah a četnost podpory v běžných denních aktivitách a sebeobslužných činnostech. Pokud klient o změnu má zájem, informuje svého klíčového pracovníka, který se následně dohodne na změně se sociálním pracovníkem, který příslušné změny zapíše do individuálního plánu klienta
- Nahlížet do své dokumentace a mít přehled o sociálních datech, které se uchovávají a případně archivují
- Požádat o výměnu svého klíčového pracovníka (pracovník domova, kterému je svěřena starost o potřeby a požadavky konkrétního klienta, a který klienta podporuje a je mu nápomocen při jejich plnění), pokud například zanedbává své povinnosti
- Podat stížnost na kterýkoliv aspekt poskytování služby s dostatečným odůvodněním. Pro podávání stížností je na každém oddělení zřízena schránka s označením Náměty, přání a stížnosti
- Mít své doklady, cennosti a finanční hotovost uloženy buď u sebe na bezpečném místě anebo u klíčového pracovníka (vydávání na požádání klienta probíhá proti podpisu na úložním listu)
- Právo přijímat návštěvy kdykoliv během dne, ovšem pokud by návštěva trvala déle než do 18:00, doporučuje se přesunout se do jiné místnosti, než je pokoj, protože

spolubydlící by mohl být návštěvou vyrušován. Návštěva může proběhnout ve společenské místnosti, v jídelně, v aktivizační místnosti nebo v prostředí zahrady.

Ochrana práv klientů, ať už jsou to lidská práva či práva v rámci domácího řádu je zajišťována namátkovými kontrolami, anonymními dotazníky, komunikací s klienty, jejich rodinami, pracovníky domova a sledováním klíčových oblastí, kde by mohlo potenciálně k porušení práv dojít.

Povinnosti klienta v domově Rajska zahrada:

- Dodržovat zásady slušného chování k pracovníkům (komunikace bez vulgarity, tykání a agresivity) i ke spolubydlícím s tím, že je brán ohled na zdravotní i psychický stav klienta
- Informovat pracovníky domova, pokud nastane změna zdravotního stavu nebo pokud si klient všimne náznaků infekčního onemocnění
- V případě podezření na infekční nemoci souhlasit s vyšetřením
- Informovat pracovníky domova o jakékoliv další skutečnosti, která by mohla ovlivnit průběh poskytování služby
- Ctít domovní řád

7.5 Ceník služeb v domově Rajska zahrada

Ubytování:

- Jednolůžkový pokoj 305 Kč/den
- Dvoulůžkový pokoj 305 Kč/den

Strava:

- Diabetická strava 255 Kč/den
- Šetřící strava 255 Kč/den
- Ostatní strava 255 Kč/den

Strava bude zajišťována prostřednictvím spolupráce se Sociálními službami města Kroměříže, konkrétně s Domovem pro zdravotně postižené Barborka, odkud odebírá stravu několik podobných zařízení v okrese za náklady uvedené v ceníku stravy.

Fakultativní služby:

- Doprava služebním vozem na určené místo 15 Kč/km
- Kopírování a tisk dokumentů barevně 4 Kč/strana
- Kadeřnictví, pedikúra, kosmetika, masáže dle skutečných nákladů třetí strany

Měsíční úhrady za ubytování a stravu na 1 klienta jsou stanoveny dle počtu dnů v měsíci:

- 28 dní 15 680 Kč
- 29 dní 16 240 Kč
- 30 dní 16 800 Kč
- 31 dní 17 360 Kč

7.5.1 Personální zajištění domova Rajská zahrada

Hlavním cílem domova se zvláštním režimem Rajská zahrada je poskytovat kvalitní sociální služby, a proto je velmi důležité pro tuto práci vybírat vhodné pracovníky, kteří se budou o klienty starat, především v přímé obslužné péči. Osobnostní předpoklady jako je trpělivost, prosociální chování, pozitivní myšlení, pracovitost a týmový duch jsou pro tuto práci velmi žádoucí. Co se týká odborné způsobilosti, tak personál musí mít požadované vzdělání podle funkce, kterou v domově vykonává. Domov Rajská zahrada bude také poskytovat možnost praxí pro studenty oborů speciální pedagogika, zdravotně-sociální pracovník, případně povinnou praxi pro kurzy ošetřovatel či pracovník v sociálních službách.

Tabulka 3 Pracovní zajištění domova (zdroj: vlastní zpracování)

Pracovní pozice	Počet	Požadované Vzdělání
Ředitel	1	VŠ ekonomika/management
Vedoucí zdravotně-sociální pracovník	1	VŠ – sociální práce, zdravotně – sociální pracovník
Vedoucí provozu	1	VŠ ekonomika/management
Zdravotně-sociální	5	VŠ – sociální práce, zdravotně – sociální

pracovník		pracovník
Pracovník v soc. službách	4	SŠ s maturitou, akreditovaný kurz PSS nebo ošetrovatel
Všeobecná sestra	4	VŠ oboru všeobecná sestra
Pracovník prádelny	2	Základní vzdělání
Uklízečka	2	Základní vzdělání

7.6 Nákladová analýza

V rámci nákladové analýzy jsou vyjádřeny náklady na založení domova, mzdové náklady a náklady na vybavení domova. Náklady spojené se založením domova a vybavení jsou investiční. Náklady spojené se mzdovými náklady jsou provozní.

7.6.1 Vstupní náklady

Jak bylo uvedeno výše, zakladatelé do projektu vložili své finanční prostředky a majetek, což se označuje jako vstupní náklady projektu.

Vstupní náklady – nemovitost v hodnotě 10 mil. Kč, hotovost ve výši 4,5 mil. Kč

Investiční náklady – Vybavení v hodnotě cca 1 mil Kč, které bylo pořízeno ve spolupráci s firmou Alza, IKEA a Unizdrav

Neinvestiční náklady – Náklady vynaložené na registraci a založení domova a tvorbu propagace

Tabulka 4 Náklady na vybavení domova, investiční náklady (zdroj: Alza.cz; Ikea.com; Unizdrav.cz, vlastní zpracování)

Vybavení	Počet ks	Cena/ks (Kč)	Celkové náklady (Kč)
Smart TV Samsung	2	74 990	149 980
Nástěnné hodiny analogové	20	579	11 580

Sedací souprava	2	47 980	95 960
Jídelní stůl s 6 židlemi	4	23 930	95 720
Invalidní vozík	10	11 686	116 860
Elektrická polohovací postel	20	21 690	433 800
Antidekubitní matrace	10	1 090	10 900
Šatní skříň	20	3 490	69 800
Pracovní stůl	5	5 379	26 895
Židle	20	699	13 980
Kancelářská židle	5	3 990	19 950
DVD přehrávač	2	12 290	24 580
Rádio s přehrávačem CD/kazety	2	2 999	5 998
Celkové investiční náklady			1 076 003 Kč

Tabulka 5 Neinvestiční náklady (zdroj: vlastní zpracování)

Charakteristika nákladu	Celkové náklady (Kč)
Poplatky za právní poradenství v rámci registrace a založení spolku	10 000
Inzerce nabídek práce	9 000
Propagace služeb prostřednictvím letáků a webu	26 000
Celkové neinvestiční náklady	45 000

Celková výše vstupních nákladů činí 1 121 003 Kč, které budou hrazeny z vlastních zdrojů zakladatele.

7.6.2 Provozní náklady

Provozní náklady v domově Rajská zahrada představují mzdy zaměstnanců, platby za energie a další položky.

Tabulka 6 Mzdové náklady (zdroj: Keloc-software.cz; Kurzy.cz, online, vlastní zpracování)

Pracovní pozice	Celková cena práce (Kč)	Čistá mzda (Kč)	Celkové náklady měsíčně (Kč)
Ředitel	50 000	39 270	66 900
Vedoucí zdravotně-sociální pracovník	40 000	31 930	53 520
Vedoucí provozu	30 000	24 590	40 140
Zdravotně-sociální pracovník	28 000	23 122	37 464 (187 320)
Pracovník v soc. službách	27 000	22 388	36 126 (144 504)
Všeobecná sestra	40 000	31 930	53 520 (214 080)
Pracovník prádelny	20 000	17 250	26 760 (53 520)
Uklízečka	20 000	17 250	26 760 (53 520)

Celkem mzdové náklady	813 504
--------------------------------------	----------------

Ostatní provozní náklady domova:

Tabulka 7 Ostatní provozní náklady domova (zdroj: vlastní zpracování)

Nákladová položka	Náklady měsíčně (Kč)	Náklady ročně (Kč)
Zálohy za elektrickou energii (FN)	10 000	120 000
Zálohy za plyn (FN)	5 000	60 000
Internetové připojení (FN)	1 000	12 000
Poplatky za vodu (FN)	3 000	36 000
Telekomunikace (FN)	4 000	48 000
Kancelářské potřeby (VN)	1000	12 000
Zdravotnický materiál (VN)	2 000	24 000
Materiál pro sociální služby (VN)	4 000	48 000
Údržba (FN)	900	10 800
Svoz komunálního a bio odpadu (FN)	1 000	12 000
Pojištění majetku (FN)	10 000	120 000
Propagace (FN)	1 000	12 000
Mzdové náklady (FN)	813 504	9 762 048
Náklady celkem	856 404	10 276 848

- Celkové provozní náklady (měsíc/rok)856 404 Kč/10 276 848 Kč

- Celkové fixní náklady(měsíc/rok)849 404 Kč/10 192 848Kč
- Celkové variabilní náklady(měsíc/rok)7 000 Kč/84 000 Kč

7.6.3 Analýza bodu zvratu

Pro analýzu bodu zvratu jsou použity očekávané příjmy organizace (úhrady klientů, příspěvky na péči), hodnota fixních a variabilních nákladů. Jelikož vstupní náklady na založení a vybavení domova jsou hrazeny z vlastních zdrojů zakladatele, nebude v analýze počítáno s variantou hrazení prostřednictvím úvěru.

Očekávané příjmy domova:

Tabulka 8 Očekávané příjmy (zdroj: vlastní zpracování)

Počet klientů	Příjmy od klientů za měsíc (Kč)	Průměrný příspěvek na péči za měsíc (Kč)	Celkový příjem za měsíc (Kč)	Celkový příjem za rok (Kč)
1	16 520	9 320	25 840	310 080
2	33 040	18 640	51 680	620 160
3	49 560	27 960	77 520	930 240
4	66 080	37 280	103 360	1 240 320
5	82 600	46 600	129 200	1 550 400
6	99 120	55 920	155 040	1 860 480
7	115 640	65 240	180 880	2 170 560
8	132 160	74 560	206 720	2 480 640
9	148 680	83 880	232 560	2 790 720
10	165 200	93 200	258 400	3 100 800
60	991 200	559 200	1 550 400	18 604 800

Z kalkulace příjmů domova vyplývá, že při plné obsazenosti 60 lůžek budou měsíční příjmy domova činit 1 550 400 Kč a roční příjmy cca 18,5 milionů Kč.

Analýza bodu zvratu:

Tabulka 9 Analýza bodu zvratu (zdroj: vlastní zpracování)

Počet klientů	Příjmy za měsíc (Kč)	Variabilní náklady/VN na 1 klienta (Kč)	Fixní náklady (Kč)	Celkové náklady za měsíc (Kč)
1	25 840	7000/117	849 404	849 521
2	51 680	14 000/234	849 404	849 638
3	77 520	21 000/351	849 404	849 755
4	103 360	28 000/468	849 404	849 872
5	129 200	35 000/585	849 404	849 989
6	155 040	42 000/702	849 404	850 106
7	180 880	49 000/819	849 404	850 223
8	206 720	56 000/936	849 404	850 340
9	232 560	63 000/1 053	849 404	850 457
10	258 400	70 000/1 170	849 404	850 574
33	852 720	231 000/3 861	849 404	853 265
34	878 560	280000/3978	849 404	853 382
60	1 550 400	420 000/7 020	849 404	856 424

Vzorec pro výpočet bodu zvratu zní FN: $(p - VN)$

849 404: $(25\ 840 - 117) = 33,02$ (realistická varianta)

Analýzou bodu zvratu bylo zjištěno, že domov bude schopný pokrývat své náklady a zároveň začít generovat zisk od obsazenosti 33 klienty a více. Celková obsazenost domova je 60 lůžek.

Optimistická varianta počítá s tím, že podnikání se bude dařit o 20-50 % více a u pesimistické varianty je tomu naopak.

Optimistická varianta = $33,02 - (20 \text{ až } 50 \%) = 27\text{--}17$ klientů

Pesimistická varianta = $33,02 + (20 \text{ až } 50 \%) = 39\text{--}49$ klientů

7.6.4 Financování projektu

Vstupní náklady jsou dostatečně kryty vlastními zdroji zakladatelů, potažmo spolku. Provozní náklady domova Rajská zahrada budou průběžně hrazeny z úhrad klientů za služby, finančních prostředků spolku, z dotací města Kroměříže, Zlínského kraje a ze sponzorských darů.

O provozní dotace od města Kroměříž může zažádat organizace až v momentě její oficiálně probíhající činnosti, nikoliv před založením. O dotace z rozpočtu Zlínského kraje lze požádat, pokud je návrh poskytovatele sociálních služeb v souladu s aktuálním Plánem rozvoje sociálních služeb Zlínského kraje. Spolek dále může využít slevy a sponzorské dary od firem, se kterými spolupracoval při nákupu vybavení nebo od jednotlivých fyzických dárců.

7.7 Propagace služeb domova se zvláštním režimem Rajská zahrada

Propagovat sociální služby lze několika způsoby:

- Webové stránky domova – budou obsahovat základní informace o poskytované sociální službě, ceník úhrad za služby, jídelníček, fotogalerie, kontakty na vedení domova a v neposlední řadě grafiku odpovídající charakteru služby
- Informační letáky – obsahem letáků bude velká fotka domova Rajská zahrada, poslání, cíle a hodnoty zde uplatňované, předpokládaný den zahájení činnosti. Letáky budou rozslány do všech zařízení sociálních služeb města Kroměříže, praktickým lékařům ve Zlínském kraji, do psychiatrických ambulancí
- Tisk – pro propagaci prostřednictvím tisku bude vybrán Týdeník Kroměřížska, kde budou zveřejněny informace totožné s informacemi v informačních letácích, a navíc rozhovor s jedním ze zakladatelů spolku.

7.8 Časová analýza

Časová analýza popisuje časový úsek od započetí prvních prací na projektu, až po jeho předpokládanou realizaci. Podle zákona o sociálních službách musí poskytovatel začít poskytovat služby nejpozději do 6 měsíců od právní moci rozhodnutí o registraci, tudíž je žádoucí, aby přípravné práce byly provedeny ještě před samotnou registrací.

Tabulka 10 Časová analýza projektu (zdroj: vlastní zpracování)

Činnost v rámci realizace projektu	Termín splnění činnosti
Analýza potřebnosti sociální služby	Splněno
Vypracování návrhů projektu	Splněno
Založení spolku	Červenec 2024
Schválení žádosti o registraci a zapsání spolku do veřejného rejstříku	Červenec 2024
Zahájení propagace služeb pro osoby trpící Alzheimerovou demencí	Červenec 2024
Nákup vybavení, instalace, úpravy	Červenec–září 2024
Inzerce na úřadech práce, výběr zaměstnanců	Září–říjen 2024
Jednání s potenciálními klienty	Říjen–listopad 2024
Předpokládané zahájení činnosti	Prosinec 2024

7.9 Analýza rizik

Dle autorů Vochozky a Váchala (2013, s. 536), je možné analýzu podnikových rizik rozdělit do tří fází:

- identifikace a popis rizik
- analýza rizik
- hodnocení a návrh opatření pro zmírnění rizika

Kvalitativní metoda analýzy rizik je následně zpracována do matice rizik.

Tabulka 11 Analýza rizik projektu (zdroj: vlastní zpracování)

Pravděpodobnost výskytu (P)	Označení	Závažnost důsledků (Z)	Označení
Vzácná	P1	Zanedbatelná	Z1
Nepravděpodobná	P2	Malá	Z2

Možná	P3	Střední	Z3
Pravděpodobná	P4	Vysoká	Z4
Jistá	P5	Extrémní	Z5

Při zakládání a zahajování činnosti Domova se zvláštním režimem Rajská zahrada se mohou vyskytnout tato rizika:

- R1 – negativní rozhodnutí v žádosti o registraci
- R2 – dodatečné náklady pro úpravu nemovitosti pro účely služby
- R3 – nedostatek kvalifikovaného personálu
- R4 – nezískání dotace z rozpočtu Zlínského kraje
- R5 – riziko pádu klienta při poskytování služby

Hodnocení rizik:

R1 – P1, Z5

R2 – P3, Z3

R3 – P2, Z4

R4 – P2, Z3

R5 – P3, Z4

Tabulka 12 Matice rizik (zdroj: vlastní zpracování)

	Z1	Z2	Z3	Z4	Z5
P1					R1
P2			R4	R3	
P3			R2	R5	
P4					
P5					

R1 – Riziko negativního rozhodnutí ve věci žádosti o registraci je sice velmi nepravděpodobné z důvodu vysoké potřebnosti charakteru služby, ovšem jeho výskyt by

znamenal pro plánovanou činnost domova extrémní následky v podobě zrušení celého projektu

R2 – Riziko dodatečných nákladů je zde střední, jelikož prostředky spolku i zakladatelů jsou sice značné, ovšem úpravy nemovitosti na bezbariérovou by nemusely být tak nízké

R3 – Projevení rizika nedostatku kvalifikovaného personálu by sice bylo pro domov poměrně závažnější následky v oblasti kvality poskytovaných služeb a celkové spokojenosti klientů, ovšem jeho výskyt není příliš pravděpodobný z důvodu zvyšujícího se zájmu o humanitní zaměření při studiu mladých lidí, stejně tak jako dostupnost možných absolventů oboru sociální pedagogika na VOŠ pedagogické v Kroměříži a oboru sociální práce nebo zdravotně sociální pracovník na UTB ve Zlíně.

R4 – Riziko nezískání dotace z rozpočtu Zlínského kraje je poměrně slabé, jelikož analýza potřebnosti sociálních služeb domova se zvláštním režimem ve Zlínském kraji prokázala vysokou potřebnost takového druhu služeb a také je založení domova v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb města Kroměříž a akčním plánem rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro rok 2024.

R5 – Riziko pádu klienta v zřízení je pravděpodobnější s ohledem na jejich možný zdravotní i psychický stav. Pro zmírnění tohoto rizika budou v domově instalovány madla podél zdí na obou oddělení a personál bude dbát zvýšené opatrnosti při doprovázení klientů po domově.

7.10 Zhodnocení projektu

Cílem projektu, kterému je věnována tato práce bylo založení domova se zvláštním režimem pro osoby trpící Alzheimerovou demencí ve zlínském kraji. Konkrétně bylo pro založení město Kroměříž. Jako právní forma byla zvolena nestátní nezisková organizace – spolek, který bude založen třemi zakládajícími členy.

V první části návrhu projektu je popsán proces registrace a založení domova, jsou zde představeny zakládající osoby a prostředky, které do projektu vložily a také vybavení, kterým domov bude disponovat.

Druhá část projektu obsahuje popis personálního zajištění domova spolu s požadavky na vzdělání zaměstnanců a analýzu nákladů na provoz domova Rajska zahrada. V závěru projektové části je provedena analýza rizik, která by se mohla vyskytnout v průběhu činnosti domova.

Vzhledem k příznivým výsledkům nákladové analýzy i analýzy rizik by měl domov Rajska zahrada zahájit svou činnost podle očekávání, tj. v prosinci 2024.

ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se zabýval projektem založení domova se zvláštním režimem pro osoby trpící Alzheimerovou demencí ve Zlínském kraji. V rámci této práce jsem si stanovil dva cíle. Prvním primárním cílem práce bylo zpracovat realizovatelný projekt založení domova se zvláštním režimem Rajská zahrada, který bude poskytovat profesionální pobytové služby klientům s Alzheimerovou demencí, kterým by jiná forma sociální služby nebyla v plné míře schopna uspokojit jejich potřeby.

Tento cíl byl splněn.

Druhým primárním cílem práce bylo zmapovat situaci v poskytování sociálních služeb lidem s Alzheimerovou demencí ve Zlínském kraji a prostřednictvím kvantitativních metod zjistit potřebnost dalšího zařízení pro zmíněnou cílovou skupinu.

Tento cíl byl splněn.

Sekundárním cílem práce bylo prostřednictvím studia odborné literatury zpracovat teoretické poznatky o stárnutí, Alzheimerově demenci, poskytování sociálních služeb pro klienty s Alzheimerovou demencí a formách podnikání v oblasti sociálních služeb.

Tento cíl byl splněn.

Na závěr chci zdůraznit, že lidé, kteří ve stáří onemocní Alzheimerovou demencí si zaslouží stejnou úctu a důstojné zacházení jako kterýkoliv jiný zdravý člověk, tudíž by naše společnost měla dělat vše proto, aby o tyto lidi bylo vždy dobře postaráno.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

- [1] ATKINS, Charles. *The Alzheimer's Answer Book: Professional Answers to More Than 250 Questions about Alzheimer's and Dementia*. Naperville, Illinois: Sourcebooks, 2008. ISBN 978-1-4022-2126-2.
- [2] ČÁMSKÝ, Pavel; SEMBDNER, Jan a KRUTILOVÁ, Dagmar. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.
- [3] ČECHOVÁ, Kateřina; FENDRYCH MAZANCOVÁ, Adéla a HORÁKOVÁ, Hana. *V bludišti jménem Alzheimer: na co v ordinaci nezbyvá čas*. Praha: Management Press, 2019. ISBN 978-80-264-2707-0.
- [4] DOMICO, Matthew a Valerie HILL. *What you need to know about Alzheimer disease*. Greenwood: ABC-CLIO, 2022. ISBN 978-1-4408-7031-6.
- [5] DUKOVÁ, Ivana; DUKA, Martin a KOHOUTOVÁ, Ivanka. *Sociální politika: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3880-2.
- [6] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [7] FEIL, Naomi a Vicki DE KLERK-RUBIN. *The Validation breakthrough*. 4.ed. Baltimore, Maryland: Health Professions Press, 2022. ISBN 9781956801002.
- [8] FERTALOVÁ, Terézia a ONDRIOVÁ, Iveta. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2479-4.
- [9] JAKUBÍKOVÁ, Dagmar. *Strategický marketing: strategie a trendy*. 2., rozš. vyd. Expert (Grada). Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4670-8.
- [10] KOUKOLÍK, František. *Metuzalém: o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2464-8.
- [11] KRECHOVSKÁ, Michaela; HEJDUKOVÁ, Pavlína a HOMMEROVÁ, Dita. *Řízení neziskových organizací: klíčové oblasti pro jejich udržitelnost*. Expert (Grada). Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-247-3075-2.
- [12] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

- [13] MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4315-8.
- [14] MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.
- [15] MOUSTAFA, Ahmed A. *ALZHEIMER'S DISEASE: Understanding Biomarkers, Big Data, and Therapy*. London: Academic Press, 2022. ISBN 978-0-12-821334-6.
- [16] Odbor sociálních věcí Krajského úřadu Zlínského kraje. *Katalog sociálních služeb Zlínského kraje, Sociální služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením*: Zlín: Zlínský kraj, 2009.
- [17] POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.
- [18] SAHYOUNI, Ronald, Nolan BROWN a Jefferson CHEN. *ALZHEIMER'S DISEASE DECODED The History, Present, and Future of Alzheimer's Disease and Dementia*. 2. ed. London: World Scientific Publishing Co., 2022. ISBN 978-981-123-622-8.
- [19] ŠAFROVÁ DRÁŠILOVÁ, Alena. *Základy úspěšného podnikání: průvodce začínajícího podnikatele*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2182-3.
- [20] VÍT, Petr. *Praktický právní průvodce pro neziskové organizace*. Manažer. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5477-2.
- [21] VÁCHAL, Jan a VOCHOZKA, Marek. *Podnikové řízení. Finanční řízení*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4642-5.
- [22] VEBER, Jaromír a SRPOVÁ, Jitka a kol. *Podnikání malé a střední firmy*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Expert (Grada). Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4520-6.
- [23] VOJTÍŠEK, Petr. *Princip solidarity ve financování služeb sociální péče*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3709-9.
- [24] VOSTRÝ, Michal a VETEŠKA, Jaroslav. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-2866-2.
- [25] WAGNEROVÁ, Irena. *Hodnocení a řízení výkonnosti*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2361-7.
- [26] ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0561-8.

- [27] *Sociální služby města Kroměříže* [online]. 2024, Dostupné z: <https://www.sskm.cz/> [cit. 2024-02-28].
- [28] *Sociální služby Uherské Hradiště* [online]. 2024, Dostupné z: <https://www.ssluh.cz/> [cit. 2024-03-01].
- [29] *Charita Česká republika* [online]. 2024, Dostupné z: <https://www.kromeriz.charita.cz/sluzby/> [cit. 2024-03-02]
- [30] *Sociální služby Pačlavice, příspěvková organizace* [online]. 2024, Dostupné z: <https://www.socialnisluzby.obecpaclavice.cz/domov-se-zvlastnim-rezimem-2/> [cit. 2024-03-03].
- [31] *Alzheimer Home Zlín* [online]. 2022, Dostupné z: https://www.alzheimerhome.cz/alzheimer-home-zlin/?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwoPOwBhAeEiwAJuXRhw9_VhQurFA5ZE8kkoXu_jYKS-mpKQ5IT9avcvuk0TI13ssNZ-V6IeRoCyS8QAvD_BwE [cit. 2024-03-05].
- [32] *SENIOR Otrokovice* [online]. 2024, Dostupné z: <http://www.senior-otrokovice.cz/> [cit. 2024-03-07]
- [33] *Domov pro seniory Burešov* [online]. 2024, Dostupné z: <https://www.dsbyuresov.cz/> [cit. 2024-03-08]
- [34] *Domov pro seniory Lukov, p.o.* [online]. 2024, Dostupné z: <https://ds-lukov.cz/> [cit. 2024-03-10]
- [35] *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024, Dostupné z: <https://www.nzip.cz/kategorie/164-demence-zakladni-informace> [cit. 15.04.2024]
- [36] *Výroční zprávy o činnosti ČALS* [online]. 2022, Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/cals/vyrocní-zpravy/> [cit. 2024-03-11]
- [37] *Česká alzheimerovská společnost* [online]. 2015, Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/> [cit. 2024-03-12]
- [38] *Český statistický úřad* [online]. 2024, Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_lide [cit. 2024-03-20]
- [39] *Poslanecká sněmovna parlamentu ČR* [online]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html> [cit. 2024-03-21]

- [40] *Zákony pro lidi* [online]. 2010, 2024, Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/> [cit. 2024-03-22]
- [41] *KISK Kreativní práce s informacemi* [online]. 2024, Dostupné z: <https://kisk.phil.muni.cz/kreativita/temata/vizualizace-a-presentace-informaci/swot-analyza> [cit. 2024-03-24]
- [42] *Zlínský kraj* [online]. 2024, Dostupné z: <https://zlinskykraj.cz/akcni-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-ve-zlinskem-kraji-pro-rok-2024> [cit. 2024-03-25]
- [43] *Dotazník pro osoby pečující o klienty s Alzheimerovou demencí* [online]. 2024, Dostupné z: <https://docs.google.com/forms/d/1diEvKOZsWklbk5aabsOjaRfwvPNHL8wQScQ26VXQNN8/edit#responses> [cit. 2024-03-26]
- [44] *Alza.cz* [online]. 1994, 2024, Dostupné z: <https://www.alza.cz/> [cit. 2024-03-22]
- [45] *Ikea.com* [online]. 1999, 2024, Dostupné z: <https://www.ikea.com/cz/cs/> [cit. 2024-03-24]
- [46] *UNIZDRAV Zdravotní pomůcky* [online]. 2010, 2024, Dostupné z: <https://unizdrav.cz/> [cit. 2024-03-27]
- [47] *KELOC ekonomický software pro Vaše podnikání* [online]. Dostupné z: <https://www.keloc-software.cz/mzdova-kalkulacka/> [cit. 2024-03-26]
- [48] *Edolo: Víme, jak vybudovat úspěšnou firmu* [online]. Dostupné z: <https://edolo.cz/clanky/pest-analyza/> [cit. 2024-03-27]
- [49] *Managementmania.com* [online]. 2011, 2016, Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/> [cit. 2024-03-15]
- [50] *Kurzy.cz* [online]. 2000, 2024, Dostupné z: <https://www.kurzy.cz/> [cit. 2024-03-18]

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DZR Domov se zvláštním režimem

ČSÚ Český statistický úřad

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

ČALS Česká alzheimerská společnost

NZIP Národní zdravotnický informační portál

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Mapa Zlínského kraje (zdroj: Mapy.cz, online).....	47
Obrázek 2 Průměrná výše starobního důchodu v ČR (zdroj: ČSÚ, online).....	58

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Počet lidí s demencí v jednotlivých krajích ČR (zdroj: ČALS, výroční zpráva 2022, online).....	45
Tabulka 2 SW(OT) analýza (zdroj: vlastní zpracování).....	69
Tabulka 3 Pracovní zajištění domova (zdroj: vlastní zpracování).....	82
Tabulka 4 Náklady na vybavení domova, investiční náklady (zdroj: Alza.cz; Ikea.com; Unizdrav.cz, vlastní zpracování)	83
Tabulka 5 Neinvestiční náklady (zdroj: vlastní zpracování)	84
Tabulka 6 Mzdové náklady (zdroj: Keloc-software.cz; Kurzy.cz, online, vlastní zpracování).....	85
Tabulka 7 Ostatní provozní náklady domova (zdroj: vlastní zpracování).....	86
Tabulka 8 Očekávané příjmy (zdroj: vlastní zpracování).....	87
Tabulka 9 Analýza bodu zvratu (zdroj: vlastní zpracování).....	88
Tabulka 10 Časová analýza projektu (zdroj: vlastní zpracování).....	90
Tabulka 11 Analýza rizik projektu (zdroj: vlastní zpracování)	90
Tabulka 12 Matice rizik (zdroj: vlastní zpracování).....	91
Graf 1 Otázka č.1 (zdroj: google.forms, online, vlastní zpracování).....	61
Graf 2 Otázka č.2 (zdroj: google.forms, online, vlastní zpracování).....	61
Graf 3 Otázka č.4 (zdroj: google.forms, online, vlastní zpracování).....	62
Graf 4 Otázka č.5 (zdroj: google.forms, online, vlastní zpracování).....	63
Graf 5 Otázka č.6 (zdroj: google.forms, online, vlastní zpracování).....	63
Graf 6 Otázka č.7 (zdroj: google.forms, online, vlastní zpracování).....	64
Graf 7 Otázka č.8 (zdroj: google.forms, online, vlastní zpracování).....	64
Graf 8 Otázka č.9 (zdroj: google.forms, online, vlastní zpracování).....	65
Graf 9 Otázka č.10 (zdroj: google.forms, online, vlastní zpracování).....	65
Graf 10 Otázka č.11 (zdroj: google.forms, online, vlastní zpracování).....	66