

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta pedagogická

Diplomová práce

**TRANSFORMACE DOMOVA PRO SENIORY
TACHOV, U PENZIONU 1711 NA DOMOV SE
ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM**

Bc. Simona Peteříková, DiS.

Plzeň 2012

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 27. března 2012

.....
Simona Peteříková

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat Ing. Petru Lebedovi, CSc. za vedení diplomové práce a odborné rady, které mi poskytl při jejím zpracování.

Děkuji také Ing. Jaroslavě Kovářové, vedoucí Domova pro seniory Tachov, U Penzionu 1711, za poskytnutí interních materiálů a pomoc ve finanční otázce konceptu projektu a všem zaměstnancům domova, kteří mi byli při mapování změn a přípravě nápomocni.

V neposlední řadě děkuji p. Mgr. Lence Dejmkové, vedoucí Domova sv. Aloise, která mi umožnila navštívit jejich zařízení a zeptat se na potřebné informace.

OBSAH

ÚVOD	6
1 DEMENCE	8
1.1 Příznaky demence a její diagnostika.....	9
1.2 Stádia syndromu demence	11
1.3 Typy demencií	13
1.3.1 Alzheimerova nemoc	13
1.3.2 Vaskulární demence	14
1.4 Specifika péče o seniory s demencí	15
1.4.1 Specifika prostředí	16
1.4.2 Přístup zaměstnanců a komunikace s osobou trpící demencí	17
1.4.3 Metody práce používané při práci s osobami trpící demencí.....	19
2 DOMOVY PRO SENIORY A DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM V SYSTÉMU SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	25
3 SOUČASNÝ STAV	27
3.1 Domov pro seniory Tachov, U Penzionu 1711.....	27
3.2 Cílová skupina a stávající struktura	27
3.3 Kapacita a vybavení domova	29
3.4 Organizační struktura.....	31
3.5 Personální zajištění služby	33
3.6 Financování služby	33
3.7 Aktivizační činnosti	34
3.8 Spolupráce, informovanost	35
3.9 SWOT analýza	35
4 KONCEPT PROJEKTU	40
4.1 Metody práce	40
4.2 Transformace domova se zvláštním režimem v Tachově.....	41
4.2.1 Cílová skupina domova se zvláštním režimem.....	41
4.2.2 Kapacita a vybavení domova se zvláštním režimem	42
4.2.3 Organizační struktura	42
4.2.4 Personální zajištění služby	45

4.2.5	Stavební úpravy a související investice.....	46
4.2.6	Financování služby.....	47
4.2.7	Spolupráce.....	50
4.2.8	Změny proti stávající sociální službě.....	51
4.3	Proces realizace konceptu projektu.....	53
4.3.1	Realizační tým.....	53
4.3.2	Časový harmonogram realizace konceptu projektu	54
4.4	Rizika konceptu projektu	55
5	ZÁVĚR	56
	RESUMÉ	57
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	58
	SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ A GRAFŮ.....	63
	SEZNAM PŘÍLOH.....	64

ÚVOD

Práce vznikla z důvodu přibývajících počtu osob trpících demencí ve společnosti a potřebnosti pokrýt poptávku veřejnosti po službě domova se zvláštním režimem, který na Tachovsku není k dispozici. Služba domov se zvláštním režimem je v plzeňském kraji poskytována, ale pro obyvatele tachovského okresu je nedostupná, neboť nejbližší zařízení poskytující tento druh služeb jsou vzdálena cca 60 km.

Již šestým rokem pracuji jako sociální pracovník domova pro seniory. Ze své praxe tak vím, že mezi seniory v našem domově se vyskytují i lidé, kteří trpí demencí. Péče o tyto osoby je velmi specifická a klade vysoké nároky na pečující osoby. Tím, že osoby trpící demencí nejsou umístěny ve specializovaném zařízení, ale právě v domovech pro seniory nebo v jiných geriatrických zařízeních, není jim tak možné zajistit odpovídající přístup a péči. Zároveň je velmi problematické soužití „zdravých“ a osob s demencí, což přináší každodenní komplikace, kdy se finální soužití obou skupin stává neúnosné.

Téma obsažené v diplomové práci je aktuální, neboť dlouhodobě klesá v našem regionu zájem o využívání služeb domova pro seniory a se zvyšujícím se věkem seniorů přibývá osob, které potřebují a i v budoucnu budou potřebovat speciální péči. Tento fakt přispěl ke vzniku této práce, jejímž hlavním cílem je zpracovat koncept projektu transformace části tohoto zařízení na domov se zvláštním režimem.

Diplomová práce je členěna do čtyř hlavních kapitol. První kapitola přibližuje čtenáři problematiku demence, její typy a diagnostiku. Součástí kapitoly jsou rovněž specifika v péči o seniory s demencí. Tato kapitola je výchozím bodem pro odvození služeb nabízených v domovech se zvláštním režimem. V kapitole druhé je definován domov pro seniory a domov se zvláštním režimem v systému sociálních služeb. Třetí kapitola je tvořena analýzou současného stavu domova pro seniory a v závěru kapitoly je zpracována SWOT analýza. Následující kapitola obsahuje samotný koncept projektu. Koncept projektu vymezuje cílovou skupinu a kapacitu nové sociální služby, upravuje její organizační a personální zabezpečení. Součástí je návrh stavebních úprav a jejich nákladovost. Tato kapitola rovněž přináší informace o realizačním týmu a časový harmonogram samotné realizace.

Koncept projektu bude využit jako podklad pro nově vznikající sociální službu v tomto zařízení a pro případné udělení certifikace České Alzheimerovské společnosti „Vážka“.

1 DEMENCE

Pojem demence se vyvíjí desítky let a je odvozen od latinského kořene de mens označující pokles úrovně duševní činnosti.¹ Buijssen² pojem překládá jako „bez myslí“.

Vágnerová³ považuje demenci za syndrom, jehož nejvýznamnějším projevem je úbytek kognitivních funkcí, především inteligence a paměti. Jedná se o získané postižení, které lze diagnostikovat až po druhém roce života.

Rheinwaldová⁴ demenci popisuje jako získané chorobné oslabení rozumových schopností, snížení již vyvinuté inteligence a duševních schopností. V důsledku toho dochází k rozpadu rozumových schopností, soustředění, pracovního výkonu i sebeovládání.

Jedná se o získanou poruchu kognitivních funkcí, která má zásadní vliv na další funkce a i život pacienta. Při demenci dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, orientace, myšlení, schopnosti řeči a učení. Zhoršení funkcí je doprovázeno zhoršením kontroly emocí, motivace a sociálního chování.⁵

„Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru.“⁶

Pidrman⁷ zároveň uvádí obecná kritéria demence:

- zjevné zhoršení krátkodobé i dlouhodobé paměti,
- dále alespoň jeden z následujících faktorů:
- narušení abstraktního myšlení,
- narušení soudnosti,
- narušení ostatních kognitivních funkcí,
- změny osobnosti.

„Demence jsou choroby, u nichž dochází k významnému snížení paměti, intelektu a jiných tzv. poznávacích (kognitivních) funkcí od jejich původní úrovně a k druhotnému úpadku všech dalších psychických funkcí.“⁸

¹ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2009.

² BUIJSSEN, H. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006.

³ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 2000.

⁴ RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 1999.

⁵ PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007.

⁶ PIDRMAN, V., tamtéž, s. 9

⁷ PIDRMAN, V., tamtéž

⁸ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. s. 71

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí jsou organické duševní poruchy, kam patří i demence, děleny následovně:

Tabulka 1: Dělení organických duševních poruch

F 00	Demence u Alzheimerovy choroby	
F 01	Vaskulární demence	
F 02	Demence u chorob klasifikovaných jinde:	demence u Pickovy choroby
		demence u Creutzfeldovy-Jakobovy choroby
		demence u Huntingtonovy choroby
		demence u Parkinsonovy choroby
		demence u infekce HIV
		demence u ostatních chorob klasifikovaných jinde
F 03	Nespecifické demence	
F 04	Organický amnestický syndrom, jiný než vyvolaný alkoholem a jinými drogami	
F 05	Delirium jiné než vyvolané alkoholem a jinými drogami	
F 06	Jiné duševní poruchy vznikající následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkcemi mozku nebo následkem somatického onemocnění	
F 07	Poruchy osobnosti a poruchy chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcemi mozku	
F 09	Nespecifické organické nebo symptomatické duševní poruchy	

Zdroj: VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 25

Vágnerová⁹ zmiňuje, že s přibývajícím věkem roste výskyt demence. Podle některých zdrojů trpí demencí přibližně 12 % sedmdesátiletých a 20 % starších 80 let.

1.1 Příznaky demence a její diagnostika

Z počátku vypadá demence jako pouhé zhoršování psychických funkcí. Postupně dochází ke zhoršování výkonu běžných funkcí, což způsobuje závislost osoby na péči a pomoci druhých.¹⁰

Příznaky demence lze rozlišit do tří základních skupin:¹¹

- narušení kognitivních funkcí,
- narušení aktivit denního života,
- poruchy chování.

⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007.

¹⁰ VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, 2007.

¹¹ PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007.

Nejzávažnějšími jsou příznaky kognitivní, jejichž charakteristickým rysem je úbytek kognitivních funkcí (především paměti a intelektu).¹²

Osoby postižené demencí často nepoznávají své okolí ani známé osoby. S pokračující demencí dochází ke ztrátě schopnosti logicky uvažovat, z čehož vyplývá porucha soudnosti. To přináší komplikace při komunikaci. Zhoršuje se také kontrola emocí a sociální chování, dochází k osobnostním změnám. Osoby trpící demencí nejsou schopny respektovat běžné normy chování a ztrácejí své původní sociální návyky.¹³

V důsledku demence je omezováno sociální uplatnění jedince. Běžné nároky se stávají náročné, nemocní nejsou schopni zvládat běžné sociální role.¹⁴

Kromě zmíněných příznaků Venglářová¹⁵ uvádí poruchy řeči, pozornosti, vnímání a úsudku. Poruchy v těchto oblastech vedou k postupnému zhoršování denních činností jako např. nevládnutí péče o sebe nebo domácnost, riziko úrazu... Další skupinou jsou poruchy emotivity, ke kterým patří poruchy nálad, oploštělá emotivita, emoční labilita a ztráta vyšších citů. Dochází také k poruchám chování.

Časná a přesná diagnóza umožňuje zahájit včasnou léčbu a napomoci tak zachovat současné funkce co nejdéle. Alzheimerova choroba může být s určitostí diagnostikována až po smrti, kdy je provedeno vyšetření mozkové tkáně.¹⁶

Diagnóza je stanovována na základě klinického obrazu – psychiatrického a psychologického vyšetření.¹⁷

Diagnostiku demence provádí specialista, zpravidla neurolog nebo psychiatr. Tento specialista při diagnostice demence využívá standardizované testy, magnetickou rezonanci nebo počítačovou tomografii, tzv. CT. Zobrazovací vyšetření umožňují specialistovi odhalit změny ve vzhledu mozku.¹⁸

Při stanovování diagnózy je nutné vyloučit nejprve jiná onemocnění. K určení diagnózy se často využívá Folsteinův Mini-Mental State Examination (MMSE) k vyšetření duševního stavu. Pro orientační otestování schopností v oblasti denních

¹² PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007.

¹³ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007.

¹⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 2000.

¹⁵ VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, 2007.

¹⁶ Alzheimer's Disease Fact. *National Institute on Aging* [online].

¹⁷ PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007.

¹⁸ Diagnosing dementia. *NHS choices: Your health, your choices* [online].

aktivit lze využít Barthelův test základních všedních činností (ADL). Instrumentální činnosti zjišťuje Test instrumentálních všedních činností (IADL)¹⁹

Test MMSE je poměrně jednoduchý a vyšetřuje základní neuropsychologické funkce – paměť, časoprostorovou orientaci, orientaci osobou, řeč a jazyk. Tento test je využíván k určení střední a těžké demence, především Alzheimerovy nemoci. Hranice pro stanovení demence je 23 bodů z maximálního počtu 30 bodů. Pro diagnostiku vaskulární demence je spolehlivější použít Hachinskeho skóre.²⁰

Klíčové kroky při diagnóze demence:²¹

- podrobná anamnéza,
- podrobné vyšetření duševního stavu,
- vyšetření tělesného stavu,
- laboratorní vyšetření,
- elektroencefalografické vyšetření,
- neuropsychologické testování.

1.2 Stádia syndromu demence

Pro stanovení hloubky demence byla vypracována řada stupnic. V roce 1982 vznikla dostatečně podrobná a přesná sedmičlenná stupnice Reisbergovy skupiny. V prvním stupni nedochází k postižení kognitivních funkcí, v druhém stupni si osoba stěžuje na poruchy paměti a dochází k počínajícímu postižení kognitivních funkcí. Třetí stupeň je charakteristický lehkým postižením kognitivních funkcí, ve čtvrtém stupni jsou zřejmé poruchy v různých oblastech. V pátém stupni není osoba schopna bez jistého stupně pomoci schopna samostatného života a je dezorientovaná v čase. Šestý stupeň je charakteristický těžkým postižením kognitivních funkcí, kdy osoba potřebuje pomoc při každodenní péči. V posledním stupni dochází k vyhasnutí všech řečových funkcí, osoba vydává pouze zvuky, není schopna chůze a je inkontinentní.²²

V témže roce vytvořil Hughes a kolektiv mezinárodně používanou stupnici, která je založena na vyšetření paměti, úsudku a řešení problémů, zvládání společenských

¹⁹ VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, 2007.

²⁰ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2009.

²¹ MÜHLPACHR, P., tamtéž

²² MÜHLPACHR, P., tamtéž

záležitostí, osobních zájmech a koníčcích, úrovni osobní péče. Tato stupnice je pětistupňová.²³

Tabulka 2: Hughesova stupnice

Stupeň 0 – zdraví	<ul style="list-style-type: none"> - osoba plně orientovaná - zvládá řešit každodenní problémy - sociálně nezávislá - plně schopna se o sebe postarat - osobní život beze změn
Stupeň 0,5 – podezření na demenci	<ul style="list-style-type: none"> - lehká zapomnětlivost - plně orientována - pečuje o sebe plně
Stupeň 1 – lehká demence	<ul style="list-style-type: none"> - zapomíná čerstvé události - poruchy orientace v čase - péče o sebe oslabena
Stupeň 2 – střední demence	<ul style="list-style-type: none"> - rychlé zapomínání nových informací - dezorientace v čase i místě - neschopnost samostatné činnosti mimo domov - potřeba pomoci s oblékáním a hygienou
Stupeň 3 – těžká demence	<ul style="list-style-type: none"> - neschopnost řešit problémy - potřeba pomoci s oblékáním, - kontrola osobní hygieny - častá inkontinence

Zdroj: MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. s. 54

Zjednodušeně lze demenci rozdělit do tří stádií: mírná demence, středně těžká a těžká demence.

Tabulka 3: Stádia demence

	Příznaky	Problémy v životě
I. stádium	<ul style="list-style-type: none"> - zapomínání nedávných událostí - neschopnost vybavit si jména, data, trasy... 	<ul style="list-style-type: none"> - chybné úkony - nedorozumění
II. stádium	<ul style="list-style-type: none"> - umocnění rysů osobnosti - zpomalené myšlení - potíže s rozhodováním - ztráta zájmu 	<ul style="list-style-type: none"> - zvýšená dráždivost - apatie - slovní konflikty
III. stádium	<ul style="list-style-type: none"> - dezorientace - ztráta soudnosti - poruchy komunikace - zhoršení sebezpečí 	<ul style="list-style-type: none"> - rozvrat života - celodenní péče a dohled - problematické chování

Zdroj: VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 28

²³ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2009.

1.3 Typy demencí

Demence lze dělit podle několika klasifikačních schémat. Jedním ze schémat je Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, častěji užívaným je schéma Diagnostické a statistické příručky Americké psychiatrické společnosti a v nelékařské komunitě se používá Švédské schéma (Swedish Consensus on Dementia and Dementia diseases). Toto schéma dělí demence na primárně degenerativní, ischemicko-vaskulární a symptomatické (sekundární) demence.²⁴

Demence je možné dělit podle více způsobů, např. na primární, sekundární a smíšené. Mezi primárně degenerativní demence řadíme Alzheimerovu nemoc, demenci s Lewyho tělísky a frontotemporální demence. Na vzniku sekundární demence se podílí řada příčin. Je popsáno více než 70 skupin sekundárních demencí a k těm nejčastějším patří např. vaskulární, metabolické, toxické, traumatické demence, demence při Parkinsonově chorobě, demence při Huntingtonově chorobě, demence při nádorech centrální nervové soustavy (dále jen „CNS“) nebo infekcích. Smíšené demence představují přibližně 10 – 15 % všech demencí. K tomuto typu řadíme Alzheimerova/vaskulární, Alzheimerova/jiná primárně degenerativní demence a ostatní smíšené demence.²⁵

Podle kritéria ireverzibility, tzn. nevratnosti, jsou demence děleny na degenerativní nemoci, vaskulární demence, traumatické demence a infekce. Mezi degenerativní nemoci patří Alzheimerova nemoc, Huntingtonova choroba, Parkinsonova choroba, choroba s Lewyho tělísky a další. K vaskulárním demencím je přiřazována multiinfarktová demence, artritida, postembolické demence, Binswangerova nemoc. K traumatické demenci – kraniocerebrální poranění a Dementia pugilistica. Mezi infekce patří Creutzfeldtova-Jacobova nemoc, progresivní multifokální leukoencefalopatie, postencefalitická demence.²⁶

1.3.1 Alzheimerova nemoc

Alzheimerova nemoc je progredientní onemocnění vyznačující se charakteristickými klinickými a patofyziologickými příznaky. Alzheimerova primárně degenerativní choroba je ve stáří nejčastější příčinou demence. Její první popis podal

²⁴ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2009.

²⁵ PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007.

²⁶ PIDRMAN, V., tamtéž

v roce 1906 na konferenci v Tübingenu profesor Alois Alzheimer. Jde o primární onemocnění šedé kůry mozkové. Onemocnění trvá v průměru 9 let a má tři stádia: časné (mírné), střední a těžké (hluboké). Nejčastěji se vyvíjí plíživě s nenápadným začátkem, ale pomalu a trvale progreduje. Poměrně brzy dochází k postižení osobnostních rysů, poruchám chování, nemocní ztrácejí estetická a etická pravidla, návyky, zájmy. Dochází k narušení krátkodobé paměti, prostorové orientace, osoby se začínají izolovat, objevuje se postižení emocí a mohou se objevit také paranoidní syndromy. Snižuje se slovní zásoba a řeč je obsahově chudá a stereotypní. U osob se objevují poruchy typu afázie, apraxie, agnózie. V závěrečném stádiu je nemocný zcela imobilní.²⁷

Prvním příznakem bývá porucha paměti. Ta se projevuje zapomínáním běžných každodenních událostí. Postupně se přidává porucha jazyka. Řeč je obsahově prázdná a osoba sama často hledá slova. V pokročilém stádiu klesá schopnost komunikovat s okolím. Přestávají poznávat i nejbližší.²⁸

Mühlpachr²⁹ uvádí, že Alzheimerova nemoc probíhá obvykle 3 až 8 let. Rané formy Alzheimerovy nemoci se objevují ve věku do 60 let a probíhají 6 až 8 let. Pozdní forma začíná po 60. roku života a průběh je obvykle delší. Dříve této nemoci podlehnou muži. Tato choroba výrazně snižuje obranyschopnost, adaptivitu a autosanační procesy.³⁰

Jedná se o nejčastěji se vyskytující demenci, představuje přibližně 50 – 60 % všech demencí. Stává se také čtvrtou až pátou nejčastější příčinou všech úmrtí.³¹

1.3.2 Vaskulární demence

Vaskulární demence je charakterizována třemi základními kritérii: pacient je dementní, je prokázáno cerebrovaskulární onemocnění a tyto dvě poruchy spolu vzájemně souvisí a jsou na sobě závislé. Tento typ demence je druhou nejčastější, představuje 10 – 20 % všech demencí a s přibývajícím věkem se výskyt zvyšuje. Symptomy demence se začínají projevovat zpravidla do 3 měsíců po prodělané cévní příhodě. Rizikovými faktory je ischemická choroba srdeční, respirační insuficience a další.³²

²⁷ PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007.

²⁸ MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2009.

²⁹ MÜHLPACHR, P., tamtéž

³⁰ MÜHLPACHR, P., tamtéž

³¹ MÜHLPACHR, P., tamtéž

³² MÜHLPACHR, P., tamtéž

Nejčastějším typem tohoto druhu je multiinfarktová demence. Dalším typem je podkorová vaskulární demence (Binswangerova choroba), demence při rozsáhlé centrální mozkové příhodě.³³

Tento typ demence je způsoben nedostatečným prokrvením a okysličením mozkové tkáně, což vede ke snížení mozkové látkové přeměny.³⁴

K demenci dochází na základě zúžení cév CNS nebo na základě krvácení do mozku. Osobnost člověka bývá dále zachována, což dobře nesou především rodinní příslušníci. Samotní postižení si ztrátu svých schopností uvědomují, což může přinést deprese a úzkost. Stav osoby se horší především večer a v noci.³⁵

1.4 Specifika péče o seniory s demencí

Při léčbě demence dochází k léčení narušených kognitivních funkcí, jednání a chování, korigujeme patologické změny osobnosti. Léčba demence se skládá ze dvou vzájemně provázaných kroků – behaviorálních a farmakogenních. Cílem léčby demence je zlepšení stavu pacienta, udržení dosavadního stavu, zhoršování stavu s menší progresí. U osob s demencí je důležitou součástí **nefarmakologické léčby** i smysluplné vyplnění volného času. Aktivita musí odpovídat stavu osoby, měly by podporovat její silné stránky a probíhat v osobě známém prostředí. Léčba se nezaměřuje jen na aktivity, ale také na životní styl, fyzickou a psychickou aktivitu, optimalizaci senzorických funkcí a nutrici. Vhodnou metodou a složkou péče o osoby trpící demencí je pohybová a taneční terapie. U osob s demencí bychom se měli vyvarovat změnám prostředí, cestováním na neznámá místa nebo je vystavovat neznámým situacím. Osoba by měla dostávat jednoduché úkoly s jednoduchým zadáním. Je důležité na osobu nespěchat a pochválit za jakýkoli výsledek. Součástí terapie je také tzv. „pet terapie“ tedy využívání malých domácích zvířat nebo reminiscenční terapie zaměřená na vybavování vzpomínek prostřednictvím různých podnětů. Při práci s osobami trpící demencí je třeba věnovat zvýšený dohled a využívání symbolů a směřovek.³⁶

Součástí péče o osoby s demencí by měl být aktivní a komplexní rehabilitační program. Bez vytvoření a realizace programu je poskytovaná pomoc na pasivní úrovni.

³³ PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007.

³⁴ MŮHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2009.

³⁵ MAHROVÁ, G. Psychiatrické minimum. In: MAHROVÁ, G. – VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008.

³⁶ PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007.

Rehabilitační program by měl:

- obsahovat aktivní cvičení, trénink schopností a zachovaných dovedností,
- podpořit správnou léčbu,
- zachovat aktivní přístup osob a využívat jejich schopností v každodenním životě,
- poskytnout psychologickou pomoc nejen osobám, ale i jejich rodinám,
- využívat rehabilitační péče, pracovní terapie a kognitivního tréninku.

Cíle, metody a formy rehabilitačního procesu jsou odvozeny od výsledků lékařské a psychologické diagnostiky. Pro postupy a metody rehabilitace je důležitý především diagnostikovaný typ demence, aktuální stádium demence a předpokládaný vývoj onemocnění. U reverzibilního typu je nutné zahájit rehabilitační postup rychle a intenzivně.³⁷

1.4.1 Specifika prostředí

Janečková³⁸ uvádí, že péče o člověka s demencí je náročná a vyžaduje speciální kvalifikaci a optimálně architektonicky upravené prostředí. Prostor by měl být zabezpečeno proti možnému odchodu seniora.

Venglářová³⁹ zmiňuje, že osoby trpící demencí jsou citlivé na změny prostředí (hospitalizace, přestěhování do jiného pokoje...), což vede ke zhoršení příznaků.

Podle Zgoly⁴⁰ musíme při řešení domova pro lidi trpící Alzheimerovou nemocí brát v úvahu tři oblasti:

1. faktory, které budou pomáhat k co nejdelšímu zachování funkcí,
2. faktory, které budou mít vliv na bezpečí uživatelů,
3. faktory, které budou podporovat emoční zdraví uživatelů.

Prostředí musí podporovat optimální úroveň fungování jedince a musí mu pomáhat ve využívání jeho zachovaných schopností. Fungování mohou usnadnit známé předměty a odstranění matoucích či zavádějících pokynů. K zajištění bezpečnosti bychom měli odstranit nebezpečné materiály a přístroje. Je užitečné zamaskovat uzamčené vchody, a pokud jsou uzamčeny skříně, je vhodné poskytnout k dispozici jinou s volným přístupem. Doporučuje se také označit okraje schodiště, nalepit barevné

³⁷ NEUBAUER, K. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Asociace klinických logopedů ČR, 1997.

³⁸ JANEČKOVÁ, H. Sociální práce se starými lidmi. In: MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005.

³⁹ VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, 2007.

⁴⁰ ZGOLA, M. J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, 2003.

pásky okolo hrany vany, označit dveře či jiné objekty jednoduchými psanými instrukcemi nebo nechat dveře důležitých místností otevřené.

1.4.2 Přístup zaměstnanců a komunikace s osobou trpící demencí

„Role pečovatele v péči o nemocného je klíčovým faktorem. Péče o demenčního nemocného znamená péči 24 hodin denně.“⁴¹ Tyto vysoké nároky přináší pečovateli vyšší fyzickou i duševní zátěž.⁴²

Osoba trpící demencí se s postupem času stává na pečovateli závislá nejen fyzicky, ale i emocionálně a spoléhá především na své okolí. Postižené osoby vyhledávají ty, kteří jim poskytnou útěchu a řešení. Pravidelná rutina představuje pro osoby trpící demencí zdroj bezpečí. Úkolem pečovatelů je zajistit osobě přísun zpráv, které jí přinesou podporu. Pro pečovatele mají velký význam přesné, aktuální a nepřetržité informace, které přispívají k podporování vzájemného vztahu. Rovněž kontakt s rodinnými příslušníky a jejich zapojení do pravidelných schůzek je velmi účinné.⁴³

Zgola⁴⁴ ve své knize zdůrazňuje, že každý pečovatel musí ocenit individualitu každého člověka a musí rozeznat rozdíly v poskytované péči. I člověk trpící demencí si uvědomuje, co se kolem něho děje. Nejdůležitějším nástrojem, který může pečovatel při práci s osobou trpící demencí využít, je důvěra. Velmi často dochází k tomu, že postižená osoba nepřijímá péči dobrovolně, neboť si není potřeb vědoma. Pečovatel by měl osobě nabídnout pocit, že své věci zvládá. Pokud osobě znesnadníme přístup k něčemu nebezpečnému, měli bychom jí nabídnout přístup k něčemu bezpečnému a zajímavému.

Osoby trpící demencí lze rozdělit do dvou skupin. Jedna skupina osob se stáhne do sebe a prožívá svůj vnitřní svět po svém. Jsou nemluvní, neprojevují se a přijímají bez reptání péči, která je jim nabízena. Druhá skupina osob vzdoruje, brání se zlostí, křikem a často má strach.⁴⁵

Pečující by měli osobě pomoci s běžnými denními činnostmi, kontrolovat její bezpečí. Je vhodné vést osobu při běžných činnostech k jednotlivým krokům. Pečující osoby by měly být důsledné a trpělivě opakovat stejné informace. Využívání

⁴¹ PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007. s. 96

⁴² PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007.

⁴³ ZGOLA, M. J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, 2003.

⁴⁴ ZGOLA, M. J., tamtéž

⁴⁵ KLEVETOVÁ, D. Účelná komunikace zdravotní sestry se starší osobou. In: KLEVETOVÁ, D. – DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008.

dlouhodobé paměti přinese pečujícím řadu informací a navodí příjemnou atmosféru, neboť osoba s demencí si vzpomene na své dovednosti. Jako pečovatelé bychom se měli vyhnout kárání za nedostatky. Demence postihuje u osob také schopnost řeči a proto je potřeba naučit se slovník postižené osoby s výrazy, kterým rozumí. Při komunikaci s osobou trpící demencí je vhodná interakce pracovník – klient.⁴⁶

Vhodný přístup k osobě volíme podle stupně projevů demence. U osob s počínající demencí se je snažíme opatrně vrátit do reality sdělováním skutečnosti. Soustředíme se na udržení orientace místem, časem, situací a procvičování krátkodobé paměti. Vhodné je využití rozvrhu dne, nástěnky s údaji jako např. datum, den v týdnu, měsíc, roční období, počasí a aktuální událost. Lze používat také nápisy s obrázky. Osobu opakovaně oslovujeme jménem, sdělujeme, co děláme a proč. Osobám s pokročilou demencí nikdy nevyvracíme jejich prožitky a vzpomínky.⁴⁷

Svá specifika má komunikace. Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole, dochází u seniora k řadě změnám. Kvalita vztahu a komunikace závisí především na pečujícím, neboť každý kontakt s osobou trpící demencí je pro ni kontaktem novým. Doporučuje se zavést režim, který dané osobě vyhovuje, a ten dodržovat. Stejně tak je vhodné nalézt činnost, kterou osoba zvládá a tu jí přenechat. Samostatná aktivita je velmi důležitá.⁴⁸

Do komunikace s dementním člověkem musíme vložit více energie, a čím pokročilejší demence je, tím naše vložená energie roste. V prvním stádiu demence člověk používá nejasná a neurčitá slova jako např. „to“, „někde“, „něco“, „tam“, „lidé“ apod. V druhém stádiu se objevují problémy se zapojením člověka do rozhovoru. Člověk začne povídat zprostředka a očekává, že ostatní vědí o čem mluví. Vytrácí se rozdíl mezi přítomností a minulostí. Nedokáže vyprávět logický příběh a složení správné věty ho stojí velké úsilí. V poslední fázi zpravidla přestává člověk mluvit zcela, problémy se objevují také v odpovědi na položenou otázku.⁴⁹

Při komunikaci je nutné posuzovat chování jako symptom nemoci, vyvarovat se otázek, na něž osoba nedokáže odpovědět, ignorovat nevhodné chování, vyhnout se spouštěčům nevhodného chování, používat krátké věty a slova s jednoznačným

⁴⁶ VENGLÁŘOVÁ, M. Komunikace s pacienty se změnami intelektu. In: VENGLÁŘOVÁ, M. – MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006.

⁴⁷ KLEVETOVÁ, D. Účelná komunikace zdravotní sestry se starší osobou. In: KLEVETOVÁ, D. – DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008.

⁴⁸ ČADKOVÁ – SVEJKOVSKÁ, M. Sociální práce se seniorem s duševním onemocněním. In: MAHROVÁ, G. – VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008.

⁴⁹ BUIJSSEN, H. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006.

významem, komunikovat kratší dobu a opakovaně, ověřovat, zda nás člověk vnímá, kontrolovat porozumění a reakce.⁵⁰

Chceme-li po osobě, aby něco udělala, je nejlepší vyslovit žádost těsně před samotným provedením. Vhodné je také to, co chceme předvést. Buijssen také uvádí, že bychom se při komunikaci měli vyhnout diskusím, kde se využívají odpovědi „ano, ne“ a otázkám na věci, které se odehrály před krátkou dobou. Pečovatel by měl mluvit klidným a vyrovnaným tónem, udržovat oční kontakt a neodvracet od osoby s demencí své tělo. Vždy by měl vysvětlit co se děje a ukazovat věci a to, o čem chce mluvit. Pokud osoba již nechápe slova, můžeme ji vzít kolem ramen, jemně poplácat po zádech, pohladit, podržet za ruku, usmívat se na ni nebo být pouze u ní. Pro osoby s těžkým stupněm demence je právě pouhá přítomnost pečovatele to nejdůležitější.⁵¹

Terapie by měla být komplexem spolupráce rodiny a blízkých, odborného a praktického lékaře, pečovatelské služby, sociálních zařízení (např. denní stacionáře, linky důvěry...). Dlouhodobá péče o tyto osoby je náročná, a tak je vhodné ji rozdělit mezi množství pomáhajících.⁵²

1.4.3 Metody práce používané při práci s osobami trpící demencí

Jako jeden z nejcennějších prostředků při péči o osoby trpící demencí Zgola považuje smysluplnou aktivitu. Aktivizační programy, pokud se jich osoba účastní dobrovolně, redukuje deprivaci, společenskou izolaci a úspěch přispívá k další aktivitě. Programy aktivit musí být prováděny uvážlivě a rozumně. Pracovník by měl udělat vše pro to, aby byl zaručen úspěch a riziko neúspěchu bylo sníženo na minimum. Při poskytování péče je nezbytné nejen ocenit schopnosti, kterými osoba disponuje, ale také jich plně využít. Osoby trpící demencí „*potřebují aktivity, které přicházejí za nimi, do kterých se zapojí sami přímo a spontánně, které vycházejí nikoli z rozpisu činností, ale z rutiny jejich každodenního života.*“⁵³ Za aktivizační programy pro tyto osoby by neměl zůstat zodpovědný pouze jeden pracovník. Jedná se o týmovou práci, proto se musí do péče zapojit všichni pracovníci zařízení. Ti by si měli být vědomi významu programů, svého podílu zodpovědnosti a měli by být vyškoleni v technikách aktivizace.

⁵⁰ VENGLÁŘOVÁ, M. Komunikace s pacienty se změnami intelektu. In: VENGLÁŘOVÁ, M. – MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006.

⁵¹ BUIJSSEN, H. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006.

⁵² ČADKOVÁ – SVEJKOVSKÁ, M. Sociální práce se seniorem s duševním onemocněním. In MAHROVÁ, G. – VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008.

⁵³ ZGOLA, M. J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, 2003. s. 151

Autorka rovněž vyzdvihuje důležitost individuálního plánování s jasně určenými cíli v rámci kterého je upraven program každého jednotlivce. Sestavený program by měl být každému srozumitelný a přístupný.⁵⁴

Zgola⁵⁵ uvádí několik pravidel, které přispívají k úspěšnosti aktivit u osob trpících demencí:

- užívání známých pohybových stereotypů,
- výrazné rytmické prvky,
- obsahují jeden opakující se krok,
- poskytují okamžitou zpětnou vazbu,
- zapojují člověka přímo,
- jsou konkrétní a předvídatelné.

Seniory v prvním stupni demence je vhodné vtáhnout do činností, jež posilují kapacitu jejich paměti. Senioři trpící demencí často ihned zapomenou, co viděli a slyšeli, a proto je důležité přizpůsobit se jejich rytmu. Fantazie člověka je nutné brát vážně. Člověka trpícího demencí není vhodné učit novým věcem, neboť se pro něj stávají příliš složitými. Měli bychom se vyhnout konfrontaci člověka s jeho chybami. Jak již bylo zmíněno, lidé trpící demencí potřebují řád a pravidelnost. Z tohoto důvodu není vhodné měnit věci v jejich bezprostředním okolí a rovněž bychom se měli vyhýbat neznámým situacím, které by je mohli zneklidnit a znejistit. Je nutné nechat člověka dělat to, co zvládne a to přestože mu to trvá dále nebo to nedokončí. I člověk s demencí potřebuje cítit, že je schopný. Člověka s demencí musíme brát vážně a jednat s ním jako s dospělým. Emoční výbuchy těchto osob nejsou míněny osobně, ale jsou projevem bezmocnosti.⁵⁶

Zapojení seniorů trpících demencí do nějaké činnosti přispívá k budování sebeúcty. Přimět seniora s demencí k aktivitě však není snadným úkolem a to z různých důvodů. Buijssen⁵⁷ při zapojení do aktivit uvádí několik základních pravidel:

- iniciativu musí převzít pečovatel,
- činnost naplánovat na denní dobu, kdy má postižený nejvíce energie,
- soustředit se na to, co dokáže,
- minimalizovat hluk a rozptýlení,

⁵⁴ ZGOLA, M. J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, 2003.

⁵⁵ ZGOLA, M. J., tamtéž

⁵⁶ BUIJSSEN, H. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006.

⁵⁷ BUIJSSEN, H., tamtéž

- správný výběr činnosti pro dospělé,
- ukončení činnosti při zaznamenání známek neklidu,
- přednost činností, které postižený dělal rád v minulosti,
- nabídka pomoci, ale nepřebírání úkolu,
- rozdělení činnosti do jednotlivých kroků,
- vypuštění činností, jež vyžadují rozhodování.

Senior trpící demencí může např. utírat prach, skládat prádlo, navlékat korále, hrát stolní hry, prohlížet si fotoalba, poslouchat hudbu atd.

Pro osoby s Alzheimerovou nemocí je nutné dělat programy, které nejsou příliš vzrušující a použitý materiál je nenáročný (jednoduchý). Tyto osoby potřebují strukturované úkoly a pomoc při udržení koncentrace.⁵⁸

Velmi důležité je zachování stabilního prostředí, dodržování neměnné struktury každodenního života s jasnými pravidly. Osoby potřebují zaměstnat. Toto zaměstnání může mít podobu např. mačkání novin, trhání, přesun věcí z místa na místo...⁵⁹

Pro redukci poruch kognitivních funkcí existuje několik vhodných aktivit. Jednou z nich je individuální nebo skupinová kognitivní terapie (trénink paměti, nácvik základních dovedností). Ke zlepšení mohou napomoci také pohybová cvičení ve skupině nebo individuálně, pomoc při zlepšení prostředí, reminiscenční terapie, zájmové činnosti nebo výtvarné a ruční práce. Vhodná míra aktivizace by měla být součástí péče o osoby trpící demencí. Aktivity by měly být dobrovolné a vytvářeny společně s uživateli.⁶⁰

Při péči o osoby postižené demencí lze využít některé prvky z tzv. **preterapie**. Technika je využívána k navázání kontaktu a následné spolupráci.⁶¹ Autor této techniky, Garry Prouty, se zaměřuje na navázání kontaktu a rozvoj komunikace s osobami, u nichž nelze navázat kontakt běžným způsobem. Terapii nazval „reagování na klienty“.⁶²

⁵⁸ RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 1999.

⁵⁹ KLEVETOVÁ, D. Účelná komunikace zdravotní sestry se starší osobou. In: KLEVETOVÁ, D. – DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008.

⁶⁰ VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, 2007.

⁶¹ KLEVETOVÁ, D. Účelná komunikace zdravotní sestry se starší osobou. In: KLEVETOVÁ, D. – DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008.

⁶² VENGLÁŘOVÁ, M. – MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006.

Jedná se o psychoterapeutickou metodu, která umožňuje navázat a udržovat kontakt s jedinci, u nichž není možné komunikovat běžným způsobem. Podstatou je „reagování na klienty“.⁶³

Další metodou, jež lze při práci s demenčními a velmi starými osobami využít, je tzv. smyslová aktivizace. Tato metoda vytváří ucelený trénink a oslovuje všechny smysly člověka. Lze využívat obrázky, slova, zvuky, vůně, hmatem poznávané předměty apod. Cílem terapie je uspokojit potřeby člověka, udržet kvalitu jeho života a tím mu zajistit smysluplný a plnohodnotný život. Tento druh aktivizace umožňuje zachovat/zlepšit orientaci časem a místem, udržet/obnovit schopnosti a zdroje nebo sociální kompetence, zlepšit jemnou motoriku, prožít pocit radosti. Součástí aktivizace je Montessori pro seniory a motogeragogika. Motogeragogika je psychomotorická aktivizace prostřednictvím pohybových podnětů, stimulů.⁶⁴

Další metodou užívanou u lidí s demencí a kognitivními poruchami je tzv. **validace**. Při validaci jsou používány dotyky, zvuky, tóny nebo např. rýmování.⁶⁵

*„Podstata validační terapie vychází z teorie, že každé chování osoby s demencí má svou příčinu v nevyřešených a nezpracovaných emočních prožitcích a situacích z minulosti.“*⁶⁶ Koncept validace je postaven na teorii, že chování dezorientovaných starých osob má svůj význam a smysl. Chování osoby je plně respektováno. Metoda validace vyžaduje používání opravdové empatie vůči osobě s demencí.⁶⁷

U těchto osob je využívána validační a rezoluční terapie. Validační terapie vychází z filozofie, že každé chování osoby s demencí má nějakou příčinu a je doprovázeno emocemi spojenými se vzpomínkami z minulosti. K objevení dřívějších emočních zážitků může napomoci technika reminiscence. Rezoluční terapie se snaží řešit minulé traumatizující prožitky.⁶⁸

Metoda **reminiscence** má při práci se starými lidmi nezastupitelné místo. *„Reminiscence je technika záměrného řízeného vyvolávání a vedení vzpomínek klienta*

⁶³ MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v bytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011.

⁶⁴ WEHNER, L. Smyslová aktivizace pro seniory. *Rezidenční péče*, 2011.

⁶⁵ MOTLOVÁ, L. Aktivizační programy pro seniory. In: VURM, V. - ZIMMELOVÁ, P. - ŠVEHLOVÁ, L. *Rukověť pro poskytovatele sociálních služeb v oblasti problematiky seniorů*. České Budějovice: JU v Č. Budějovicích, 2008.

⁶⁶ MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v bytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 239

⁶⁷ MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v bytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011.

⁶⁸ KLEVETOVÁ, D. Účelná komunikace zdravotní sestry se starší osobou. In: KLEVETOVÁ, D. – DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008.

a podporování jejich rozvoje. “⁶⁹ Tato metoda se využívá především u osob s některými zachovanými kognitivními funkcemi, které jsou schopné vybavit si, alespoň částečně, svoji minulost. Cílem terapie je vybavení příjemných vzpomínek osoby, které vyvolají pozitivní emoce a tím příznivě působí na psychiku osoby.⁷⁰

Základy reminiscenční terapie položila Angličanka Pam Schwieter a jedná se o metodu spočívající ve využívání a vybavování vzpomínek člověka. Při této metodě se používá řada pomůcek (fotografie, kalendáře, noviny, staré předměty, hudba, vůně, ale rovněž činnosti). Velmi často je využívána technika tzv. knihy života a vzpomínkové krabice. V podstatě se jedná o místo, kam si senior ukládá předměty a fotografie. Materiály uvádí, že se jedná o účinnost metodu v péči o osoby trpící demencí a Alzheimerovou chorobou.⁷¹

Principy **bazální stimulace** mají velký význam pro všechny věkové kategorie, zdravé i nemocné. Koncept je využíván nejen ve zdravotnických zařízeních, ale také v pobytových sociálních zařízeních a domácí a hospicové péči. Podstatou je zlepšení stavu cílenou stimulací smyslových orgánů, které souží jako tzv. komunikační kanály. Důležitou roli hraje zřetelná a srozumitelná komunikace, při které nezvyšujeme hlas a usilujeme o přirozenou adekvátní hlasovou intonaci. Součástí konceptu je rovněž používání několika druhů koupelí a specifického polohování s využitím speciálních pomůcek. Rodinní příslušníci jsou partnery v procesu péče a spolupráce s nimi je velmi důležitá.⁷²

Kraniosakrální terapie působí na centrální nervový systém a vykazuje mimořádné výsledky. Při této terapii je využíváno velmi jemného manuálního doteku, který podporuje uvolnění a projevuje se celkovou relaxací. Metoda přispívá k regeneraci organismu, stimuluje, zklidňuje, snižuje napětí a ztuhlost, odstraňuje psychické napětí, snižuje negativní emoční projevy v chování a navozuje vnitřní klid. Z důvodu časové náročnosti není tato terapie v pobytových zařízeních zatím využívána.⁷³

⁶⁹ MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 238

⁷⁰ MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011.

⁷¹ MOTLOVÁ, L. Aktivizační programy pro seniory. In: VURM, V. - ZIMMELOVÁ, P. - ŠVEHLOVÁ, L. *Rukověť pro poskytovatele sociálních služeb v oblasti problematiky seniorů*. České Budějovice: JU v Č. Budějovicích, 2008.

⁷² MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011.

⁷³ MALÍKOVÁ, E., tamtéž

Metodu **rezoluční terapie** je vhodné použít u osob s pokročilým stádiem demence. Vychází se z podstaty, co se u osoby děje v tento okamžik a na tomto místě. Předpokladem úspěchu je respektování projevu osoby.⁷⁴

Při práci se seniory se využívá také muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie, zooterapie, taneční a pohybové terapie nebo trénování paměti.⁷⁵

⁷⁴ MALÍKOVÁ, E., *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011.

⁷⁵ MOTLOVÁ, L. Aktivizační programy pro seniory. In: VURM, V. - ZIMMELOVÁ, P. - ŠVEHLOVÁ, L. *Rukověť pro poskytovatele sociálních služeb v oblasti problematiky seniorů*. České Budějovice: JU v Č. Budějovicích, 2008.

2 DOMOVY PRO SENIORY A DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM V SYSTÉMU SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

S účinností od 1. 1. 2007 působí v oblasti sociálních služeb zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon vymezuje jednotlivé sociální služby a člení je na tři hlavní druhy. První skupinu tvoří sociální poradenství, druhou služby sociální péče a v neposlední řadě služby sociální prevence. Dle místa poskytování jsou služby členěny na terénní, ambulantní a pobytové. Domovy pro seniory a stejně tak domovy se zvláštním režimem se dle tohoto zákona řadí mezi pobytové služby sociální péče. V § 34 zmiňovaného zákona jsou vyjmenována zařízení sociálních služeb.⁷⁶

Zřizovatelem sociálních služeb může být podle zákona o sociálních službách obec, kraj a Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen „MPSV“). Tyto subjekty mohou služby poskytovat jen na základě oprávnění, tzv. rozhodnutí o registraci. Poskytovatelem mohou být subjekty zřízené obcí nebo krajem, nestátní neziskovou organizací nebo MPSV.⁷⁷

Domov pro seniory je dle zákona o sociálních službách⁷⁸ zařízení určené osobám, které jsou závislé na péči jiné fyzické osoby. Závislost na péči je způsobena především zhoršením zdravotního stavu a snížením soběstačnosti osoby.

Domov se zvláštním režimem je obdobou domova pro seniory. Odlišnost spočívá především ve vytvoření specifických podmínek vycházejících ze zvláštních potřeb osob s duševními onemocněními nebo závislostí na návykových látkách. Znamená to tedy, že tyto zařízení musí mít režim přizpůsoben specifickým potřebám svých uživatelů. Domov se zvláštním režimem má upravené podmínky ve smyslu zajištění bezpečnosti, vyššího dohledu a cílené systematické aktivizace.⁷⁹

Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové služby osobám, jež mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách. Dále osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, v jejichž důsledku mají sníženou soběstačnost a potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.⁸⁰

⁷⁶ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů

⁷⁷ MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011.

⁷⁸ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů

⁷⁹ MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011.

⁸⁰ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů

Zákon o sociálních službách⁸¹ rovněž vymezuje rozsah služeb, které je povinen každý poskytovatel konkrétní služby dodržovat. Domov pro seniory musí svým uživatelům podle § 49 zmiňovaného zákona zajistit tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické služby,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí.

Rozsah základních činností v domově se zvláštním režimem je, dle § 50 zmiňovaného zákona, shodný s rozsahem v domově pro seniory.

⁸¹ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů

3 SOUČASNÝ STAV

Následující kapitola popisuje Domov pro seniory Tachov, U Penzionu 1711, který je předmětem konceptu projektu popisovaného v této práci.

3.1 Domov pro seniory Tachov, U Penzionu 1711

Domov pro seniory Tachov je součástí Centra sociálních služeb Tachov, jež je příspěvkovou organizací Plzeňského kraje.⁸² Centrum sociální služeb Tachov (dále jen „CSS“) je právnickou osobou a svou činnost provozuje na základě usnesení Zastupitelstva Plzeňského kraje z dubna 2003. Téhož roku byla Plzeňským krajem vydána zřizovací listina, která zrušila zřizovací listinu Okresního ústavu sociálních služeb Tachov z prosince 1992.⁸³

Domov poskytuje pobytové sociální služby dle § 49 zákona o sociálních službách celoročně s nepřetržitým provozem. Sociální služby jsou poskytovány na základě registrace Krajského úřadu Plzeňského kraje ze dne 16. 5. 2007.⁸⁴ Identifikátor služby č. 3967049.

Organizace je zapsána v obchodním rejstříku Krajského soudu v Plzni, oddíl Pr, vložka 650 od 22. 4. 2005. Předmět činnosti, mimo činnosti uvedené v § 49 zákona o sociálních službách, zahrnuje také poskytování sociálního poradenství a zajištění zdravotní péče svým uživatelům formou ambulantní péče.⁸⁵

„Cílem domova pro seniory je poskytnout seniorům důstojný, příjemný a podle jejich přání a možností i aktivní život.“⁸⁶ Motto domova zní: „Zdravé stáří je krásné jako jakékoli jiné období života.“ Posláním domova je poskytnout uživatelům bezpečné a důstojné prostředí.⁸⁷

3.2 Cílová skupina a stávající struktura

Cílovou skupinou domova jsou osoby starší 65 let, které potřebují vzhledem ke svému věku nebo zdravotnímu stavu pomoc jiné fyzické osoby. Jedná se především

⁸² Centrum sociálních služeb Tachov, příspěvková organizace. 2008. Interní materiál.

⁸³ PLZEŇSKÝ KRAJ. Dodatek č. 2 zřizovací listiny. 2009. Interní materiál.

⁸⁴ Centrum sociálních služeb Tachov, příspěvková organizace. 2008. Interní materiál.

⁸⁵ Úplný výpis z obchodního rejstříku. Ministerstvo spravedlnosti ČR [online].

⁸⁶ Centrum sociálních služeb Tachov [online].

⁸⁷ KOVÁŘOVÁ, J. Standard 1: Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb. Tachov: DS Tachov, 2010. Interní materiál.

o osoby, které nejsou schopny zabezpečovat a uspokojovat své životní potřeby a tyto potřeby nelze zabezpečit jiným způsobem v jejich přirozeném prostředí.⁸⁸

Výjimkou jsou osoby podle § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách v platném znění. Těmto osobám zdravotní stav znemožňuje poskytovat pobytové sociální služby.⁸⁹

V roce 2010⁹⁰ byl průměrný počet uživatelů 121. K 31. 12. 2010 bylo v domově 35 mužů a 86 žen, průměrný věk uživatelů domova činí 80,7 let.

K 31. 12. 2011 bylo v domově 36 mužů a 86 žen, průměrný věk uživatelů se oproti předešlému roku nezměnil. Struktura uživatelů dle různých hledisek je popsána v následujících tabulkách.

Tabulka 4: Věková skladba uživatelů

Věk	K 31. 12. 2010		K 31. 12. 2011	
	Počet	%	Počet	%
27 – 65 let	3	2,48	2	1,64
66 – 85 let	86	71,07	88	72,13
nad 85 let	32	26,45	32	26,23
Celkem	121	100,00	122	100,00

Zdroj: Výroční zpráva o činnosti organizace v roce 2010 a informační systém

Tabulka 5: Skladba uživatelů dle stupně závislosti

Stupeň příspěvku na péči	K 31. 12. 2010		K 31. 12. 2011	
	Počet	%	Počet	%
Stupeň I.	10	16,95	9	16,67
Stupeň II.	18	30,51	15	27,78
Stupeň III.	19	32,20	18	33,33
Stupeň IV.	12	20,34	12	22,22
Celkem	59	100,00	54	100,00

Zdroj: Výroční zpráva o činnosti organizace v roce 2010 a informační systém

Značná část uživatelů služeb je v současné době bez příspěvku na péči, což ovlivňuje příjmy domova. Tato skutečnost je v důsledku přechodu uživatelů domova – penzionu pod domov pro seniory od ledna 2007.

⁸⁸ KOVÁŘOVÁ, J. *Standard 1: Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb*. Tachov: DS Tachov, 2010. Interní materiál.

⁸⁹ *Centrum sociálních služeb Tachov, příspěvková organizace*. 2008. Interní materiál.

⁹⁰ Výroční zpráva o činnosti organizace v roce 2010

Tabulka 6: Skladba uživatelů dle hlavních diagnóz

Diagnóza	K 31. 12. 2010		K 31. 12. 2011	
	Počet	%	Počet	%
Psychózy	19	15,45	23	18,85
Demence	34	27,64	37	30,33
Interní	70	56,91	62	50,82
Celkem	123	100,00	122	100,00

Zdroj: Výroční zpráva o činnosti organizace v roce 2010 a informační systém

Z počtu 121 osob bylo v roce 2010 trvale upoutáno na lůžko 23 uživatelů a 4 uživatelé byli odkázáni na invalidní vozík. Jeden uživatel byl zbaven způsobilosti k právním úkonům. V roce 2011 bylo trvale na lůžku 11 uživatelů a 14 jich bylo odkázáno na invalidní vozík.

Sociální služba není určena osobám:⁹¹

- s mentálním postižením,
- chodícím trpícím Alzheimerovou chorobou,
- závislým na omamných látkách,
- přijímajícím stravu jiným způsobem než přirozenou cestou,
- s agresivními sklony, trpícím psychiatrickým onemocněním,
- postiženým psychiatrickými a duševními nemocemi, které znemožňují kolektivní soužití a vyžadují pobyt v uzavřeném oddělení.

3.3 Kapacita a vybavení domova

Budova domova je umístěna ve vilové čtvrti města Tachova, dále od centra. Výstavba budovy byla dokončena roku 1985 a od následujícího roku zde byla poskytována služba domov-penzion pro důchodce. Od roku 1999 byla část prostor využívána jako domov důchodců. Od počátku roku 2007 jsou poskytovány služby jako domov pro seniory. V současné době je registrovaná kapacita zařízení 123 osob.⁹²

Budova domova má pět podlaží a je stavebně členěna. Na každém podlaží se nachází 22 pokojů. Pohyb v prostorách je převážně bezbariérový. V zařízení jsou především jednolůžkové pokoje (101), ale k dispozici jsou také pokoje dvoulůžkové

⁹¹ BENEŠOVÁ, S. *Standard 3: Jednání se zájemcem o sociální službu*. Tachov: CSS Tachov, 2010. Interní materiál.

⁹² *Centrum sociálních služeb Tachov, příspěvková organizace*. 2008. Interní materiál.

(11). Pokoje jsou situovány většinou jižním směrem. Každý pokoj je vybaven standardním nábytkem (zdravotní postel nebo elektrické lůžko, noční stolek, jídelní stůl, židle nebo polokřeslo, uzamykatelná šatní skříň). Některé pokoje disponují také poličkou nebo knihovničkou. Součástí obytné jednotky je sociální zařízení s WC, umyvadlem, sprchovým koutem a instalovanými madly. Na pokoje je zavedeno centrální signalizační zařízení pro komunikaci uživatelů se zaměstnanci přímé péče.⁹³

Hlavní vchod je, po rekonstrukci v roce 2010, bezbariérový s automaticky otevíratelnými vstupními dveřmi. U vchodu je umístěna recepce s místním rozhlasem. Vestibul je prosvětlený a vzdušný. K dispozici jsou zde klubová křesla, televizor, veřejný telefonní automat na kartu i mince. Z vestibulu je přístup do velké jídelny. Chodby a schodiště jsou pro lepší orientaci barevně rozlišené do tří částí a lemovány dřevěnými madly. Uživatelům i zaměstnancům jsou k dispozici tři výtahy (dva osobní a jeden nákladní) se zvukovým informačním systémem.⁹⁴

Využít lze také několik denních místností. Na každém podlaží je k dispozici společná koupelna s vanou. Tři koupelny jsou přizpůsobené imobilním osobám (hydraulicky posuvná vana a zvedací zařízení; sprcha a sprchovací lehátko s odklopnými postranicemi). Uživatelé mohou využívat osobní počítač s internetovým připojením (poskytnut Plzeňským krajem v rámci projektu Virtuos), rukodělnou dílnu, tělocvičnu s pomůckami, knihovnu, společnou kuchyňku, sušárnu.⁹⁵

Ordinace praktického lékaře se nachází v 1. nadzemním podlaží (dále jen „NP“). Uživatelé služeb i veřejnost mohou využít dva dny v týdnu provozovnu kadeřnictví. Do domova dochází 1x týdně římskokatolický farář. Za účelem mši je v domově vymezena jedna místnost jako modlitebna.⁹⁶

Na 1. a 2. podzemním podlaží (dále jen „PP“) jsou umístěni uživatelé, kteří potřebují zvýšenou ošetrovatelskou péči. Dvě nejvyšší patra jsou vymezena pro samostatné uživatele, kteří celodenní péči nepotřebují.

Součástí domova je také malá jídelna, rehabilitační místnost s pomůckami (lymfodrenáže, solux, polarizované světlo, rašelina, kryoterapie), kuřárna, atrium,

⁹³ Centrum sociálních služeb Tachov, příspěvková organizace. 2008. Interní materiál.

⁹⁴ KOVÁŘOVÁ, J. *Standard 13: Prostor a podmínky poskytování sociálních služeb*. Tachov: DS Tachov, 2010. Interní materiál.

⁹⁵ KOVÁŘOVÁ, J., tamtéž

⁹⁶ KOVÁŘOVÁ, J. *Standard 11: Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby*. Tachov: DS Tachov, 2008. Interní materiál.

sesterna, místnost pro odborné ošetření nohou. V budově se nachází prodejna, jež slouží i veřejnosti z okolí domova.

Domov disponuje pomůckami kompenzačního charakteru (přenosné WC, chodítka, sprchovací křesla, vozíky, elektricky polohovatelná lůžka, hydraulické zvedáky).

Bezprostřední okolí domova je obklopeno zelení. Za domovem se nachází zahrada s lavičkami. Před budovou se nachází poštovní schránka a zastávka městské hromadné dopravy.⁹⁷

Fotogalerie domova pro seniory je přílohou č. 1.

3.4 Organizační struktura

V současné době se domov člení dle charakteru činnosti do tří úseků. Jedná se o úsek přímé péče, provozní, stravovací.

Úsek přímé péče poskytuje uživatelům zdravotní, ošetrovatelskou a sociální péči. Ošetrovatelská a sociální péče je poskytována uživatelům nepřetržitě po celý rok a to odborně kvalifikovanými všeobecnými sestrami a pracovníky v sociálních službách (dále jen „PSS“).⁹⁸ Na péči se podílí také fyzioterapeut a ergoterapeut.

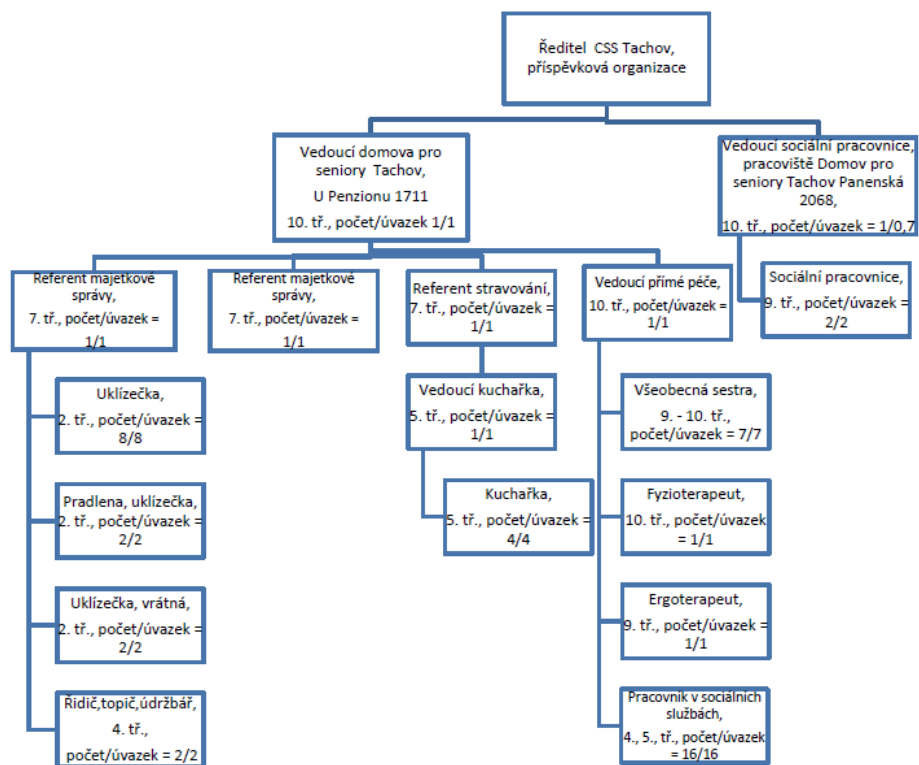
Provozní úseku zajišťuje provoz budovy a jejího vybavení. Součástí je údržba zahrady a přilehlých pozemků.

Stravovací úsek zabezpečuje přípravu a výdej stravy ve vlastní kuchyni. Uživatelům je nabízena strava normální, dietní a diabetická. Tento úsek pracuje v souladu se systémem kritických bodů HCCP.

⁹⁷ KOVÁŘOVÁ, J: *Standard 13: Prostředí a podmínky poskytování sociálních služeb*. Tachov: DS Tachov, 2010. Interní materiál.

⁹⁸ *Domov pro seniory Tachov, U Penzionu 1711*. Tachov: CSS Tachov, 2010. Interní materiál.

Obrázek 1: Organizační schéma Domova pro seniory Tachov, U Penzionu 1711



Účinnost od 1. 8. 2011

Zdroj: SMOLOVÁ, B. *Dodatek č. 11: Organizační řád.* CSS Tachov, 2011

3.5 Personální zajištění služby

Péči uživatelům zajišťuje tým zaměstnanců v následujícím složení.

Tabulka 7: Profesionální složení zaměstnanců domova

Úsek	Funkce	Počet zaměstnanců
Úsek přímé péče	vedoucí přímé péče	1
	všeobecná sestra	7
	fyzioterapeut	1
	ergoterapeut	1
	pracovník v sociálních službách	16
	sociální pracovník	2
Provozní úsek	vedoucí domova	1
	referent majetkové správy	2
	údržbář/řidič	2
	vrátná	2
	pradlena	2
	uklízečka	8
	Stravovací úsek	referent stravování
kuchař		5
Celkový počet zaměstnanců		51

Zdroj: SMOLOVÁ, B. *Dodatek č. 11: Organizační řád*. CSS Tachov, 2011

Z následující tabulky vyplývá, že v přímé péči pracuje 28 zaměstnanců. Poměr zaměstnanců přímé péče vůči uživatelům činí 28:123 (1:4,39), což znamená, že na jednoho zaměstnance přímé péče připadají více než 4 uživatelé. Celkový poměr všech zaměstnanců, tedy i těch, kteří nevykonávají přímou péči, vůči klientům je 1:2,41.

Zaměstnanci se vzdělávají na odborných seminářích a školeních v souladu s § 111 a 116 zákona o sociálních službách. Každoročně je personalistou vypracováván plán školení. Supervize není v organizaci využívána.

Od poloviny roku 2011 je zajištěna externí spolupráce s nutričním terapeutem.

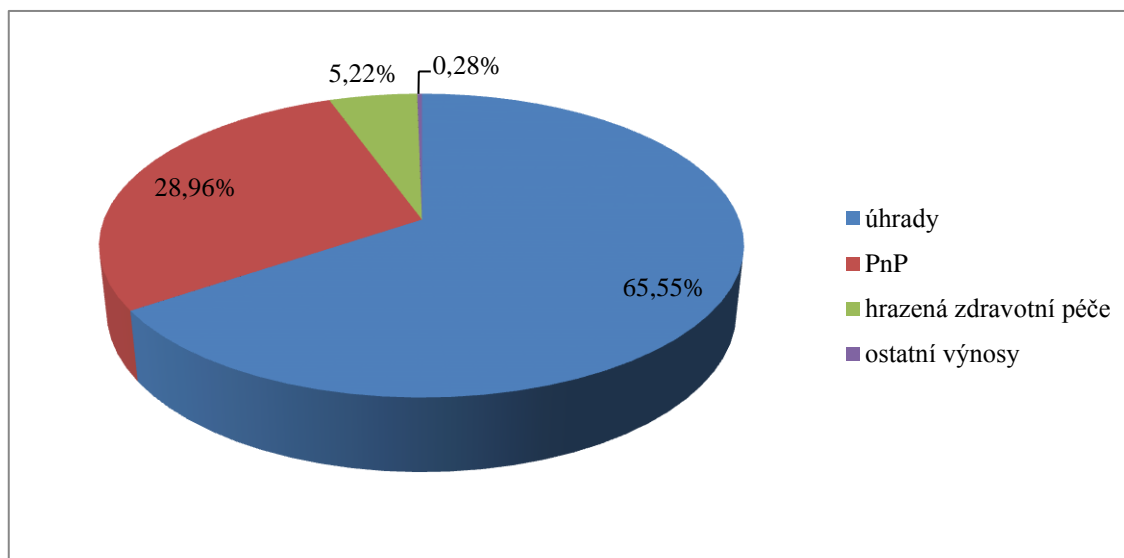
V průběhu roku 2010 ani v současné době nepůsobí v domově žádný dobrovolník.

3.6 Financování služby

Poskytovaná sociální služba je financována z několika zdrojů. Hlavním zdrojem jsou úhrady za ubytování a stravu od uživatelů domova (vč. spoluúčastí rodinných příslušníků na základě dohod). Částka za tyto služby dosáhla v roce 2010 10 557 tis. Kč. Další část příjmů tvoří příspěvek na péči, ten v roce 2010 činil

4 664 tis. Kč. Příjmy z veřejného zdravotního pojištění za hrazenou zdravotní péči od zdravotních pojišťoven představovali 840 tis. Kč. Nepatrná část výnosů, 45 tis. Kč, je tvořena pronájmem nebytových prostor (kadeřnictví, prodejna, ordinace lékaři). Finanční dary jsou využívány převážně na zajištění kulturní a zájmové činnosti uživatelů a v roce 2010 představovali 43 tis. Kč.⁹⁹

Graf 1: Poměr jednotlivých výnosů za rok



Zdroj: Výroční zpráva o činnosti organizace v roce 2010

Zřizovatel organizace poskytuje domovu neinvestiční dotace ze státního rozpočtu a případně investiční příspěvek. Dotace od Ministerstva práce a sociálních věcí byly v roce 2010 poskytnuty ve výši 7 857 tis. Kč.¹⁰⁰

Průměrné náklady na jedno lůžko v roce 2010 představovaly 17 000 Kč měsíčně.¹⁰¹

3.7 Aktivizační činnosti

Při práci s uživateli domova je využívána nejen individuální, ale také skupinová, práce. Domov pro seniory v rámci svých služeb poskytuje aktivizační činnosti. K těmto činnostem jsou využívány společenské místnosti, rukodělná dílna, jídelna a při individuálním poskytování pokojů uživatelů. Zařízení má vypracován týdenní

⁹⁹ Výroční zpráva o činnosti organizace v roce 2010. *Centrum sociálních služeb Tachov, příspěvková organizace* [online].

¹⁰⁰ tamtéž

¹⁰¹ tamtéž

program, který zahrnuje trénování paměti, ruční práce, skupinové cvičení, filmový klub a internetovou kavárnu. Kromě těchto akcí je 4x ročně realizován sportovní klub. Pravidelně, 1x týdně, dochází canisterapeut a probíhá individuální canisterapie. Do domova dochází také 1x týdně římskokatolický farář.

3.8 Spolupráce, informovanost

Při poskytování služeb spolupracuje domov s řadou organizací a úřadů a to nejen ve městě, ale i mimo. Spolupráce probíhá např. s praktickými a odbornými lékaři, okresními soudy, městskými úřady, Rodinnou poradnou pro manželství, partnerské a mezilidské vztahy, Městským kulturním střediskem, mateřskými a základními školami, dětskými domovy v okolí, ZUŠ, odborníky různých profesí. Praktický lékař dochází do domova pravidelně 1x týdně. Každý den dochází do domova pracovník pošty.¹⁰² V současné době lze využít služeb externího psychologa.

Samozřejmostí poskytovaných služeb je rovněž spolupráce s rodinami a přáteli uživatelů. Jedenkrát ročně, mimo standardně podávaných informací, je vymezen celý den pro setkání s rodinnými příslušníky uživatelů služeb.¹⁰³

Zaměstnanci domova informují své uživatele o nabídce zájmových organizací ve městě. Uživatelům služeb a jejich blízkým je k dispozici měsíčně vydávaný zpravodaj „Senior“.¹⁰⁴

O svém poslání a cílech domov informuje veřejnost prostřednictvím internetových stránek, různých materiálů, informací v tisku a pořádáním akcí nejen pro své uživatele, ale i veřejnost. Domov má zpracovánu jednoduchou a přehlednou prezentaci.¹⁰⁵

3.9 SWOT analýza

SWOT analýza hodnotí silné (Strengths) a slabé (Weaknesses) stránky organizace, hrozby (Threats) a příležitosti (Opportunities) spojené s podnikatelským záměrem, projektem nebo strategií. Analýza SWOT je součástí dlouhodobého (strategického) plánování organizace a lze ji využít pro stanovení a optimalizaci

¹⁰² PETERÍKOVÁ, S. *Standard 8: Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje*. Tachov: DS Tachov, 2010. Interní materiál.

¹⁰³ PETERÍKOVÁ, S., tamtéž

¹⁰⁴ PETERÍKOVÁ, S., tamtéž

¹⁰⁵ KOVÁŘOVÁ, J. *Standard 12: Informovanost o poskytované sociální službě*. Tachov: DS Tachov, 2009. Interní materiál.

strategie organizace. Podstata analýzy je v rozboru a hodnocení současného stavu organizace, tj. vnitřního prostředí, a současné situace okolí organizace, tzv. vnější prostředí. Ve vnitřním prostředí jsou vyhledávány a hodnoceny silné a slabé stránky organizace. Vnější prostředí vyhledává a klasifikuje příležitosti a hrozby pro organizaci.¹⁰⁶

Ve městě a okolí je malá síť terénních sociálních služeb. Funguje zde převážně pečovatelská služba, kterou poskytují všechny větší obce okresu (Černošín, Kladruby, Planá, Stříbro, Konstantinovy Lázně, Bor). V Tachově je poskytování pečovatelské služby zabezpečeno Oblastním spolkem Českého červeného kříže.¹⁰⁷

V okolí chybí některé druhy sociálních služeb, např. týdenní nebo denní stacionář, odlehčovací služby, domov se zvláštním režimem, centra denních služeb, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením zabezpečuje zrakově postiženým tachovská pobočka Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých ČR. Farní charita Stříbro poskytuje služby v týdenním stacionáři pro seniory a zdravotně postižené občany. Kapacita je však pouze 15 uživatelů. Domov se zvláštním režimem není v tachovském okrese k dispozici. Využít služeb tohoto typu zařízení je možné v Mirošově (okres Rokycany) a Plzni. Rovněž oblast odborného poradenství není dostatečně pokryta. V Tachově lze využít služeb Centra pro zdravotně postižené Plzeňského kraje a poradny pro manželství, partnerské a mezilidské vztahy. Rovněž půjčování kompenzačních pomůcek je omezené. Nepatrné množství má k dispozici Centrum pro zdravotně postižené.¹⁰⁸

Na území Tachova působí dva domovy pro seniory (jedním z nich je domov popisovaný v této kapitole). Další domov pro seniory se nachází v Kurojedech nedaleko Boru a také přímo v Boru.¹⁰⁹

V Domově pro seniory Bor poskytuje sociální služby Diecézní charita Plzeň. Kapacita domova je 15 uživatelů.¹¹⁰

¹⁰⁶ STŘELEČ, J. SWOT analýza. *Vlastní cesta* [online].

¹⁰⁷ PLZEŇSKÝ KRAJ *Katalog poskytovatelů sociálních služeb v Plzeňském kraji*. Plzeň: NAVA.

¹⁰⁸ PLZEŇSKÝ KRAJ, tamtéž

¹⁰⁹ PLZEŇSKÝ KRAJ, tamtéž

¹¹⁰ *Diecézní charita Plzeň* [online].

Komunitní plánování sociálních služeb není na území Tachova a Stříbra realizováno, lze se tedy opírat pouze o plán Plzeňského kraje. Dle tohoto plánu bylo v oblasti služeb sociální péče označeno za prioritu zajištění pohotovostní pobytové služby, která by při akutním problému mohla zajistit osobě péči na potřebnou dobu než by došlo k umístění do některého z pobytových zařízení. Plán uvádí, že by postačila kapacita dvou vyčleněných bytových jednotek.¹¹¹

V dodatku střednědobého plánu¹¹² je vyjádřena podpora Plzeňského kraje ke vzniku a rozšiřování služeb domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem.

Tabulka 8: SWOT analýza

Silné stránky	Slabé stránky
<ul style="list-style-type: none"> ▪ tradice poskytování sociálních služeb ▪ bezbariérovost prostředí s jedno- a dvouúžkovými pokoji s příslušenstvím ▪ aplikace zpracovaných standardů kvality v praxi ▪ ztotožnění se změnou u odborných zaměstnanců ▪ zájem pracovníků o další vzdělávání ▪ dlouhotrvající spolupráce s různými organizacemi ▪ pestrá nabídka kulturních akcí pro uživatele ▪ započatí příprav na zřízení domova se zvláštním režimem ▪ přístupnost uživatelů mezi domovy pro seniory organizace 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ špatná koncepce při umisťování seniorů do domova pro seniory ▪ soužití uživatelů s demencí a ostatních uživatelů – různorodost diagnóz ▪ problematická komunikace mezi ředitelstvím a zařízením ▪ vysoké procento zaměstnanců přímé péče, kteří nejsou připraveni na změnu ▪ syndrom vyhoření u zaměstnanců domova, profesionální slepota ▪ nedostatečné ocenění/podpora zaměstnanců (finančně i nefinančně) ▪ nerealizování supervize ▪ nerealizace fundraisingu ▪ nevhodné stavební a technické řešení objektu (členitost budovy) ▪ nedostatečné množství pomůcek pro práci s uživateli trpící demencí ▪ nedostatečná aplikace nových metod práce s uživateli ▪ nedostačující, chybějící vnitřní předpisy ▪ nedostatečné vymezení kompetencí a pravomocí zaměstnanců ▪ neefektivní rozložení pracovních sil ▪ existence tří stejných zařízení na malém území – „odběr“ uživatelů

Zdroj: vlastní návrh

¹¹¹ Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Plzeňském kraji: na období 2008 – 2010. *Plzeňský kraj* [online].

¹¹² Dodatek Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v Plzeňském kraji. *Plzeňský kraj* [online].

Příležitosti	Ohrožení
<ul style="list-style-type: none"> ▪ registrace nové služby - domov se zvláštním režimem ▪ využití dotací pro rekonstrukci ▪ zapojení do komunitního plánování ve městě ▪ rostoucí zájem o poskytovanou službu v důsledku demografických změn ▪ zájem o službu domova se zvláštním režimem ze strany veřejnosti a klientů ▪ zapojení a využití studentů a dobrovolníků v sociálních službách ▪ registrace v dobrovolnickém centru TOTEM ▪ spolupráce s novými organizacemi nabízející kulturní akce pro seniory ▪ spolupráce se zařízeními stejného, obdobného typu ▪ zlepšení spolupráce s rodinami uživatelů 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ současný systém financování, závislost na dotacích ▪ současná absence komunitního plánování ve městě ▪ malá síť terénních a pobytových sociálních služeb ve městě a okolí ▪ chybějící sociální služba v tachovském okrese – domov se zvláštním režimem ▪ absence lékařských specialistů (psychiatr) ve městě a okolí ▪ nedostatečné množství zaměstnanců v přímé péči ▪ nedostatek studentů – neexistence odborné školy ve městě ▪ nezájem rodinných příslušníků o spolupráci ▪ neschopnost finančních úhrad nabízené služby ze strany uživatelů

Zdroj: vlastní návrh

Na základě analýzy současného stavu byly pro nejbližší dobu, v souvislosti se zkvalitněním služeb domova pro seniory, stanoveny následující priority:

- změna řízení organizace za účelem přípravy transformace části zařízení,
- rekonstrukce 1. a 2. PP,
- otevření oddělení pro uživatele s demencí,
- zlepšení vzájemné komunikace,
- pravidelné hodnocení a sebehodnocení zaměstnanců,
- zvýšení počtu zaměstnanců přímé péče,
- průběžné vzdělávání zaměstnanců v oblasti péče o osoby s demencí,
- změna organizační struktury,
- jasné vymezení kompetencí jednotlivých zaměstnanců,
- užší spolupráce s rodinami a organizacemi poskytující pomoc osobám trpícím demencí,
- zapojení do komunitního plánování.

Mezi zájmové skupiny, kterých se koncept projektu bude bezprostředně dotýkat, patří:

- zaměstnanci domova,
- současní uživatelé,
- rodinní příslušníci a opatrovníci,
- zřizovatel (Plzeňský kraj),
- zájemci o umístění.
- zástupci obce,
- odborní lékaři,
- veřejnost.

4 KONCEPT PROJEKTU

Smyslem konceptu projektu je zpracovat výchozí materiál pro transformaci části zařízení na domov se zvláštním režimem, s cílem odvodit od nově poskytovaných činností hlavní materiální a personální změny v domově. Těžištěm konceptu projektu je zmapování potřebných změn a zpracování jejich časového harmonogramu.

4.1 Metody práce

Pro výzkum a zpracování konceptu projektu transformace domova pro seniory na domov se zvláštním režimem bylo použito několika metod. První z těchto metod byla analýza dokumentů.

Jako analýza dokumentů je chápána analýza jakéhokoli materiálu, který je zdrojem informací. Může se jednat o listiny, deník, text, přepis rozhovoru, videonahrávku, zvukovou nahrávku, malbu, umělecké předměty atd. Užší pojetí chápe analýzu dokumentů jako výzkumnou strategii již existujícího materiálu. Dokumenty můžeme rozdělit do čtyř základních variant:

- písemné dokumenty – listinné a jakékoli jiné dokumenty zachycující obsah písmem,
- obrazové a zvukové dokumenty – záznam na magnetofonovém pásku, digitální záznam do podoby obrazového nebo zvukového záznamu,
- jiné hmotné dokumenty – nálezy, dochované plastiky, sochy, výtvary z kovu, stavební výtvary (domy, mosty) atd.
- kombinace předchozích variant.¹¹³

Dokumenty mohou být analyzovány z různých hledisek. Hendl zmiňuje, že analýzu dokumentů lze využít v kvalitativním i kvantitativním výzkumu.¹¹⁴

V práci bylo využito především interních materiálů domova pro seniory. Jednalo se o zřizovací listinu, Standardy kvality sociálních služeb, domácí řád, vnitřní předpisy, výroční zprávu za rok 2010, informační leták.

Jednou z velmi důležitých metod bylo samotné zúčastněné pozorování v prostředí domova.

¹¹³ MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006.

¹¹⁴ HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008.

Další použitou metodou byly rozhovory v rámci ohniskové skupiny se zaměstnanci domova. Pro výzkum byla použita polostrukturovaná ohnisková skupina, která umožňuje upravovat formulaci a pořadí otázek.

Jedná se o kvalitativní metodu prováděnou s větším počtem účastníků než tři, při které získáváme za využití skupinové interakce v debatě nad určitým tématem kvalitativní data. Badatel určuje dle svého výzkumného záměru ohnisko neboli zaměření diskuse. Ohnisko musí být srozumitelné všem účastníkům diskuse. Ohniskové skupiny můžeme rozdělit na nestrukturované, polostrukturované a strukturované.¹¹⁵

Cílem ohniskové skupiny bylo zmapovat představy a názory zaměstnanců domova k plánované změně. Ohnisková skupina, se zaměstnanci přímé péče, proběhla v říjnu 2011 ve společenské místnosti domova. Doba trvání skupiny byla přibližně 1,5 hodiny. Průběh skupiny byl nahráván na digitální videokameru zn. Panasonic a následně byl zpracován stručný písemný záznam s nejdůležitějšími náměty a názory členů skupiny. Účastníci skupiny byli, za účelem zachování anonymity, označeni počátečním písmenem křestního jména. Doslovný přepis z průběhu skupiny je obsáhlý, přílohou práce je pouze stručný záznam (příloha č. 5).

Pro vytvoření si správné základní a výchozí představy bylo také použito SWOT analýzy. Týkala se zhodnocení silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb souvisejících s poskytováním služeb organizace a plánovanou transformací.

4.2 Transformace domova se zvláštním režimem v Tachově

Tato kapitola práce přináší informace o nové sociální službě, kterou je domov se zvláštním režimem.

4.2.1 Cílová skupina domova se zvláštním režimem

Cílovou skupinou domova se zvláštním režimem jsou uživatelé trpící stařeckou, atroficko-degenerativní (demencí Alzheimerova typu), ischemicko-vaskulární demencí a demencí v důsledku Parkinsonovy choroby. Sociální služba je poskytována uživatelům od 60 let věku, kteří v důsledku svého onemocnění mají sníženou soběstačnost a potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Osoby využívající služby musí být

¹¹⁵ MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006.

v kompenzovaném stavu, kdy nejsou v zásadě nebezpečné sobě ani jiným uživatelům služeb.

Domov se zvláštním režimem neposkytuje služby osobám uvedeným v kapitole 3.2 mimo osoby s Alzheimerovou chorobou a dalšími typy demencí. Služby nejsou rovněž poskytovány osobám, jejichž stav vyžaduje nepřetržitou kvalifikovanou zdravotní péči nebo s akutním infekčním onemocněním.

4.2.2 Kapacita a vybavení domova se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem bude situován v 1. a 2. PP budovy. Kapacita určená těmto uživatelům představuje 45 lůžek. V 2. PP bude umístěno 23 uživatelů a v 1. PP celkem 22 uživatelů. Ostatní tři patra, s celkovou kapacitou 75 lůžek, budou nadále využívána uživateli současného domova pro seniory.

Tabulka 9: Organizační rozdělení budovy domova

Podlaží	Poskytovaná služba	Počet uživatelů
2. PP	DZR	23 uživatelů
1. PP	DZR	22 uživatelů
1. NP	DS	27 uživatelů - imobilní uživatelé
2. NP	DS	25 uživatelů - soběstační uživatelé
3. NP	DS	23 uživatelů - soběstační uživatelé
Celkem		120 uživatelů

Zdroj: vlastní návrh

Pokoje na obou patrech budou jednolůžkové (41) nebo dvoulůžkové (2) s vlastním sociálním zařízením. Vybavení pokojů bude shodné jako v domově pro seniory (viz kapitola 3.3).

Na každém patře bude k dispozici sesterna, společenská místnost, jídelna a velká společná koupelna. Součástí 2. PP bude rukodělná dílna a v 1. PP relaxační místnost. Ostatní prostory v budově domova, mimo oddělení, budou uživatelé služeb domova se zvláštním režimem využívat v doprovodu zaměstnanců přímé péče.

4.2.3 Organizační struktura

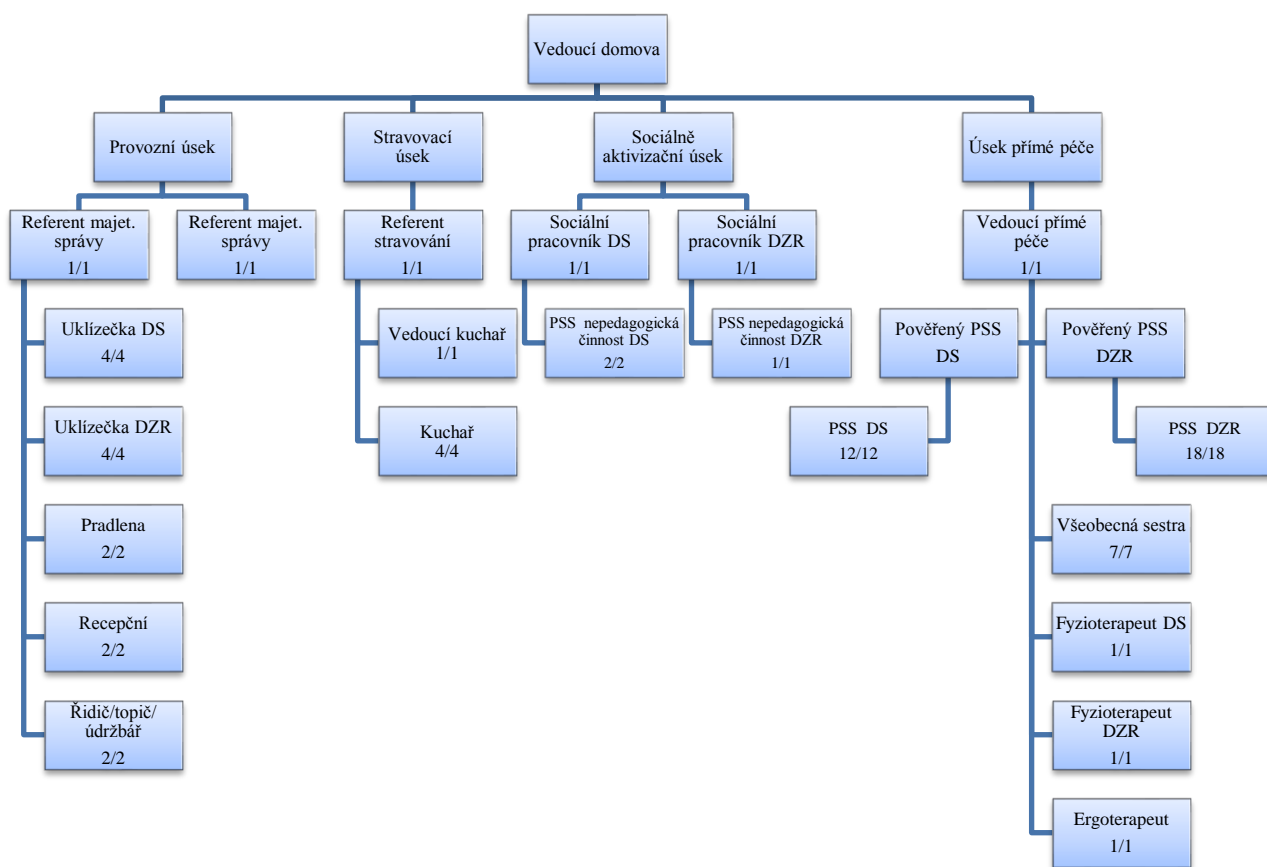
Nové organizační schéma rozdělí domov do čtyř úseků. Jedná se o:

- provozní úsek,
- stravovací úsek,

- sociálně aktivizační úsek,
- úsek přímé péče.

Někteří zaměstnanci budou svou činnost vykonávat současně v domově pro seniory i domově se zvláštním režimem. Jiní zaměstnanci budou určeni konkrétně pro danou službu (v schématu jsou označeni jako DS a DZR).

Obrázek 2: Předpokládané schéma organizační a řídicí struktury



Zdroj: vlastní návrh

V souvislosti s registrací nové sociální služby je nutné vypracovat vnitřní předpisy, které upraví činnost nově vzniklé služby. Mezi nejdůležitější patří:

- Organizační řád,
- Provozní řád,
- Hygienický plán,
- Požární poplachové směrnice, požární řád a evakuační řád,
- Standardy kvality sociálních služeb,
- Domácí řád,
- Etický kodex.

4.2.4 Personální zajištění služby

V následující tabulce je uveden stávající a plánovaný počet zaměstnanců při registraci služby domov se zvláštním režimem. Z tabulky je patrné, že v současné době zajišťuje přímou péči 16 pracovníků v sociálních službách, 7 všeobecných sester, 1 fyzioterapeut, 1 ergoterapeut a 2 sociální pracovníci. Všeobecné sestry vykonávají kromě odborné zdravotní péče i ošetrovatelskou péči z důvodu nedostatku pracovníků v přímé péči. V případě navýšení počtu pracovníků v sociálních službách bude všeobecná sestra vykonávat pouze odbornou zdravotní péči, čímž nemusí dojít k navýšení jejich počtu.

Dostatečný počet zaměstnanců je v oblasti provozního i stravovacího úseku.

Tabulka 10: Stávající a navrhovaný počet zaměstnanců

Současný úsek	Funkce	Současný počet zaměstnanců	Plánovaný počet zaměstnanců	
			DS	DZR
Úsek přímé péče	vedoucí přímé péče	1	1	
	všeobecná sestra	7	7	
	fyzioterapeut	1	1	1
	ergoterapeut	1	1	
	pracovník v sociálních službách	16	12	18
	pracovník v sociálních službách – nepedagogická činnost	0	2	1
	sociální pracovník	2	1	1
Provozní úsek	vedoucí domova	1	1	
	referent majetkové správy	2	2	
	údržbář/řidič	2	2	
	vrátná	2	2	
	pradlena	2	2	
	uklízečka	8	4	4
Stravovací úsek	referent stravování	1	1	
	kuchař	5	5	
Celkový počet zaměstnanců		51	32	37

Zdroj: vlastní návrh

Pro zajištění odpovídající úrovně péče osobám trpícím demencí je současný stav zaměstnanců přímé péče nedostatečný. Z tohoto důvodu je nutné navýšit stav zaměstnanců přímé péče, především pracovníků v sociálních službách, a to o 14. Celkově bude počet zaměstnanců navýšen o 18 (mimo PSS, také 3 pracovníky v sociálních službách vykonávající základní výchovnou nepedagogickou činnost, 1 fyzioterapeut). Poměr zaměstnanců přímé péče vůči uživatelům by tak činil v případě domova pro seniory 1:3,66 a v případě domova se zvláštním režimem 1:1,76.

Důležitým předpokladem transformačního procesu je kvalitní personál. Součástí procesu musí být práce se zaměstnanci, jejich vzdělávání, ztotožnění a pochopení smyslu změny a jejich psychická podpora. Z důvodu psychicky náročné práce je vhodné uzavřít kontrakt (dohodu o provedení práce) s externím supervizorem, který bude v zařízení vykonávat pravidelnou supervizi. Pro zaměstnance domova se zvláštním režimem v rozsahu 2 hodiny 1x měsíčně, pro zaměstnance domova pro seniory 1x za 3 měsíce.

4.2.5 Stavební úpravy a související investice

Z důvodu bezpečnosti uživatelů využívajících služeb domova se zvláštním režimem je nutné provést osazení jednostranných dveří nebo dveří se skrytými zámky, popř. instalace alarm systémů u dveří, které upozorní zaměstnance na pohyb uživatelů a úpravu ovládání výtahu (pomocí čipové karty nebo elektronického kódu). Je vhodné odstranit přebytečné prahy, lesklé podlahy a pruhy na podlaze, zámky v sociálních zařízeních a pokojích. Nesmí být opomenuto zabezpečení oken a zásuvek, zamaskování východu (např. závěsem), ztmavení prostor, do nichž nechceme, aby uživatelé chodili (lidé s demencí mají ze tmy strach). Naopak je vhodné vizuálně zvýraznit dveře, do kterých osoba smí vstoupit (např. barevným natřením) a svícení v prostorách, kde se osoba může bezpečně pohybovat. Společenské místnosti je nutné upravit a vybavit vhodným nábytkem (jídelní stoly a stabilní židle, stěna, kuchyňská linka) se zakulacenými rohy.

Pro práci s uživateli je nutné zajistit vhodné pomůcky pro aktivizační činnosti, sady pro kognitivní trénink. S nákupem pomůcek bylo započato již v letošním roce. Dále je vhodné zřízení a vybavení relaxační místnosti.

Důležité je učinit opatření pro zlepšení orientace uživatelů (označit dané prostory např. piktogramy, směřovkami) v celém domově a především v patrech určených osobám, které trpí demencí.

Šatny zaměstnanců přímé péče, které jsou součástí 1. PP, a šatny uklízeček včetně sociálního zařízení přesunout do jiné části tohoto podlaží (současné sklepní prostory). Rekonstrukce těchto prostor je plánována na rok 2012. V obou patrech vymezených pro domov se zvláštním režimem je nutné zlepšit osvětlení chodeb a v 2. PP navíc vyřešit otázku lepší větratelnosti patra.

Do budoucna je nutné provést v celé budově rekonstrukci sociálních zařízení bytů. Tato rekonstrukce by zahrnovala především rozšíření vstupních dveří, nové rozvody a úpravu nebo odstranění sprchovacích koutů.

Návrh stavebních úprav je přílohou práce (příloha č. 3).

4.2.6 *Financování služby*

V případě registrace nové sociální služby dojde k nárůstu mzdových nákladů v důsledku zvýšeného počtu zaměstnanců přímé péče (viz kapitola 4.2.4).

Tabulka 11: Ekonomická rozvaha plánovaných změn – noví zaměstnanci

Osobní náklady	Kč/rok
Mzdové náklady	2 097 360,00
Ostatní osobní náklady – dohody o pracovní činnosti (supervize, canisterapie)	360 000,00
Zákonné odvody	713 232,00
Osobní náklady celkem	3 170 592,00
OOPP	50 000,00
Náklady na vzdělávání	68 000,00

Zdroj: vlastní návrh (Při výpočtu mzdových nákladů bylo vycházeno z nařízení vlády¹¹⁶. Mzdové náklady jsou počítány v 1. stupni.)

Plánovaná rekonstrukce by vyžadovala finanční prostředky, které jsou upraveny v následujícím přehledu.

¹¹⁶ Nařízení vlády č. 222/2010 Sb., o katalogu prací ve veřejných službách a správě, Nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě.

Tabulka 12: Předpokládané výdaje na rekonstrukci a vybavení dvou pater

Stavební úpravy prostor	Předpokládané výdaje v Kč
Šatny	406 500,00
- bourací práce	12 000,00
- úpravy vnitřních povrchů	32 000,00
- přesun hmot	16 000,00
- výmalba	8 000,00
- dlažba a obklady	51 000,00
- přívod a odpady vody	80 000,00
- příčky	50 000,00
- umyvadla vč. vodovodní baterie a WC, mušle	25 000,00
- sprchové kouty	40 000,00
- dveře	23 500,00
- radiátory	15 000,00
- drobné vybavení (zrcadla, zásobníky...)	8 000,00
- vybavení (židle, stoly)	16 000,00
- šatní skříně	30 000,00
Denní místnost pro osoby v 1. PP	111 500,00
- TV	10 000,00
- CD přehrávač	1 500,00
- vybavení (jídelní stoly, židle s područkou, křesla, skřín, komody)	100 000,00
Denní místnost zaměstnanců v 1. PP	0,00
- vybavena nábytkem ze současné místnosti	0,00
Relaxační místnost v 1. PP	53 000,00
- vak	3 000,00
- relaxační křeslo	40 000,00
- komoda	4 000,00
- vybavení (CD přehrávač, CD, vonné esence, obrazy...)	6 000,00
Úpravy na chodbách v 1. PP	161 000,00
- osvětlení	60 000,00
- ochrana rohů	3 000,00
- úprava ovládání výtahu (i pro 2. PP)	12 000,00
- úpravy zavírání a otevírání dveří (i pro 2. PP)	6 000,00
- WC na chodbě + umyvadlo	80 000,00
Jídelna s kuchyňkou v 1. PP	62 500,00
- bourací práce	2 500,00
- výmalba	3 000,00
- výměna okna – plastové	12 000,00
- vybavení (kuchyňská linka)	25 000,00
- vybavení (mikrovlánná trouba, mixér, nádobí, chladnička, rychlovarná konev a další drobné věci do kuchyňky)	20 000,00
Jídelna s kuchyňkou v 2. PP	178 500,00
- bourací práce	5 500,00
- rozvod vody a odpadů	25 000,00
- dlažba	19 500,00
- obklady u kuchyňské linky	3 000,00
- výměna okna – plastové	12 000,00
- osvětlení	25 000,00
- výmalba	3 500,00

- vybavení (jídelní stoly, židle)	40 000,00
- vybavení (kuchyňská linka)	25 000,00
- vybavení (mikrovlnná trouba, mixér, nádobí, chladnička, rychlovarná konev, termosky a další drobné věci do kuchyňky)	20 000,00
Denní místnost pro zaměstnance v 2. PP	48 000,00
- vybavení (PC + tiskárna, telefon)	30 000,00
- vybavení (psací stůl, židle, kancelářské křeslo, skříň, komoda)	18 000,00
Denní místnost pro osoby v 2. PP	43 500,00
- výměna lina	12 000,00
- vybavení (židle, komody)	20 000,00
- TV	10 000,00
- CD přehrávač	1 500,00
Úpravy na chodbách v 2. PP	243 000,00
- podhledy stropů (nehořlavé sádkartonové)	100 000,00
- osvětlení chodby	60 000,00
- ochrany rohů	3 000,00
- WC na chodbě + umyvadlo	80 000,00
Pokoje osob	270 000,00
- zajištění oken (zarážky)	25 000,00
- signalizace sestra – pacient (úprava)	20 000,00
- stavební úpravy v kuchyňské části	225 000,00
Náklady na rekonstrukci celkem	1 547 500,00

Zdroj: CH-Projekt. *Projektová dokumentace.*

O financování stavebních úprav souvisejících se zřízením nové sociální služby je jednáno se zřizovatelem, tj. zástupci Plzeňského kraje. Drobné úpravy budou financovány z provozních prostředků domova. Výše finančních prostředků na rekonstrukci byla předložena zřizovateli, ale dosud není schválena.

V současné době je firmou CH-Projekt zpracovávána projektová dokumentace plánovaných stavebních úprav.

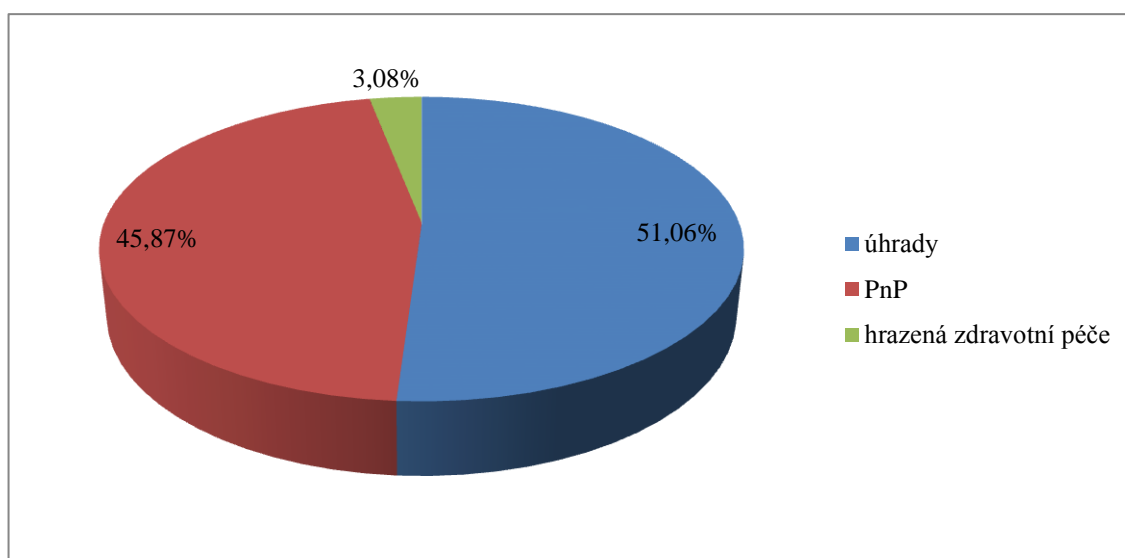
Stávající systém financování bude pravděpodobně zachován i pro následující období. Snížením celkové kapacity o 3 uživatele na 120 nedojde k razantnímu snížení výnosů na úhradách ani nákladů za energie, opravy budovy nebo ke změnám ve výdajích na stravu. V oblasti hrazené zdravotní péče od zdravotních pojišťoven by mohlo dojít k mírnému zvýšení v souvislosti se zvyšující se potřebou zdravotní péče uživatelů domova.

Lze předpokládat, že do budoucna vzroste počet uživatelů s vyšším stupněm příspěvku na péči a to nejen v domově se zvláštním režimem, ale také v domově

pro seniory. Jedním z kritérií péče uživatelů s demencí v domově se zvláštním režimem bude 3. a 4. stupeň příspěvku na péči.

Předpokládané výnosy na úhradách od uživatelů domova se zvláštním režimem a úhradách od zdravotních pojišťoven jsou znázorněny v následujícím grafu.

Graf 2: Poměr jednotlivých výnosů domova se zvláštním režimem za rok



Zdroj: vlastní návrh

Při výpočtu úhrad za stravu bylo vycházeno ze stávající ceny normální stravy. Výše úhrad za ubytování byla zohledněna dle typu pokoje, nejvyšší úhrada za samostatný jednolůžkový pokoj 190 Kč. Při výpočtu příspěvku na péči bylo počítáno s 25 uživateli pobírající 3. stupeň, 15 uživatelů pobírající 4. stupeň a s 5 uživateli bez přiznaného příspěvku na péči.

4.2.7 Spolupráce

V oblasti spolupráce bude nadále spolupracováno se stávajícími organizacemi a nově s organizacemi specializovanými na práci s osobami trpícími demencí. Spolupráce bude navázána např. s psychiatrem, který bude do domova docházet pravidelně 1x týdně. Dále je vhodné rozšířit spolupráci s odbornými školami, jejichž studenti by v zařízení vykonávali odborné praxe. Za účelem zapojení dobrovolníků je vhodné zvážit možnost zaregistrování organizace v regionálním dobrovolnickém centru TOTEM, o. s. Nebude opomenuta úzká spolupráce se zřizovatelem Plzeňským krajem.

4.2.8 Změny proti stávající sociální službě

Ze závěrů proběhlé ohniskové skupiny je patrné, že současní zaměstnanci domova nemají jednotné a ucelené informace o práci s osobami trpící demencí. Vyšší úroveň znalostí, týkající se péče, je na straně obdobných zaměstnanců. Zaměstnancům není rovněž dostatečné jasné organizační zajištění péče o zmiňované uživatele. Uvědomují si, že je v domově se zvláštním režimem nutné zachování stálého personálu. Z výzkumu také vyplynulo, že zaměstnanci shledávají nedostatek odborných pomůcek, které by zjednodušili každodenní práci s uživateli. V důsledku potřeby zvýšené péče, navrhuje zaměstnanci navýšení jejich počtu, především pracovníků v sociálních službách a fyzioterapeutů. Všichni zaměstnanci se shodují na bezpodmínečném fungování týmu, zlepšení průběhu umístování uživatelů a spolupráce s jejich rodinami. Zaměstnanci si uvědomují psychickou a časovou náročnost práce a uvítali by možnost supervize a dalšího odborného vzdělávání.

Na základě zpracovaného konceptu projektu a z rozhovorů se zaměstnanci domova pro seniory vyplývají následující odlišnosti v realizaci domova se zvláštním režimem proti stávající sociální službě. Nejvýznamnější změny jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka 13: Změny proti stávající sociální službě

Oblast změn	Rozsah změn
Způsob jednání se zájemci o službu	<ul style="list-style-type: none">- přizpůsobení informačních materiálů (příloha č. 2)- využití alternativní komunikace (názornost, opakování)
Způsob přijímání žadatelů	<ul style="list-style-type: none">- nutnost realizace sociálního šetření- prodloužení doby jednání před podpisem smlouvy- uzavírání smluv s opatrovníky, plná moc, projednání smlouvy s rodinnými příslušníky
Oblast materiálního, administrativního zabezpečení	<ul style="list-style-type: none">- využití nových/rozdílných pomůcek- realizace ochranných opatření na pokojích i chodbách za účelem zajištění bezpečí seniorů- omezení změn/stálost prostředí (omezení stěhování nábytku, omezení stěhování uživatelů)- tvorba vnitřních předpisů pro DZR
Finanční oblast	<ul style="list-style-type: none">- změna rozložení jednotlivých výnosů
Personální oblast	<ul style="list-style-type: none">- zvyšování odbornosti v péči o seniory s demencí- sebevzdělávání- zvyšování zkušeností v realizaci alternativní komunikace- týmová spolupráce- změna systému práce- reorganizace řídicí struktury domova

	<ul style="list-style-type: none"> - zvýšení psychické náročnosti - spolupráce zaměstnanců v procesu individuálního plánování
Oblast poskytovaných činností	<ul style="list-style-type: none"> - zvýšení rozsahu péče (pomoci při běžných denních činnostech, nutnost doprovodů uživatelů, zajištění celodenního dohledu) - dodržování časového harmonogramu - smysluplné zaměstnávání (příloha č. 4) - aktivní nabízení aktivit - zavedení nových aktivizačních činností (reminiscenční terapie, bazální stimulace, validace...) - úprava časové náročnosti aktivizačních činností - zjednodušení procesu individuálního plánování
Spolupráce	<ul style="list-style-type: none"> - úzká spolupráce s rodinnými příslušníky při poskytování služeb (např. individuální plánování...) - navázání spolupráce s odborníky v oblasti psychiatrie

Zdroj: rozhovory se zaměstnanci

4.3 Proces realizace konceptu projektu

Následující kapitola uvádí časový harmonogram jednotlivých změn a zaměstnance, včetně jejich kompetencí a odpovědnosti, podílející se na realizaci konceptu projektu.

4.3.1 Realizační tým

Realizační tým je složen z následujících zaměstnanců:

- ředitel organizace,
- vedoucí domova,
- vedoucí přímé péče,
- sociální pracovník,
- personalista,
- ekonom.

Jednotliví členové spolu úzce spolupracují a každý z nich má v procesu transformace určité úkoly.

Tabulka 14: Realizační tým a jeho kompetence

Funkce	Hlavní kompetence a odpovědnosti
Ředitel organizace	komunikace se zřizovatelem, zodpovědný za proces transformace na úrovni organizace
Vedoucí domova	jednání se zaměstnanci, tvorba podkladových materiálů
Vedoucí přímé péče	příprava zaměstnanců přímé péče, individuální plán změny ve vztahu k uživateli, jednání s uživateli služeb, zpracování administrativy
Sociální pracovník	jednání s uživateli služeb, opatrovníky, rodinnými příslušníky, zájemci o služby; komunikace a informování veřejnosti; zpracování administrativy
Personalista	výběr zaměstnanců přímé péče a odborných zaměstnanců; plány školení a vzdělávání
Ekonom	ekonomika procesu transformace zařízení; tvorba podkladových materiálů

Zdroj: vlastní návrh

Kromě zmíněných členů realizačního týmu je vhodné požádat o spolupráci nezávislou osobu, která by přinášela do procesu transformace vhléd. Touto osobou může být např. zástupce jiné sociální služby, zástupce opatrovníků nebo odborný lékař.

4.3.2 Časový harmonogram realizace konceptu projektu

Časový harmonogram konceptu projektu je rozpracován na období 14 měsíců.

Tabulka 15: Časový harmonogram jednotlivých kroků realizace

Termín	Předmět realizace	Odpovědnost
2. pol. 2011	Jednání se zřizovatelem o zřízení DZR	ředitel organizace
1. pol. 2012	Podání podkladů/rozpočtu KÚ na rekonstrukci 2 pater	ředitel organizace
1. pol. 2012	Kontaktování psychiatra za účelem poskytování péče v zařízení, dojednání podmínek	vedoucí domova
1. pol. 2012	Kontaktování supervizora za účelem poskytování podpory zaměstnancům, dojednání podmínek	vedoucí domova
1. pol. 2012	Příprava podkladů pro registraci služby	ekonom
2. pol. 2012	Podání písemné žádosti o registraci a podkladů na KÚ Plzeňského kraje vč. návrhu na snížení kapacity na 120 uživatelů	ředitel organizace
2. pol. 2012	Rekonstrukce prostor 2 pater vymezených pro DZR vč. vybudování šatních prostor pro zaměstnance přímé péče a uklízečky, bezpečnostního zajištění prostor	ředitel organizace vedoucí domova
2. pol. 2012	Vybavení společných prostor vhodným nábytkem	vedoucí domova
2. pol. 2012, 2013	Výběr a nákup pomůcek	vedoucí domova
2. pol. 2012, 2013	Výběr a nákup OOPP	vedoucí domova
8 - 10/2012	Vytvoření nových standardů srozumitelných uživatelům a vnitřních předpisů	sociální pracovník
9/2012	Revize stávajících popisů pracovní činnosti jednotlivých zaměstnanců a úprava kompetencí	personalista
9/2012	Personální změny - výběr zaměstnanců pro DZR – stávající zaměstnanci budou do DZR přefazováni na základě individuálních pohovorů, hodnocení nadřazeného zaměstnance, ochoty se dále vzdělávat, dovedností a týmové spolupráce	vedoucí přímé péče
10/2012	Změna organizační struktury – efektivnější rozložení pracovních sil, vymezení zaměstnance odpovědného za DZR	personalista
10/2012	Příprava nového informačního letáku	sociální pracovník
10/2012	Distribuce informačního letáku	sociální pracovník
10/2012	Úprava žádosti o sociální službu	sociální pracovník
10/2012	Informování veřejnosti a stávajících uživatelů o nové službě (tisk, místní TV)	sociální pracovník
11/2012, 2013	Úprava internetových stránek	sociální pracovník
11-12/2012, 2013	Setkání s odbornou veřejností a státní správou – seznámení s novou službou	sociální pracovník
11/2012	Vytvoření plánu odborného vzdělávání pro jednotlivé zaměstnance a jeho realizace	personalista
11/2012	Uzavření smlouvy s psychiatrem a supervizorem	ředitel organizace
od 11/2012	Přijímání žádosti o pobytovou sociální službu	sociální pracovník
od 12/2012	Uzavírání smluv s žadateli o službu	sociální pracovník

2013	Přechod uživatelů do nové sociální služby	vedoucí přímé péče
2013	Zavedení nových aktivit a aktivizačních metod do přímé péče (reminiscenční terapie, augmentativní a alternativní komunikace, individuální plánování...)	vedoucí přímé péče

Zdroj: vlastní návrh

Minimálně 4x ročně bude probíhat společné hodnocení plnění jednotlivých kroků realizačním týmem a do časového harmonogramu budou zaneseny případné úpravy plánu realizace. Z každého hodnocení bude zpracována písemná zpráva o realizaci konceptu projektu.

4.4 Rizika konceptu projektu

Se zavedením nové služby do praxe se váže řada rizik. Jedná se především o:

- změnu přístupu zaměstnanců k dané cílové skupině,
- zvládání nových situací s profesionálním přístupem,
- vyšší riziko syndromu vyhoření,
- ohrožení realizace stavebních úprav z důvodu nedostatku finančních prostředků,
- omezení provozu během realizace stavebních úprav,
- přemístění stávajících uživatelů domova pro seniory do domova se zvláštním režimem,
- odmítavý přístup současných uživatelů vůči nově zaváděné sociální službě.

5 ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zpracovat koncept projektu domova se zvláštním režimem v části zařízení, které v současné době poskytuje pobytovou sociální službu domov pro seniory.

Pro zpracování konceptu projektu bylo využito několika metod a za účelem získání bližších informací byly kontaktovány některé domovy se zvláštním režimem (Mirošov, Domov sv. Aloise a „Čtyřlístek“ v Plzni) a také Česká alzheimerovská společnost.

Koncept projektu zahrnuje zejména tyto hlavní aktivity transformace:

- definuje novou cílovou skupinu,
- odvozuje kapacitu domova a rozdělení uživatelů,
- navrhuje organizační a řídicí strukturu domova,
- navrhuje soubor vnitřních předpisů,
- odvozuje počty a strukturu zaměstnanců,
- pojmenovává hlavní rizika projektu.

Na základě rozhodnutí ředitele organizace byly v prosinci roku 2011 započaty přípravné práce s cílem zřízení nové sociální služby - domov se zvláštním režimem. Za tímto účelem byl vytvořen realizační tým, který bude transformaci tohoto domova realizovat. Vzhledem k tomu, že v organizaci působím jako sociální pracovník, byla jsem vybrána jako člen tohoto týmu. Nová sociální služba bude začleněna do jednoho patra stávajícího Domova pro seniory Tachov, U Penzionu 1711.

Předkládaný koncept projektu diplomové práce bude využit při transformaci domova se zvláštním režimem a registraci této nové sociální služby. Dále poslouží při certifikaci České Alzheimerovské společnosti „Vážka“.

Pokud předložená práce přispěje k úspěšné transformaci na domov se zvláštním režimem a zároveň k dobré kvalitě nově zadaných služeb, budou její cíle zcela naplněny.

RESUMÉ

Práce vznikla z důvodu přibývajícího počtu osob trpících demencí ve společnosti a potřeby pokrýt poptávku veřejnosti po službě domova se zvláštním režimem na Tachovsku. Hlavním cílem diplomové práce je zpracovat koncept projektu transformace části domova pro seniory na domov se zvláštním režimem.

Diplomová práce ve čtyřech hlavních kapitolách čtenáři přibližuje nejen problematiku demence a péče o osoby, ale také analyzuje z různých hledisek současnou sociální službu a kritéria nutná pro vznik nové sociální služby.

Pro zpracování konceptu projektu bylo využito několika metod a za účelem získání bližších informací byly kontaktovány některé domovy se zvláštním režimem.

Zpracováním konceptu projektu bylo dosaženo sestavení návrhu pro zavedení nové sociální služby do praxe.

Předkládaný koncept projektu bude využit při registraci nové pobytové sociální služby a zároveň při certifikaci České Alzheimerovské společnosti „Vážka“.

This thesis is a result of growing number of people in society suffering from dementia and the need to meet public demand and provide service with a special regime. The main aim of this thesis is to prepare a project concept of transformation of a part of the Home for the elderly to Home with a special regime.

It consists of four main chapters. In those it not only draws the reader's attention to problems of dementia and the care for people suffering from it, but also analyzes the different aspects of current social services and the criteria necessary for creating new social services.

Several methods have been used for the processing of the project concept. To obtain more detailed information number of Homes with a special regime were contacted.

The processing of the project concept has been achieved compiling a draft of the introduction of new social services into practice.

Elaborated concept of the project can be used when registering new social services and in the future as well as for the certification of Czech Alzheimer Society "Vážka".

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Monografie

1. BUIJSSEN, H. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 136 s. ISBN 80-7367-081-X.
2. ČADKOVÁ – SVEJKOVSKÁ, M. Sociální práce se seniorem s duševním onemocněním. In: MAHROVÁ, G. – VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 176 s. s. 106 – 116. ISBN 978-80-247-2138-5.
3. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 2. akt. vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
4. JANEČKOVÁ, H. Sociální práce se starými lidmi. In: MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. s. 163 – 193. ISBN 80-7367-002-X.
5. KLEVETOVÁ, D. Účelná komunikace zdravotní sestry se starší osobou. In: KLEVETOVÁ, D. – DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 208 s. s. 93 – 123. ISBN 978-80-247-2169-9.
6. MAHROVÁ, G. Psychiatrické minimum. In: MAHROVÁ, G. – VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 176 s. s. 69 – 92. ISBN 978-80-247-2138-5.
7. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
8. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
9. MOTLOVÁ, L. Aktivizační programy pro seniory. In: VURM, V. - ZIMMELOVÁ, P. - ŠVEHLOVÁ, L. *Rukověť pro poskytovatele sociálních služeb v oblasti problematiky seniorů*. 1. vyd. České Budějovice: JU v Č. Budějovicích, 2008. 175 s. s. 68 – 81. ISBN 978-80-7394-090-4.

10. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-5029-7.
11. NEUBAUER, K. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Asociace klinických logopedů ČR, 1997.
12. PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
13. PLZEŇSKÝ KRAJ *Katalog poskytovatelů sociálních služeb v Plzeňském kraji*. Plzeň: NAVA.
14. RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8.
15. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
16. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 444 s. ISBN 80-7178-496-6.
17. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
18. VENGLÁŘOVÁ, M. Komunikace s pacienty se změnami intelektu. In: VENGLÁŘOVÁ, M. – MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. s. 99 – 105. ISBN 80-247-1262-8.
19. ZGOLA, M. J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

Právní normy

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

Časopisy

21. WEHNER, L. Smyslová aktivizace pro seniory. *Rezidenční péče*, 2011, roč. 7, č. 2, s. 22. ISSN 1801-8718.

Interní zdroje

22. BENEŠOVÁ, S. *Standard 3: Jednání se zájemcem o sociální službu*. Tachov: CSS Tachov, 2010. Interní materiál.
23. *Centrum sociálních služeb Tachov, příspěvková organizace*. 1. vyd. Tachov: CSS Tachov, 2008. Interní materiál.
24. *Domov pro seniory Tachov, U Penzionu 1711*. Tachov: CSS Tachov, 2010. Interní materiál.
25. CH-Projekt. *Projektová dokumentace Domova pro seniory Tachov, U Penzionu 1711*.
26. KOVÁŘOVÁ, J. *Standard 1: Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb*. Tachov: DS Tachov, U Penzionu 1711, 2010. Interní materiál.
27. KOVÁŘOVÁ, J. *Standard 11: Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby*. Tachov: DS Tachov, U Penzionu 1711, 2008. Interní materiál.
28. KOVÁŘOVÁ, J. *Standard 12: Informovanost o poskytované sociální službě*. Tachov: DS Tachov, U Penzionu 1711, 2009. Interní materiál.
29. KOVÁŘOVÁ, J. *Standard 13: Prostředí a podmínky poskytování sociálních služeb*. Tachov: DS Tachov, U Penzionu 1711, 2010. Interní materiál.
30. PETERÍKOVÁ, S. *Standard 8: Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje*. Tachov: DS Tachov, U Penzionu 1711, 2010. Interní materiál.
31. PLZEŇSKÝ KRAJ *Dodatek č. 2 zřizovací listiny*. Plzeň: 2009. Interní materiál.
32. SMOLOVÁ, B. *Dodatek č. 11: Organizační řád*. Tachov: CSS Tachov, 2011. Interní materiál.

Internetové zdroje

33. Alzheimer's Disease Fact. *National Institute on Aging* [online]. [cit. 2011-10-10]. Dostupné z: <<http://www.nia.nih.gov/Alzheimers/Publications/adfact.html>>.
34. *Centrum sociálních služeb Tachov, příspěvková organizace* [online]. 2006 - 2011. [cit. 2011-07-28]. Dostupné z: <http://www.csstachov.cz/?page=ddap_tc>.
35. *Diecézní charita Plzeň* [online]. 2011. [cit. 2011-08-21]. Dostupné z: <<http://www.dchp.cz/vyhledavani-v-adresari/?s=domov-pro-seniory-bor>>.
36. Diagnosing dementia. *NHS choices: Your health, your choices* [online]. [cit. 2011-10-10]. Dostupné z: <<http://www.nhs.uk/Conditions/Dementia/Pages/Diagnosis.aspx>>.
37. Dodatek Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v Plzeňském kraji. *Plzeňský kraj* [online]. 2009. [cit. 2011-08-21]. Dostupné z: <<http://www.kr-plzensky.cz/article.asp?itm=37022>>.
38. Nařízení vlády č. 222/2010 Sb., o katalogu prací ve veřejných službách a správě. *Portál veřejné správy České republiky* [online]. [cit. 2011-10-28]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_l=222/2010&PC_8411_ps=10&PC_8411_text=platové tabulky#10821>.
39. Nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě. *Portál veřejné správy České republiky* [online]. [cit. 2011-10-28]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=564%2F2006&number2=&name=&text=>>.
40. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Plzeňském kraji: na období 2008 – 2010. *Plzeňský kraj* [online]. 2007. [cit. 2011-08-21]. Dostupné z: <<http://www.kr-plzensky.cz/file.asp?name=1005011070904124703.pdf&folder=2062>>.
41. STŘELEČ, J. SWOT analýza. *Vlastní cesta* [online]. 2006 – 2009. [cit. 2011-10-23]. Dostupné z: <<http://www.vlastnicesta.cz/metody/metody-marketing/swot-analyza/>>.

42. Úplný výpis z obchodního rejstříku. *Ministerstvo spravedlnosti ČR* [online]. [cit. 2011-10-03]. Dostupné z: <http://www.justice.cz/xqw/xervlet/insl/report?sysinf.vypis.CEK=400003522&sysinf.vypis.rozsah=uplny&sysinf.@typ=transformace&sysinf.@strana=report&sysinf.vypis.typ=XHTML&sysinf.vypis.klic=d4b681aac733ff904fd4f535408ddc0&sysinf.spis.@oddil=Pr&sysinf.spis.@vlozka=650&sysinf.spis.@soud=Krajsk%FDm%20soudem%20v%20Plzni&sysinf.platnost=03.10.2011>>.
43. Výroční zpráva o činnosti organizace v roce 2010. *Centrum sociálních služeb Tachov, příspěvková organizace* [online]. 2006 – 2011. [cit. 2011-08-09]. Dostupné z: http://www.csstachov.cz/dokumenty/vyrocnizprava_2010.pdf>.

SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tabulka 1: Dělení organických duševních poruch

Tabulka 2: Hughesova stupnice

Tabulka 3: Stádia demence

Tabulka 4: Věková skladba uživatelů

Tabulka 5: Skladba uživatelů dle stupně závislosti

Tabulka 6: Skladba uživatelů dle hlavních diagnóz

Tabulka 7: Profesní složení zaměstnanců domova

Tabulka 8: SWOT analýza

Tabulka 9: Organizační rozdělení budovy domova

Tabulka 10: Stávající a navrhovaný počet zaměstnanců

Tabulka 11: Ekonomická rozvaha plánovaných změn – noví zaměstnanci

Tabulka 12: Předpokládané výdaje na rekonstrukci a vybavení dvou pater

Tabulka 13: Změny proti stávající sociální službě

Tabulka 14: Realizační tým a jeho kompetence

Tabulka 15: Časový harmonogram jednotlivých kroků realizace

Seznam obrázků

Obrázek 1: Organizační schéma Domova pro seniory Tachov, U Penzionu 1711

Obrázek 2: Předpokládané schéma organizační a řídicí struktury

Seznam grafů

Graf 1: Poměr jednotlivých výnosů za rok

Graf 2: Poměr jednotlivých výnosů domova se zvláštním režimem za rok

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Fotografie domova

Příloha č. 2: Informační leták domova se zvláštním režimem

Příloha č. 3: Stavební řešení jednotlivých pater

Příloha č. 4: Návrh skupinových aktivit pro uživatele DZR

Příloha č. 5: Záznam z ohniskové skupiny

Příloha č. 1



Budova domova s hlavním vchodem



Chodba



Jednolůžkový pokoj



Dvoulůžkový pokoj

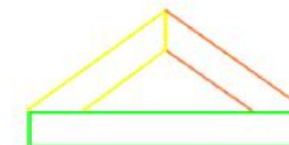


Koupelna



Společenská místnost

Zdroj: vlastní fotografie



DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

TACHOV, U PENZIONU 1711

Dále nabízíme:

- celoroční nepřetržitou ošetrovatelskou péči zajištěnou pracovníky v sociálních službách,
- jednoduché rehabilitační úkony (na základě doporučení lékaře) prováděné fyzioterapeutem,
- pomoc ergoterapeuta v nácviku soběstačnosti,
- fakultativní činnosti.

Domov zprostředkovává:

- lékařskou péči praktického lékaře (1x týdně),
- lékařskou péči psychiatra (1x týdně),
- pomoc/podporu psychologa (dle domluvy),
- kadeřnické služby (2x týdně),
- duchovní, římskokatolickou, podporu (1x týdně).

Život v domově

V domově probíhají během týdne různé aktivity, které jsou upraveny v týdenním programu.

Osobám nabízíme:

- skupinové cvičení,
- individuální cvičení na pokojích osob,
- canisterapii,
- muzikoterapii,
- individuální reminiscenční terapii (práce se vzpomínkami),
- trénování paměti,
- ruční práce,
- společenské hry,
- filmový klub,
- literární klub (předčítání).

Kromě pravidelných aktivit pořádáme různé kulturní a společenské akce (např. vystoupení souborů, besedy a přednášky na různá témata, turnaje společenských her, sportovní dny, taneční zábavy, oslavy významných událostí, grilování...) V nabídce nechybí ani výlety za kulturními památkami.

Vydáváme vlastní časopis "Senior".



Kontakty na náš domov

Domov se zvláštním režimem Tachov
U Penzionu 1711
347 01 Tachov

Tel.: 374 723 357
Tel., fax: 374 723 445 (vedoucí)

vedoucí DZR:

ing. Jaroslava Kovářová
e-mail: dsup.vedouci@csstachov.cz

sociální pracovnice:

Bc. Simona Peteříková, DiS.
e-mail: dsup.socialni.pracovnice@csstachov.cz

www.csstachov.cz



Domov se zvláštním režimem (dále jen „DZR“) je situován ve dvou spodních patrech budovy. Ostatní prostory slouží domovu pro seniory.

Cílová skupina

- osoby trpící stařeckou, atroficko-degenerativní (demenci Alzheimerova typu), ischemicko-vaskulární demencí a demencí v důsledku Parkinsonovy choroby
- osoby se sníženou soběstačností (v důsledku svého onemocnění), které potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby

věková struktura cílové skupiny:

- osoby od 60 let výše

Celková kapacita: 45 osob

Popis budovy

V obou patrech DZR se nachází společenská místnost s televizorem, společná koupelna s hydraulicky posuvnou vanou a sprchou, jídelna s kuchyňkou a místnost zaměstnanců (sesterna).



Součástí jednoho patra je rukodělná dílna a v druhém patře se nachází relaxační místnost.

Chodby domova jsou barevně členěny. **Pohyb** v prostorách domova je částečně **bezbariérový**.

Ze spodního patra je možný přímý vstup do zahrady s altánem, z vyššího patra do atria.

Součástí budovy je v přízemí vestibul s recepcí, velká jídelna, kanceláře, ordinace lékaře, sesterna, výuková místnost s osobním počítačem a připojením k internetu, místnost pro odborné ošetření nohou, rehabilitační místnost a kadeřnictví.

Osoby mohou v prostorách domova dále využít ostatní společenské (návštěvní) místnosti; knihovnu; tělocvičnu; modlitebnu; kuřárnu.



Poskytované služby

- ubytování (ubytování, úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla, žehlení) v jednolůžkových (41) a dvoulůžkových (2) pokojích. Pokoje jsou vybaveny nábytkem (zdravotní postel, noční stolek, skříň, jídelní stůl, židle), signalizačním zařízením, sociálním zařízením s WC, sprchovým koutem a instalovanými madly.

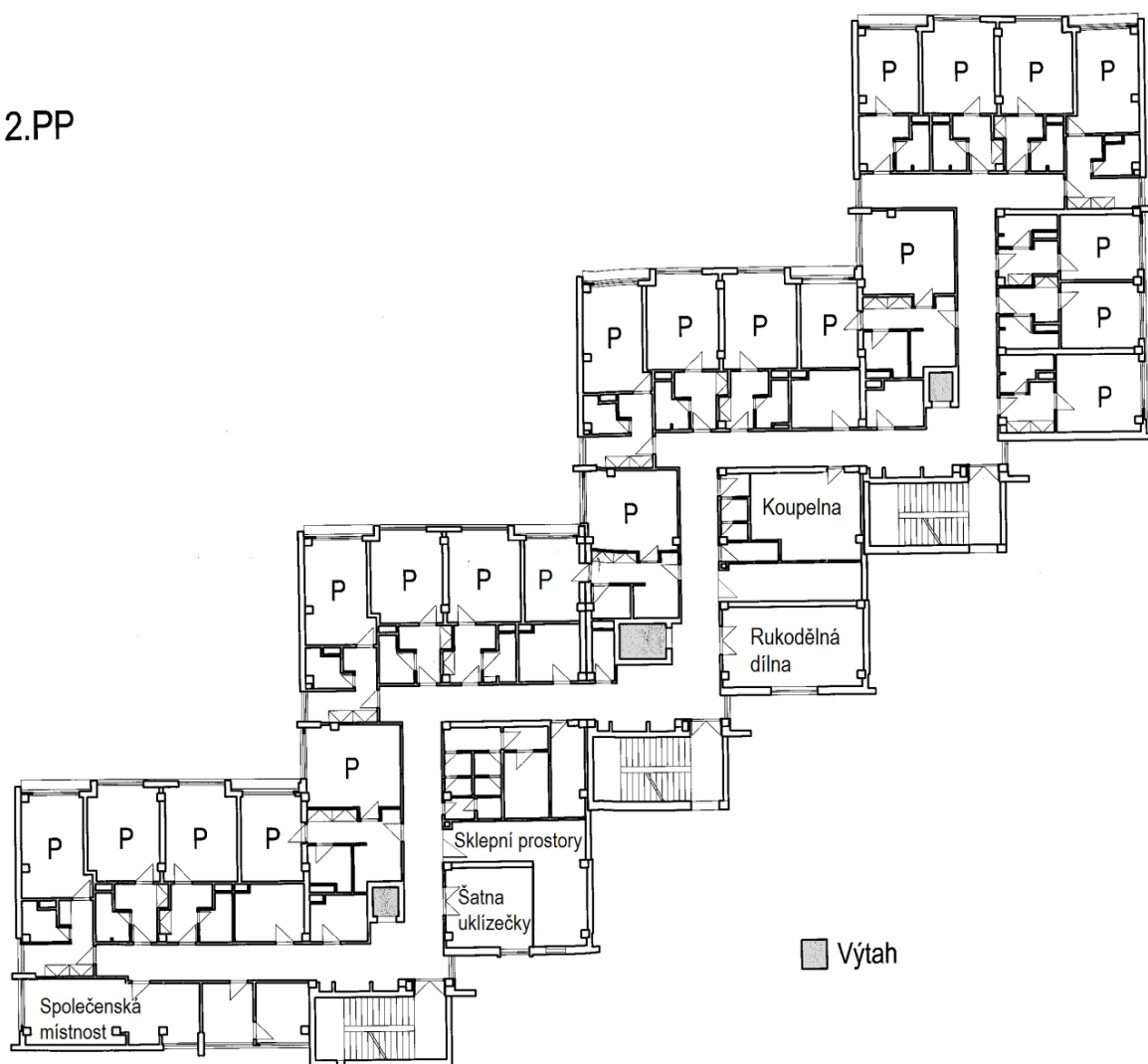


- celodenní stravování v rozsahu 5 hlavních jídel vč. dietní a diabetické stravy podávané v jídelně nebo na pokojích osob,
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické a aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Stavební řešení 2. PP

Stávající stav

2.PP

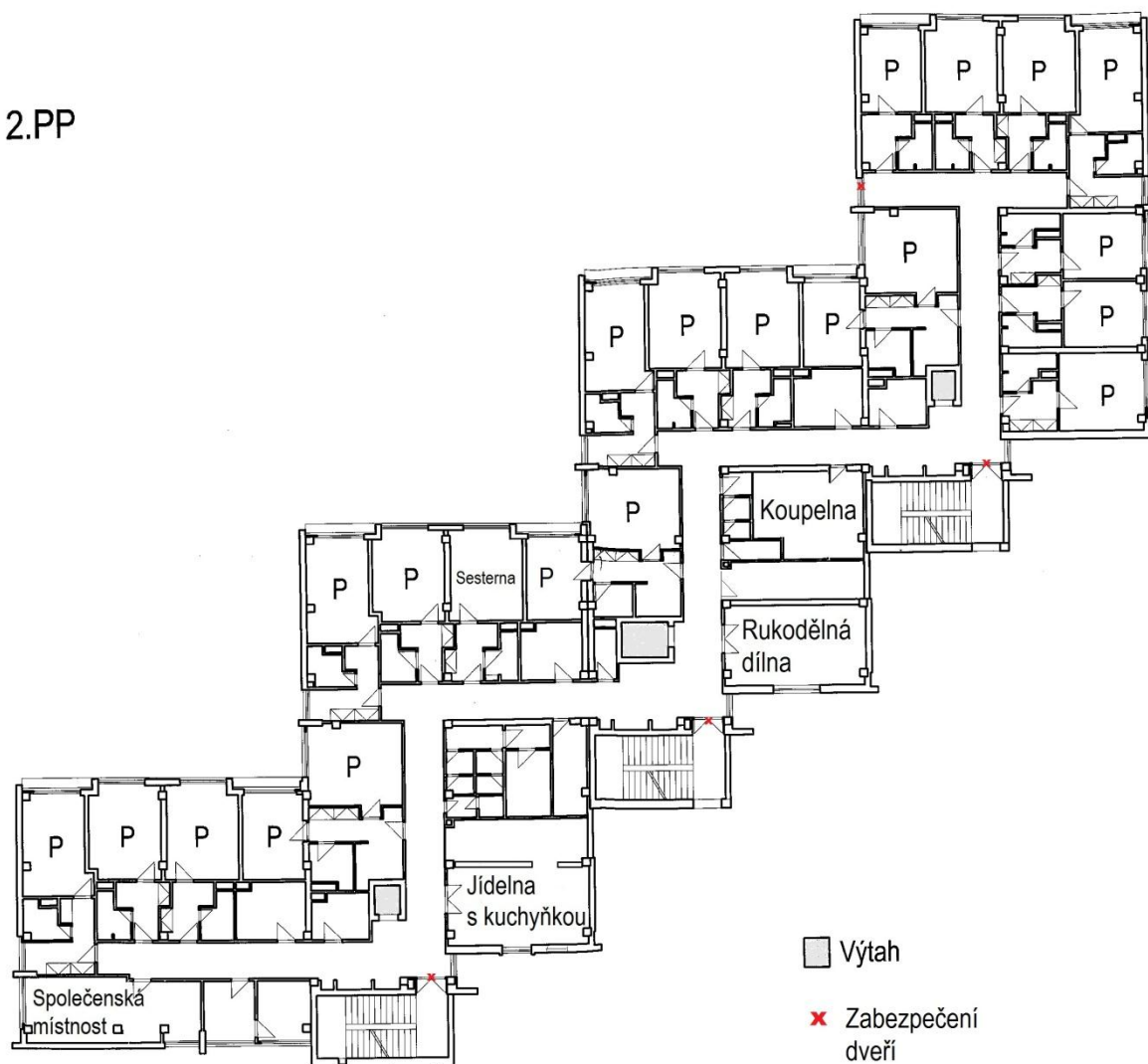


Zdroj: Projektová dokumentace domova pro seniory zpracovaná firmou CH-Projekt

Stavební řešení 2. PP

Plánovaný stav

2.PP



Zdroj: vlastní návrh

Stavební řešení 1. PP

Stávající stav

1.PP



Zdroj: Projektová dokumentace domova pro seniory zpracovaná firmou CH-Projekt

Stavební řešení 1. PP

Plánovaný stav

1.PP



Zdroj: vlastní návrh

Návrh skupinových aktivit pro uživatele DZR

Pondělí	8:00 - 8:45	Skupinové předčítání	jídelna
	9:00 - 10:00	Ruční práce	rukodělná dílna
	13:30 - 14:30	Muzikoterapie	společenská místnost

Úterý	8:00 - 8:45	Skupinové cvičení	jídelna
	9:00 - 10:30	Canisterapie	společenská místnost
	13:30 - 14:00	Trénování paměti	rukodělná dílna
	14:00 - 15:00	Společenské hry	jídelna

Středa	8:00 - 8:45	Skupinové předčítání	jídelna
	9:00 - 10:00	Ruční práce	rukodělná dílna
	13:30 - 14:30	Společenské hry	jídelna
	14:00 - 15:00	Mše	modlitebna

Čtvrtek	8:00 - 8:45	Skupinové cvičení	jídelna
	9:00 - 10:30	Canisterapie	společenská místnost
	13:30 - 14:00	Trénování paměti	rukodělná dílna
	14:00 - 15:00	Společenské hry	jídelna

Pátek	8:00 - 8:45	Skupinové předčítání	jídelna
	9:00 - 10:00	Ruční práce	rukodělná dílna
	13:30 - 15:00	Filmový klub	společenská místnost

Sportovní klub - 4x ročně

Křeslo pro hosta - 2x ročně

Mimo uvedené časy je realizována individuální aktivizační činnost vycházející z individuálních plánů uživatelů.

Zdroj: vlastní návrh

Záznam z ohniskové skupiny

Složení ohniskové skupiny:	fyzioterapeut, ergoterapeut, pracovník v sociálních službách A., pracovník v sociálních službách M.
Datum setkání skupiny:	12. 10. 2011

V úvodu byli členové skupiny seznámeni se záměrem, kdy v rámci diplomové práce je zpracováván koncept projektu na transformaci, změnu, části zařízení na domov se zvláštním režimem. Koncept projektu upravuje věci týkající se financí, stavebních úprav, technických záležitostí... Realizace služby je záležitostí min. 3 let.

Členové seznámeni s plánovanou kapacitou a současným stavem osob trpící demencí. Všichni členové skupiny souhlasí s navrhovanou kapacitou. Uvádí, že nebude problém kapacitu naplnit, neboť v současné době do domova přichází jenom „špatní lidé“.

Od zaměstnanců v této skupině byl záměr zjistit informace týkající se provozu, např. co by je tížilo, potřeba dalších zaměstnanců...

Máte dostatek informací o domově se zvláštním režimem a jeho činnostech?

Fyzioterapeut a ergoterapeut shodně uvádějí, že mají dostatek informací. Pracovníci v sociálních službách (dále jen PSS) nemají o práci s těmito uživateli jasnou představu.

Jaké změny si podle Vás vyžádá přechod na DZR?

Návrh ergoterapeuta umístit tuto službu do vrchních pater. Při hodnocení umístění bylo shledáno, že na spodních patrech jsou východy, některé služby a tak by se jako ideálnější, pro umístění domova se zvláštním režimem, jevila vrchní patra. PSS M. oponuje, že v 1. PP je átrium, které by mohlo být využito pro pobyt lidí venku.

Fyzioterapeut nápad vzniku DZR kvituje. Uvádí, že v současné době je práce neúčinná a zaměřuje se spíše na „lepší osoby“.

PSS se zajímali, zda pracovníci na daném oddělení budou stáli nebo se budou na odděleních střídat. Seznámeni se záměrem – pracovníci vymezení pro DS, pracovníci vymezení pro DZR a pracovníci společní. Ergoterapeut upozornil na zvýšené riziko syndromu vyhoření. Navrhuje střídání zaměstnanců režimu DZR a DS – odstranění rivality, střídání činností. PSS A. zajímá interval střídání. PSS M. uvádí, že pokud se budou zaměstnanci střídat, budou lidé zmatení. K názoru se přidává i fyzioterapeut. PSS

M. uvádí, že by výměnu mezi režimy řešila u konkrétních případů. Seznámeni se záměrem pravidelné supervize.

PSS A. zajímá systém přijímání návštěv. Seznámena s návrhem.

Na otázku chybějícího vybavení ergoterapeut uvádí, že bude nutné trojnásobně navýšit pomůcky pro ergoterapii – piktogramy, houpačka, posazovací pytel (pro zklidnění uživatelů). Všichni zaměstnanci se shodují na úpravě prostor, neboť je nutné vytvořit manipulační prostor.

Seznámeni s navrhovaným počtem zaměstnanců. Fyzioterapeut by chtěl na každé patro zvláštního režimu jednoho fyzioterapeuta a na zbývající kapacitu také fyzioterapeuta. Uvedl, že 1 ergoterapeut má v současné době také hodně práce. Vysvětleno, že by odborně (metodicky) vedl aktivizační pracovníky, o které je navýšen počet zaměstnanců.

Na denní směnu jednoho patra zvláštního režimu je podle přítomných potřeba min. 3 PSS a bylo by vhodné soustředit uživatele pohromadě dle stavu.

Fyzioterapeut navrhuje nelpět tolik na jednolůžkových pokojích, neboť osoby nebudou mezi čtyřmi stěnami. Ergoterapeut dodává, že na vícelůžkových pokojích mají uživatelé alespoň minimální podněty. Je důležité zapojit smysly uživatelů. Tito osoby si neumí najít aktivitu a tak ji potřebují nabídnout. Rovněž PSS uvítají vícelůžkové pokoje.

Ergoterapeut upozorňuje, že u těchto osob musí bezpodmínečně fungovat tým, který bude jednotný.

Nutné také změnit systém přijímání zájemců o službu. Vhodné uskutečňovat sociální šetření před nástupem zájemce do domova. Na sociální šetření vysílat zaměstnance domova. Užší spolupráce zaměstnanců s rodinou/zájemcem při podávání žádosti. V případě zvláštního režimu by realizace sociálního šetření byla nutnou součástí služeb. Členové skupiny dotázáni na potřebnost dalších odborníků, kteří v současné době v domově chybí a byli by potřeba. Předkladatel uvádí psychiatra – 1x týdně, uvědomuje si jeho nedostatek, což potvrzuje i fyzioterapeut. Ergoterapeut navrhuje psychologa. I s jeho dostupností bude problém. Ergoterapeut zmiňuje, že není potřeba přijímat odborné pracovníky. Je ochoten zaškolit PSS nebo jiné pracovníky v určitých oblastech činnosti. Věnoval by se i bazální stimulaci.

Myslíte si, že se pro Vás vytvořením DZR něco zásadního změní? Co konkrétně?

Přítomní zaměstnanci se shodují, že práce bude psychicky a časově náročnější.

Myslíte si, že jste dostatečně připraveni na tuto změnu nebo byste ještě něco potřebovali?

Návrh PSS a ergoterapeuta před rozhodnutím zaměstnanců o místě výkonu navštívit nějaký domov se zvláštním režimem a pohovořit s tamějšími zaměstnanci přímé péče.

Jste ochotni se kvůli transformaci dále vzdělávat (např. v oblasti metod práce s osobami trpícími demencí...)
Obě PSS se zajímají, zda pokud přejdou do DZR budou muset absolvovat další kurz. Informováni, že vzdělávání bude řešeno formou jiného zaměření školení, seminářů (péče o osoby trpící demencí, alternativní komunikace...). Obě přítomné PSS přivítají vzdělávání v dané oblasti. Fyzioterapeut a ergoterapeut uvádí, že pro PSS bude nejdůležitější pochopit systém práce a komunikace s těmito osobami.
Jak si myslíte, že je vhodné uživatele seznámit a usnadnit přechod na změnu? (individuální přístup, vedení k plánování, zapojení...)
Všichni přítomní se shodují, že bude nutné seznámit se změnou především rodinné příslušníky. Fyzioterapeut uvádí, že pokud budou do DZR umístěni pouze lidé trpící demencí nedojde k žádným problémům.
S jakou skupinou uživatelů (pracoviště) byste chtěli pracovat? DS nebo DZR?
Přítomné PSS dotázáni, zda by chtěli pracovat s osobami trpícími demencí nebo v DS. PSS A. by to bylo jedno a přiklání by se ke střídání. Při rozhodnutí zda v DS nebo DZR se přiklání k práci s lidmi v domově. PSS M. by nevadila práce s DZR. Fyzioterapeut uvádí, že je tvořivý typ a tak by chtěl zůstat v domově, neboť práce v DZR by pro něj byla velmi stereotypní. Ergoterapeut uvádí, že je důležité pracovat se zaměstnancem ihned od začátku, již při samotném výběru. PSS M. uvádí, že bude důležité, aby na oddělení DZR pracovali lidé s praxí a osobnostními předpoklady. Fyzioterapeut zdůrazňuje, že každý je jiný a je důležité si rozmyslet, zda danou práci vydrží a ne se rozhodovat podle peněz.

Zapsal: Petěříková

V Tachově 17. 10. 2011