

Projekt zlepšení kvality sociálních služeb ve vztahu k nákladům o.s. Hvězda

Bc. Kateřina Nevařilová

Diplomová práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

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

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Kateřina NEVAŘILOVÁ**
Osobní číslo: **M10402**
Studijní program: **N 6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Management a marketing**

Téma práce: **Projekt zlepšení kvality sociálních služeb ve vztahu k nákladům o.s. Hvězda**

Zásady pro vypracování:

Úvod

I. Teoretická část

- Zpracujte teoretické poznatky z marketingu a marketingového managementu ve zdravotnictví s důrazem na řízení kvality sociálních služeb.
- Definujte východiska pro řízení nákladů v sociálních službách.

II. Praktická část

- Provedte analýzu finanční politiky zdravotních pojišťoven ve vztahu k sociálním službám a analýzu řízení nákladů ve společnosti o.s. Hvězda.
- Analyzujte současnou kvalitu sociálních služeb ve společnosti o.s. Hvězda.
- Na základě analýzy zpracujte projekt zlepšení kvality sociálních služeb ve vztahu k nákladům o.s. Hvězda.
- Zhodnoťte projekt z hlediska jeho implementace do praxe.

Závěr

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

Seznam odborné literatury:

HANNAGAN, T. Marketing pro neziskový sektor. Praha: Management Press, 1996. 205 s. ISBN 80-85943-07-7.

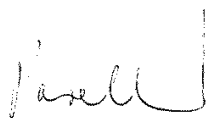
KUZNÍKOVÁ, I. a kol. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

MÁTĽ, O. a JABŮRKOVÁ, M. Kvalita péče o seniory, řízení kvalit dlouhodobé péče v ČR: [výstupy z aplikovaného výzkumu]. Praha: Galén, 2007. 175 s. ISBN 978-80-7262-499-7.

PAYNE, A. Marketing služeb. Praha: Grada, 1996. 247 s. ISBN 80-7169-276-X.


Vedoucí diplomové práce: **Ing. Pavla Staňková, Ph.D.**
Ústav managementu a marketingu
Datum zadání diplomové práce: **26. března 2012**
Termín odevzdání diplomové práce: **2. května 2012**

Ve Zlíně dne 26. března 2012



prof. Dr. Ing. Drahomíra Pavelková
děkanka

L.S.



Ing. Pavla Staňková, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že:

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹;
- diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému,
- na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²;
- podle § 60³ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;

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

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

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

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

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

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

- podle § 60⁴ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že:

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

Ve Zlíně 24. 7. 2012.

Isaurová

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

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

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá kvalitou sociálních služeb ve střediscích občanského sdružení Hvězda z pohledu jejich uživatelů. Teoretická část shrnuje dostupné informace o sociálních službách, neziskovém sektoru, marketingu ve zdravotnictví a nákladech ve zdravotnictví a sociálních službách. Praktická část obsahuje analýzy a dotazníkové šetření, napomáhající ke zjištění současného stavu v oblasti kvality sociálních služeb. Na základě provedených analýz je zpracován projekt na zlepšení kvality sociálních služeb ve vztahu k nákladům občanského sdružení Hvězda. Na závěr je projekt podroben časové, nákladové a rizikové analýze a zhodnocen z hlediska jeho implementace do praxe.

Klíčová slova: neziskový sektor, marketing ve zdravotnictví, sociální služby, kvalita, stáří, náklady, STEP analýza, Porterův pětifaktorový model konkurence, marketingový výzkum, SWOT analýza.

ABSTRACT

The Master thesis deals with the quality of social services in the centres of civic society Hvězda in terms of their users. The theoretical part summarizes available information about social services, non-profit sector, marketing in health care and costs in health care and social services. Practical part includes analysis and questionnaire used for finding out present situation in field quality of social services. Based on these analyses, the project of improving the quality of social services in relation to the costs of the civic association Hvězda is worked up. Finally, the project is subjected to time, cost and risk analysis and evaluated in terms of its implementation into practice.

Keywords: non-profit sector, marketing in health care, social services, quality, old age, costs, STEP analysis, Porter's five forces model, marketing research, SWOT analysis.

„Důkazem vysokého vzdělání je schopnost mluvit o největších věcech nejjednodušším způsobem.“

Ralph Waldo Emerson

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Ing. Pavle Staňkové, Ph.D., která odborně vedla mou diplomovou práci a byla mi nápomocna při řešení dílčích problémů.

Dále děkuji panu PaedDr. Jiřímu Schinckemu, předsedovi Kontrolní komise občanského sdružení, za jeho vstřícnost a za to, že mi umožnil zpracovat diplomovou práci v občanském sdružení Hvězda.

V neposlední řadě také děkuji pracovníkům a klientům občanského sdružení za ochotnou spolupráci a za poskytnuté informace, které sloužili ke zpracování mé diplomové práce.

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

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 NEZISKOVÝ SEKTOR.....	13
1.1 CHARAKTERISTIKA NEZISKOVÝCH ORGANIZACÍ.....	13
1.1.1 Typy neziskových organizací.....	13
1.2 MARKETING V NEZISKOVÉM SEKTORU	14
2 MARKETING VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	16
2.1 SEGMENTACE TRHU	16
2.2 MARKETINGOVÁ STRATEGIE.....	17
2.3 MARKETINGOVÝ MIX.....	18
2.3.1 Produkt – výrobky a služby	18
2.3.2 Cena	18
2.3.3 Distribuce	19
2.3.4 Propagace	19
2.3.5 People – vztahy k lidem.....	20
2.4 MARKETINGOVÝ VÝZKUM.....	20
2.4.1 Proces marketingového výzkumu.....	20
2.4.2 Dotazování	22
2.4.3 Typologie otázek	22
3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	23
3.1 ČLENĚNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	23
3.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ	24
3.3 VYMEZENÍ POJMU KVALITY ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE.....	24
3.3.1 Znaky kvality sociální péče.....	25
3.3.2 Management kvality	26
3.3.3 Zajištění kvality sociálních služeb.....	27
4 STÁRNUTÍ, STÁŘÍ A SENIOR.....	28
4.1 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ.....	28
4.2 SLUŽBY POSKYTOVANÉ V DOMOVECH PRO SENIORY A V DOMOVECH SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	29
4.2.1 Služby poskytované ze zákona.....	29
4.2.2 Další činnosti poskytované v pobytovém sociálním zařízení	31
4.3 KOMUNITNÍ PLÁNOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	32
5 NÁKLADY VE ZDRAVOTNICTVÍ A SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	33
5.1 ZÁKLADNÍ POJMY	33
5.2 ŘÍZENÍ NÁKLADŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	33
5.3 KLASIFIKACE NÁKLADŮ	33
5.3.1 Druhové členění nákladů	34
5.3.2 Účelové členění nákladů	34
5.3.3 Členění nákladů podle vztahu k objemu produkce.....	35
5.3.4 Manažerské pojetí nákladů.....	36

5.4	ŘÍZENÍ NÁKLADŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	37
5.4.1	Zdroje financování sociálních služeb	38
	SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....	39
	II PRAKTICKÁ ČÁST	40
6	CHARAKTERISTIKA ORGANIZACE.....	41
6.1	POSLÁNÍ A CÍL ORGANIZACE	41
6.2	ANALÝZA VNĚJŠÍHO PROSTŘEDÍ.....	41
6.2.1	STEP analýza	41
6.2.2	Porterův pětifaktorový model konkurenčních sil	47
6.2.3	Analýza finanční politiky zdravotních pojišťoven	59
6.3	ANALÝZA VNITŘNÍHO PROSTŘEDÍ	60
6.3.1	Orgány sdružení	60
6.3.2	Odborné sekce	60
6.3.3	Marketing a management v organizaci.....	63
6.3.4	Řízení nákladů v organizaci	63
7	ANALÝZA SOUČASNÉ KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ORGANIZACI „HVĚZDA – OBČANSKÉ SDRUŽENÍ“	69
7.1	CÍL PRŮZKUMU	69
7.2	MÍSTO REALIZACE VÝZKUMU.....	70
7.3	STANOVENÍ PLÁNU VÝZKUMU.....	70
7.4	HYPOTÉZY	70
7.5	PREZENTACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	71
7.5.1	Výsledky dotazníků pro příbuzné klientů Hospice Hvězda.....	71
7.5.2	Výsledky dotazníků pro klienty Středisek Dům seniorů a Dům služeb seniorům.....	73
7.6	TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ.....	76
8	SWOT ANALÝZA ORGANIZACE „HVĚZDA – OBČANSKÉ SDRUŽENÍ“	81
8.1.1	Plus/mínus matice analýzy SWOT	82
9	PROJEKT ZLEPŠENÍ KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB VE VZTAHU K NÁKLADŮM O.S. HVĚZDA.....	84
9.1	ZÁKLADNÍ INFORMACE O PROJEKTU	84
9.2	CÍLOVÁ SKUPINA PROJEKTU	84
9.3	SCHÉMA NAVRŽENÉ STRATEGIE	85
9.4	ROZŠÍŘENÍ NABÍDKY AKTIVIZAČNÍCH ČINNOSTÍ.....	85
9.4.1	Zavedení konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelských metod o.s. Hvězda	88
9.4.2	Analýza výše nákladů na zavedení konceptu do praxe	90
9.4.3	Financování konceptu Bazální stimulace.....	91
9.4.4	Akční plán na zavedení konceptu Bazální stimulace	95
9.4.5	Zařazení canisterapie do volnočasových aktivit o.s. Hvězda.....	98
9.4.6	Poskytovatelé canisterapeutických služeb ve Zlínském kraji	99
9.4.7	Analýza výše nákladů na zavedení canisterapie.....	101
9.4.8	Akční plán činnosti.....	102

9.5	PROFESNÍ ROZVOJ ZAMĚSTNANCŮ.....	103
9.5.1	Vzdělávací a komunitní centrum Integra Vsetín o.p.s.....	104
9.5.2	Základní informace o projektu KOVPIC II	104
9.5.3	Akční plán činnosti.....	105
9.6	ČASOVÁ ANALÝZA PROJEKTU	106
9.7	NÁKLADOVÁ ANALÝZA PROJEKTU	109
9.8	RIZIKOVÁ ANALÝZA PROJEKTU	111
9.9	ZHODNOCENÍ PROJEKTOVÉ ČÁSTI.....	114
	ZÁVĚR	116
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	117
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	121
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	122
	SEZNAM TABULEK	123
	SEZNAM PŘÍLOH	125

ÚVOD

Demografické stárnutí se nejen v Evropě stalo významným sociálním jevem a potenciálním sociálním problémem. Podíl starých lidí ve společnosti neustále roste, prodlužuje se délka života ve stáří a porodnost klesá, tento trend bude podle odhadů pokračovat. Stárnutí se v demografickém smyslu netýká pouze jednotlivců, ale celé populace a oproti jednotlivci může stárnoucí populace „omládnout“ zvýšením podílu mladších věkových skupin.

Podle odborníků se věková struktura v České republice do několika let výrazně změní. Již nyní představují senioři necelých 16 % obyvatel, za 20 let už by to mohla být podle odhadů téměř čtvrtina a za půl století už třetina společnosti, tedy téměř 40 %. Podle statistik lze očekávat, že po roce 2040 překročí počet osob starších 65 let 3 miliony obyvatel. Velkým problémem se tak stává nedostatek míst v domovech pro seniory. Již v minulém roce připadalo v České republice jedno lůžko v domovech na 31 osob starších 65 let. Pokud se tato situace nezlepší a nezvýší se významně kapacita lůžek v domovech, stane se tato situace za pár let kritickou.

Největším problémem většiny poskytovatelů sociálních služeb je nedostatek finančních prostředků na jejich provoz. Nejvíce ohroženi jsou právě senioři, lidé bez domova nebo mentálně postižení. V důsledku snižování dotací na sociální služby hrozí zánik některým azylovým domům pro matky s dětmi, domovům pro seniory nebo sociálně terapeutickým dílnám. Bohužel, v době omezování vládních výdajů je pozornost od této závažné problematiky odváděna na jiné priority státu. Pro kraje nebo obce není budování sociálních zařízení příliš lukrativní, domovy pro seniory tak zřizuje čím dál více neziskových organizací nebo podnikatelů. Politici by si ovšem měli uvědomit, že senioři budou tvořit podstatnou část jejich voličů, proto by na jejich potřeby měli brát ohled.

Oblast sociálních služeb se již několik let také potýká s nedostatkem kvalifikovaného personálu a častou fluktuací zaměstnanců. Pracovníci v sociálních službách totiž patří k všeobecně nejhůře ohodnocovaným pracovníkům na trhu práce. Nízké platy a výrazná fluktuace se mohou brzy odrazit na kvalitě poskytované péče.

Česká i světová společnost se nachází v nové, dosud neznámé situaci, na kterou je třeba včas reagovat, a to nejen na úrovni nás jednotlivců, ale také celé společnosti.

TEORETICKÁ ČÁST

1 NEZISKOVÝ SEKTOR

Na neziskový sektor je možné se dívat ze dvou pohledů, a to jako na segment národního hospodářství a jako na prvek občanské společnosti. Občanská společnost je taková, která má zájem se aktivně účastnit, diskutovat a zaujímat stanoviska ke společenskému nebo politickému dění v dané oblasti (Bačuvčík, 2006, s. 25).

Neziskový sektor je důležitou součástí ekonomického, ale také politického prostředí každé vyspělé země. Jedná se o sektor, ve kterém je důležitá dobročinnost či dobrá vůle jedinců dané společnosti. Není řízen státem ani podniky, ale vzniká na základě potřeby a účasti občanů (Bachmann, 2011).

1.1 Charakteristika neziskových organizací

Neziskové organizace lze podle Šimkové (2006, s. 10) charakterizovat dle následujících znaků:

- nejsou založeny za účelem podnikání,
- nejsou založeny za účelem dosažení zisku, ale užitku,
- jsou právními osobami (výjimku tvoří organizační složky),
- mají uspokojovat konkrétní potřeby občanů a komunit,
- mohou, ale nemusí být financovány z veřejných rozpočtů.

Bačuvčík (2006) ve své knize uvádí, že však neznamená, že by neziskové organizace nemohly vytvářet zisk nebo že by jejich provoz byl zadarmo. Pokud neziskové organizace vytvoří účetní zisk, nesmí jej ovšem rozdělit mezi své zakladatele či zaměstnance, ale musí je dále použít například na rozvoj a zlepšení poskytovaných služeb.

1.1.1 Typy neziskových organizací

Neziskové organizace často poskytují služby, které zisk sice nepřinášejí, ale jsou považovány za potřebné. Patří k nim například sociální služby, zaopatření osob v nouzi, vzdělávání pro znevýhodněné studenty nebo zařízení pro volný čas.

Bačuvčík (2006) dělí neziskové organizace do následujících kategorií:

a) podle právní normy a zakladatele:

- *veřejnoprávní organizace* – jsou to organizace založené státní a veřejnou správou, např. organizační složky (mateřská škola) nebo příspěvkové organizace (muzea, divadla atd.)

- *veřejnoprávní instituce* – vznik těchto institucí vyplývá jako povinnost daná zvláštním zákonem (např. veřejná vysoká škola, Česká národní banka atd.)
- *soukromoprávní organizace* – jsou to organizace založené fyzickou nebo právnickou osobou – např. občanská sdružení, nadace, církevní organizace atd. Zvláštním případem jsou také obchodní společnosti s výhradou neziskového poslání (např. akciové společnosti, kdy z jejich statusu vyplývá právě neziskové poslání)

b) podle charakteru poslání:

- *organizace veřejně prospěšné* – produkují kombinace veřejných a soukromých statků, které uspokojují potřeby společnosti (např. sociální služby, vzdělávání)
- *organizace vzájemně prospěšné* – tyto organizace jsou založeny za účelem uspokojení potřeb svých členů (např. odbory, profesní sdružení). Činnost těchto organizací nesmí být v rozporu se zájmy společnosti, postupně se mohou posunout k poskytování veřejně prospěšných služeb.

c) podle způsobu financování:

- *z veřejných rozpočtů* – a to buď **zcela** (např. organizační složky obcí, které jsou vázány na státní nebo obecní rozpočet), nebo **částečně** (např. příspěvkové organizace)
- *ze soukromých zdrojů* – například formou darů, sponzorských příspěvků, nadací, grantů atd.
- *z vlastních činností* – například platby za poskytované služby (kultura, sociální sféra)
- *z více zdrojů* – například kombinace veřejných i soukromých zdrojů

1.2 Marketing v neziskovém sektoru

„Marketing je součástí procesu řízení, zaměřuje se na identifikaci, předvídání a uspokojování požadavků zákazníka.“ (Šimková, 2006, s. 95)

Potřeba marketingu v neziskových organizacích vyplývá z důležitosti kvality poskytované služby. Marketing je důležitou součástí organizace veřejného neziskového sektoru, jehož cílem a posláním je uspokojovat přání uživatelů služeb. Důležité je, aby zajistil komunikaci s veřejností a aby tato veřejnost byla seznamována s posláním organizace (Hannagan, 1996, s. 28).

Marketing neziskových organizací se nezaměřuje jen na spotřebovatele služeb, ale hlavně na ty, kteří je financují. Také v důsledku existence tržní konkurence je pro neziskové organizace marketing velmi důležitý. Nejen proto, že neziskové organizace mají zájem poskytovat stejné služby stejným segmentu klientů, ale zejména proto, že organizace usilují o stejné zdroje financování. Veřejné rozpočty jsou rok od roku omezenější, ale žádosti o finanční podporu neustále rostou.

Hlavním problémem zavádění marketingového řízení v neziskových organizacích je to, že pracovníci jsou příliš přesvědčeni o dokonalosti a výhodách svých služeb, ale nepotřebují je nikomu jinému vysvětlit. Problémem je také to, že ve většině neziskových organizací nemají marketingové aktivity žádný systém, protože pracovníci nemají příliš zkušeností či znalostí v oblasti marketingu. (Bačuvčík, 2006) Ovšem také v neziskovém sektoru je důležité, aby jednotlivé organizace byly důvěryhodné a schopné vhodně komunikovat s veřejností. Klíčové je tak změnit názor lidí na potřebu marketingu v neziskových organizacích.

Definice marketingu v řízení neziskové organizace zní podle Bačuvčíka (2006, s. 23) následovně: „*Marketing jako cílené, profitově orientované jednání je pro neziskovou organizaci klíčovou aktivitou řízení, která prostupuje všechny úrovně její činnosti a která směřuje k identifikaci, předvídání a uspokojování potřeb uživatelů služeb k naplnění filantropických potřeb organizace samotné i jejích podporovatelů.*“

2 MARKETING VE ZDRAVOTNICTVÍ

V řadě vyspělých ekonomik dnes dominuje oblast služeb a s příchodem konkurence tak roste význam marketingu služeb (Payne, 1996, s. 9).

System zdravotnictví je součástí celého celku péče o zdraví, který je však velmi složitý a vyžaduje existenci celé řady dalších podsystémů. Marketing ve zdravotnictví má podle Zlámala (2006) omezenější rámec než v jiných oborech lidské činnosti. Důsledkem jsou vlivy, které do jisté míry determinují možnost využití marketingu v systému řízení zdravotnických institucí.

Marketing ve zdravotnictví obecně spočívá v organizování všech aktivit zaměřených na uspokojování potřeb a požadavků klientů, kteří užívají zdravotnické služby (Zbořil, 2004).

2.1 Segmentace trhu

Pacienti zdravotnického zařízení tvoří velmi heterogenní segment. Pokud chce poskytovatel zdravotnických služeb získat více pacientů, musí se zaměřit na konkrétní cílové skupiny, na které pak může zaměřit své marketingové aktivity. (Zbořil, 2004) Segmentace tedy znamená rozdělení celkového trhu na menší počet homogenních skupin klientů (pacientů), kteří mají stejné požadavky na služby či produkty. Tyto skupiny lidí jsou tedy vnitřně homogenní a mezi sebou co nejvíce heterogenní.

V případě například hospiců tvoří hlavní cílovou skupinu osoby s nevléčitelnou nemocí a umírající lidé. Vedlejší cílové skupiny jsou potom představovány rodinnými příslušníky klientů, dobrovolníky a také zúčastněnými skupinami odborníků. Hospic je specializované zařízení, které poskytuje tzv. paliativní péči (péče zaměřená na úlevu od bolesti) nevléčitelně a těžce nemocným osobám, ale také nabízí následnou péči pro pozůstalé. (Student, Mühlum a Student, 2006)

Koncentrace lékařů na určité cílové skupiny pacientů zlepšuje jejich konkurenční postavení, ale také vede ke zvýšení kvality poskytované zdravotní péče. Při rozdělování trhu na určité segmenty je důležité stanovit, jaká budou hlediska pro toto rozdělení. Hledisek segmentace existuje celá řada, Zlámal (2006) ve své knize uvádí následující:

Geografické hledisko – poskytovatel zdravotnických služeb se může zaměřit například na určitý kraj, město či venkov.

Demografické hledisko – poskytovatel zdravotnických služeb se může zaměřit na klienty podle věku či pohlaví (např. pediatr nebo gynekolog).

Socioekonomické hledisko – zaměření zdravotnických služeb podle sociálního postavení klientů, zaměstnání.

Psychologické a psychografické hledisko – zde se zohledňuje například osobnost klienta, povahové vlastnosti, zájmy, preference nebo životní styl. Např. ženy mohou při vyšetření preferovat lékařku před lékařem.

Hledisko segmentace podle dodavatelů zdravotnických služeb – na trhu zdravotnických služeb existuje velká konkurence, např. konkurence v oblasti privátních lékařů, na trhu s léky nebo zdravotnickými přístroji, které se liší v ceně, kvalitě či dodacích podmínkách.

Hledisko prospěchu klienta – rozdělení klientů podle toho, jaký prospěch od služby či produktu očekávají (např. nízká cena nebo vysoká kvalita).

Hledisko příležitosti – vytvoření segmentů podle příležitostí, které následně vedou k rozhodnutí o využití služby či produktu (např. medializace možnosti rozšíření klíčové infekce vede k nárůstu návštěv zdravotnických zařízení aj.).

Hledisko času a intenzity užívání – vytváření segmentu podle toho, zda je služba či výrobek používán pravidelně, výjimečně či vůbec.

2.2 Marketingová strategie

Podle Zbořila (2004) je po identifikaci cílových skupin třeba formulovat marketingové strategie, které slouží k dosažení stanovených cílů. Podle autora jsou marketingové strategie zdravotnických služeb následující:

- *strategie vývoje nových služeb* - lékaři mění stávající strukturu služeb nebo poskytují zcela nové služby;
- *strategie rozvoje trhu* - lékaři se snaží získat nové pacienty;
- *strategie koncentrace na stávající pacienty*;
- *strategie diferenciac*e - lékaři zavádí nové služby pro nové pacienty;

V praxi se většinou uplatňuje kombinace všech čtyř uvedených marketingových strategií.

2.3 Marketingový mix

Marketingové strategie jsou konkretizovány působením jednotlivých složek marketingové mixu, který ve zdravotnictví tvoří: produkt, cena, distribuce, propagace a vztahy k lidem (Zlámal, 2006).

2.3.1 Produkt – výrobky a služby

Produktem ve zdravotnictví a ve většině neziskových organizací jsou zejména zdravotnické služby, pouze malá část produktů má hmotnou povahu ve formě například léků.

Marketing služeb má určité specifické vlastnosti, které je odlišují od výrobků hmotné podoby. Kotler (2001, s. 424) přisuzuje službám tyto čtyři hlavní vlastnosti:

1. **Nedělitelnost** – pro služby je typické, že výroba a spotřeba probíhá současně, většinou i za přítomnosti zákazníka.
2. **Proměnlivost (heterogenita)** – služby jsou značně proměnlivé, protože závisí na tom, kdo, kdy a kde služby poskytuje.
3. **Nehmotnost** – služby jsou na rozdíl od výrobků nehmotné, nelze si je před koupí prohlédnout ani vyzkoušet.
4. **Pomíjivost (zničitelnost)** – služby nelze skladovat, vliv zničitelnosti zdůrazňuje, že je třeba zajistit dostupnou kapacitu služeb.

Komplexní produkt zdravotnické péče tvoří zejména kvalita poskytované lékařské péče, respekt k pacientovi, tělesné a duševní pohodlí pacienta, způsob informování pacienta a jeho rodiny o zdravotním stavu, zmírnění strachu pacienta atd. (Zlámal, 2006).

2.3.2 Cena

Cena patří také k hodnocení kvality zdravotnických služeb. V oblasti zdravotní péče nejsou ceny zdravotnických služeb stanoveny na základě fungování poptávky a nabídky, ale rozeznáváme dva typy cen, a to **regulované** a **smluvní**. I v případě stanovení ceny zdravotnických služeb by se mělo vycházet z určité hladiny vynaložených nákladů, aby cena pokryla alespoň všechny náklady služeb nebo výrobků. Pohled pacientů na ceny zdravotnických služeb ovlivňují zejména zdravotní pojišťovny, které v různé míře kryjí náklady na zdravotní péči.

2.3.3 Distribuce

Tato složka znamená umístění, dostupnost, cestu, jak se klient dostane ke službě. Z hlediska dostupnosti zdravotní péče má důležitý význam vhodné umístění zdravotnického zařízení, vhodné ordinační hodiny či délka čekání pacientů v čekárně. Zdravotnické zařízení by mělo být umístěno v blízkosti potenciálních pacientů a snadno dostupné veřejnou dopravou. Lékaři by měli ordinovat tak, aby byli dostupní i zaměstnaným pacientům a byli k dosažení také po telefonu (Zbořil, 2004; Zlámal, 2006).

2.3.4 Propagace

Taktéž zdravotnické zařízení musí v konkurenčním prostředí určitým způsobem komunikovat se svými potenciálními či reálnými klienty. Propagace ve zdravotnictví je zaměřena na informování, připomínání nebo přesvědčování určitých cílových skupin. Komunikační mix ve zdravotnictví tvoří tři základní formy, a to: komunikace, reklama a publicita.

Komunikace

Ve zdravotnictví je osobní komunikace nejdůležitějším prvkem, zejména komunikace mezi lékařem a pacientem a mezi personálem zdravotnického zařízení a pacientem. Pacienti velice silně vnímají způsob, jak s nimi jejich lékař mluví a jedná. Lékař při komunikaci s pacientem, ale také jeho rodinou, musí mluvit jasně a musí pacientovi naslouchat a věnovat svou mu pozornost. Špatná komunikace s pacienty či rodinnými příslušníky může zcela znehodnotit a ovlivnit i výborné výsledky lékařských zákroků či kvalitu poskytované péče.

Reklama

Reklama ve zdravotnictví má omezené možnosti, zejména kvůli etickým kodexům zdravotníků. Reklama se uskutečňuje zejména inzercí v novinách, časopisech nebo také reklamou v rozhlasu či televizi. Použitá média závisí především na velikosti lokality, ve které dané zdravotnické zařízení působí. K dalším často využívaním prostředkům reklamy patří zdravotnické brožury či informační prospekty, které patří mezi velmi efektivní marketingové nástroje.

Publicita

Lékař by se měl v zájmu udržení pacientů účastnit společenského a veřejného života, konat zdravotnické přednášky nebo například nabízet své služby charitativním organizacím. Publicita může spočívat také například v zaslání zprávy hromadným sdělovacím prostředkům, když zdravotnické zařízení či lékař koná něco užitečného pro společnost nebo když pro-

vádí unikátní lékařské úkony. Základním smyslem publicity je budovat a udržet dobré jméno zdravotnického zařízení a jeho služeb. Na rozdíl od propagace nebo reklamy, je podstata „public relations“ dlouhodobá, vytváří se dlouhodobě nějaké mínění a image

2.3.5 People – vztahy k lidem

Tento prvek tedy vyjadřuje vztahy k lidem, a to ve dvojitým smyslu. Vztahy managementu zdravotnického zařízení k zaměstnancům, vztahy managementu a zaměstnanců vůči celému okolí. Je důležité si uvědomit, že lidé posuzují organizaci podle toho, jak se k nim chovají všichni členové organizace bez ohledu na funkci. (Zbořil, 2004; Zlámal, 2006)

2.4 Marketingový výzkum

Lékaři by si měli být jisti, že jejich poskytované služby odpovídají cílům jejich praxe, ale především potřebám jejich pacientů. Proto je třeba zjistit, jak pacienti na tyto služby reagují a jak je vnímají (Zbořil, 2004).

Marketingový výzkum lze podle Kotlera (2001, s. 107) definovat jako: „*systematické určování, shromažďování, analyzování a vyhodnocování informací týkajících se určitého problému, před kterým firma stojí.*“

2.4.1 Proces marketingového výzkumu

Proces marketingového výzkumu probíhá podle Zbořila (1996, s. 9) v následujících několika krocích:

1. Definování problému

Definování problému patří mezi nejdůležitější kroky celého marketingového výzkumu, vysvětluje účel výzkumu a určuje také jeho cíle.

2. Specifikace potřebných informací

Informace, které jsou potřebné k zodpovězení otázek a jsou zkoumány v procesu marketingového výzkumu. Obecně jsou informace členěny na:

a) podle prostředí

- *primární* (byly získány vlastním výzkumem a slouží potřebám výzkumu)
- *sekundární* (byly získány někým jiným a k jinému účelu)

b) podle původu

- *interní* (získané od pracovníků nebo ze záznamů vlastní organizace)
- *externí* (informace čerpané mimo organizaci)

c) podle charakteru

- *kvantitativní* (vyjadřují množství, objem, velikost zkoumaných jevů)
- *kvalitativní* (charakterizují zkoumané jevy pomocí kategorií a pojmů)

3. Identifikace zdrojů informací

Informačních zdrojů existuje celá řada. Nejčastěji se dělí na zdroje sekundárních (např. dokumenty organizace, odborné publikace, periodika, databáze atd.) a zdroje primárních údajů (např. experti, pracovníci organizace, konzultanti atd.).

4. Stanovení metod sběhu informací

Závisí na účelu a cílech výzkumu a charakteru zkoumaných informací z hlediska dostupnosti. Marketingové informace mají podle Hannagana (1996, s. 73) charakter buď *kvantitativní* a získávají se především shromažďováním čísel a údajů, nebo mají *kvalitativní* charakter a získávají se kvalitativním výzkumem. Kvalitativní výzkum zjišťuje názory, postoje a příčiny chování lidí a ve většině případů má formu skupinové diskuze nebo individuálního hloubkového rozhovoru.

Mezi hlavní metody sběru informací patří:

- *průzkum od stolu* (informace již byly zjištěny a zpracovány pro jiný účel, jedná se o tzv. sekundární informace),
- *terénní průzkum* (informace ještě nebyly zjištěny, jedná se o tzv. primární informace a lze je získat na základě: pozorování, interview či dotazování).

5. Vypracování projektu výzkumu

Projekt výzkumu představuje plán realizace a také kontroly výzkumu. Plán výzkumu musí být sestaven zvlášť, pro každou studii. Úkolem plánu výzkumu je popsat všechny podstatná fakta, ke kterým v průběhu výzkumu dojde. Plán obsahuje:

- účel studie, definice problému výzkumu,
- cíle výzkumu,
- metodologie, metody výzkumu, které budou použity,
- časový rozvrh a předpokládané náklady,

- přílohy a dodatky, technické detaily realizace výzkumu.

6. Shromáždění informací

V tomto stádiu dochází ke shromažďování informací. Jedná se o nejnáročnější fázi marketingového výzkumu, ve které může dojít k nejvíce problémům.

7. Zpracování a analýza informací

Pracovníci zpracují data do tabulek, grafů a stanoví četnost výskytu sledovaných veličin.

8. Prezentace výsledků

Posledním krokem marketingového výzkumu je prezentace zjištěných výsledků. Prezentovány by měli být pouze ty výsledky, které jsou přínosem pro marketingové strategické rozhodování dané organizace.

2.4.2 Dotazování

Dotazování probíhá formou dotazníku, který obsahuje souhrn otázek, které jsou zaměřené na získání konkrétních informací. V závislosti na zvolené technice dotazování (písemné, osobní, telefonické) musí být zvolen také vhodný typ dotazníku. Jednotlivé otázky se musí týkat daného problému a měly být formulovány srozumitelně, jednoduše a seřazeny v logickém pořadí.

2.4.3 Typologie otázek

Rozeznáváme dva hlavní typy otázek, tzv. **otevřené**, na které respondent odpovídá vlastními slovy a tzv. **uzavřené** otázky, kde je respondentovi nabízen seznam možných odpovědí. Popřípadě je možné zvolit kombinaci obou otázek, tzv. **polootevřené**. Uzavřené otázky mohou mít podobu např.:

- *dichotomické otázky*, které umožňují pouze jednu ze dvou možných odpovědí.
- *výběrové otázky*, které nabízí výběr jedné z několika variant odpovědí.
- *výčtové otázky*, které umožňují respondentovi vybrat jednu nebo více odpovědí.
- *škály*, které slouží k vyjádření postojů a názorů respondenta (Zbořil, 1996).

3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

V zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2006) je sociální službou míněna: „*činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.*“

Šimková (2006) ve své knize uvádí, že největší skupinou příjemců sociálních služeb jsou senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi a lidé, kteří žijí z nějakého důvodu na okraji společnosti. Těmto osobám poskytují sociální služby podporu při zapojování do běžného života a ochranu před sociálním vyloučením ze společnosti.

3.1 Členění sociálních služeb

Podle Šimkové (2006, s. 18) je dělení sociálních služeb následující:

a) Služby sociální péče

Cílem těchto služeb je odstranění bariér nebo vyrovnání příležitostí umožňující zapojení do života těm, kteří jsou v důsledku zdravotního nebo sociálního stavu znevýhodněni. Podle formy dělíme služby sociální péče na:

- **rezidenční služby** – jsou určeny pro klienty, kteří nechtějí nebo nemohou žít v přirozeném prostředí; např. penziony pro seniory, domovy seniorů, ústavy sociální péče, chráněná bydlení atd.
- **asistenční služby** – tyto služby umožňují klientům zachovat takovou kvalitu života, aby mohl žít v přirozeném prostředí; např. stacionáře, osobní asistence, pečovatelská služba atd.

b) Služby sociální intervence

Cílem je zmírnění nepříznivé sociální situace, která je způsobená konfliktním způsobem života nebo rizikovým prostředím, kde se daný klient nachází. Tyto služby dělíme na:

- **služby včasné pomoci** předcházející krizi nebo zhoršení kvality života; např. kontaktní centra, kontaktní práce.
- **služby pomáhající** získání či obnovení sociální jistoty; např. denní stacionáře, azylové bydlení, poradny atd.

- **služby zabezpečující podmínky pro přežití klientů**, kteří toho nejsou sami schopni; např. nízkoprahová denní centra atd.

c) Služby sociálních aktivit

Cílem je podpora volnočasových a jiných aktivit, které přispívají k rozvoji místních společenství. Posilují soužití obyvatel a přispívají ke zvýšení kvality života dané komunity (např. zájmové kluby atd.).

3.2 Sociální práce ve zdravotnictví

Cílem sociální práce ve zdravotnictví je zejména pomoci klientovi, ale také jeho rodině při zmírnění či odstranění negativních důsledků jeho nemoci. Úkolem sociální práce je *„využít vlivu psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivaci k léčbě a spolupráci a konečně ke kvalitnějšímu životu.“* (Kuzníková a kol., 2011, s. 18)

Sociální práce s nemocnými a jejich rodinami může být vykonávána buď v přirozeném prostředí klientů (v terénu), v ambulantních a pobytových zařízeních či jiných institucích. S klienty se pracuje zejména ve zdravotnických zařízeních (např. v nemocnicích či hospicích) nebo v zařízeních sociálních služeb (např. v domovech, ve stacionářích atd.). Sociální práce ve zdravotnictví se značně podílí na uzdravení nemocného klienta.

V České republice byly do roku 1989 potřeby klientů sociálních služeb definovány experty nebo úředníky s minimálním ohledem na přání a požadavky klientů. Od roku 1989 se u nás rozvíjí nové aktivity v oblasti sociální práce, vznikly nové organizace a způsoby poskytování pomoci. (Kuzníková a kol., 2011) Práce s nemocnými lidmi nebo s psychosociálními problémy klade na sociální pracovníky vysoké nároky. Proto je důležité neustálé vzdělávání pracovníků formou výcvikových seminářů, ke kterým musí být zaměstnanci přístupní a otevření. Pouze předepsané vzdělání totiž není zárukou kvalitních služeb, důležitý je přístup (Mátl, Jabůrková, 2006).

3.3 Vymezení pojmu kvality zdravotní a sociální péče

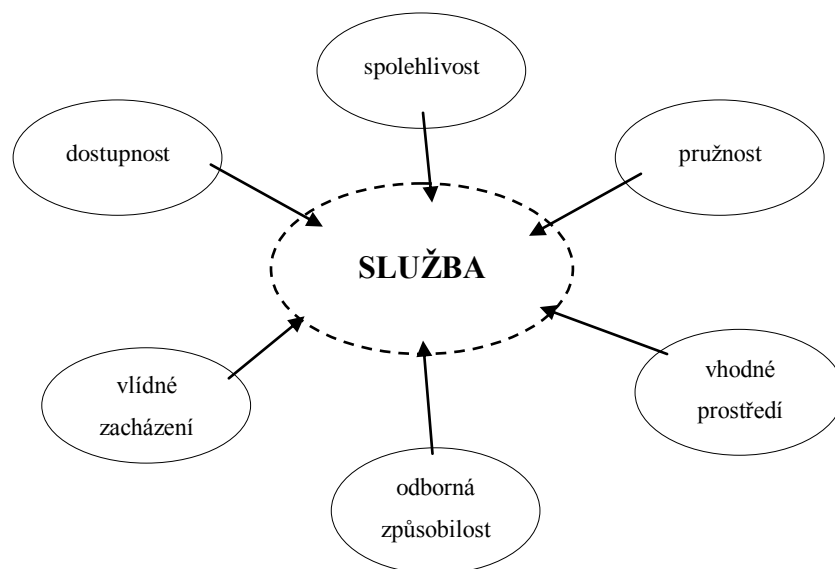
Kvalita je dána kulturním a sociálním prostředím dané země. Kvalita zdravotní a sociální péče tak vyplývá z hodnot, které v dané společnosti převládají. Podle Kuzníkové a kol. (2011) je kvalita závislá na politických, historických, společenských, psychologických, a také na hospodářských vlivech. Kvalita v sociální oblasti je něco, čemu se člověk musí naučit, proto mezi důležité faktory patří vzdělávání, technika práce a etika. Kvalita

v sociální oblasti je ovšem velice těžce definovatelná či měřitelná, subjektivní a objektivní aspekty nemusí být spolu nutně v souladu. Podle autorky je kvalita sociální práce ve zdravotnictví součástí systému kvality poskytovaných zdravotnických služeb, jejichž cílem je zlepšování zdravotního stavu a zvyšování kvality života. Systém kvality poskytovaných zdravotnických služeb zahrnuje proces tvorby postupů, hodnocení výsledků a stanovení standardů.

3.3.1 Znaky kvality sociální péče

Jak už bylo uvedeno, kvalita je výsledkem určitého hodnocení. Kvalita je složitá vlastnost, a proto se pro její popis využívají znaky kvality, podle kterých lze kvalitu posuzovat. Kvalita se skládá ze dvou částí, jedna je kvantitativní (měřitelná) část, a kvalitativní část, která vychází z hodnotového systému. Mezi kvantitativní znaky lze zařadit například počet klientů a počet pracovníků, mezi kvalitativní znaky lze zařadit například vztahy mezi pracovníky, celkové podmínky a atmosféra v zařízení. Jednotlivé prvky poté utváří určitý standard, který poté slouží k měření vykonané činnosti a vyhodnocení vykonané práce. Standard musí obsahovat, čeho se má v budoucnu minimálně dosáhnout a v jaké úrovni výkonu.

Požadavky na kvalitu sociálních služeb (Obr. 1) se týkají celé řady subjektů, jako například klientů, jejich rodin, sociálních pracovníků, veřejnosti nebo financovatelů služeb. Každý ze subjektů sleduje své osobní zájmy, které potom musí brát v úvahu ti, co jsou odpovědní za vytvoření kvalitativních standardů (Kuzníková a kol., 2011).



Obr. 1 Požadavky na kvalitu služby (Kuzníková a kol., 2011, s. 163)

3.3.2 Management kvality

Během několika posledních let vznikly nové standardy z oblasti dlouhodobé péče a začaly se také uplatňovat systémy řízení kvality služeb, které kontrolují, zda dochází k naplnění poskytované péče. Mezi formalizované systémy patří **standardy kvality sociálních služeb**, které stanovují obecná pravidla pro fungování sociálních služeb v České republice a mají zaručovat určitou úroveň kvality poskytovaných služeb. Dále existují také druhové standardy, které se zaměřují na konkrétní typy sociálních služeb. V oblasti zdravotně-sociální péče existují například Standardy geriatrických pracovišť, pro hospicovou péči existují Standardy paliativní péče a nemocnicím se věnují Národní akreditační standardy pro nemocnice.

Kontrolu dodržování sociálních standardů prování podle zákona inspekce poskytování sociálních služeb. Tato inspekce v současné době zejména kontroluje kvalitu poskytované služby, rozsah dodržování a naplňování kritérií standardů poskytovateli sociálních služeb. Také v případě inspekce je nutné, aby byla provedena kvalitně. Inspektoři musí být kvalifikovaní odborníci, kteří provádí nejen šetření, ale také následné poskytování rad a návodů, které vedou ke zvyšování kvality poskytovaných služeb (Malíková, 2011; Mátl, Jabůrková, 2007).

Vedle specifických standardů kvality se v dlouhodobé péči uplatňují také **systémy kvality**, ke kterým patří například:

- Systém managementu jakosti ISO 9000;
- EFQM;
- TQM;
- Controlling;
- Balanced ScoreCard aj.

Systém managementu jakosti **ISO 9000** stanovuje požadavky, jejichž splnění vede k dosažení předem stanovené kvality výrobku či služby. **Model EFQM** vytvořila Evropská nadace pro řízení kvality pro hodnocení špičkových pracovišť pro udělování evropských cen kvality. **Model TQM** slouží k zapojení všech pracovníků organizace do řízení, kvalita je totiž podle tohoto modelu klíč k úspěchu a kvalita je povinností každého zaměstnance organizace (Kuzníková a kol., 2011; Malíková, 2011).

Existuje řada důvodů a motivů pro zavádění systémů řízení kvality služeb. Jedním z nejdůležitějších faktorů je potřeba zvýšit úroveň kvality služeb a zlepšit tak podmínky

života seniorů. Dalším důvodem je také zvýšení důvěry v dané zařízení, zlepšení image, dobrého jména a odlišit se tak od organizací stejného zaměření. Řada poskytovatelů sociálních služeb touží po získání ocenění, které by bylo známkou kvality jejich služeb.

V České republice se uděluje například značka kvality, dále existuje ocenění jako Pečovatel roku, Sestra roku (Sestra v sociální péči), udělovány jsou také ceny za mimořádný přínos v oboru gerontologie (Mátl, Jabůrková, 2007).

3.3.3 Zajištění kvality sociálních služeb

Hlavním úkolem Ministerstva práce a sociálních věcí je příprava dlouhodobých opatření, příslušných právních předpisů a podpora rozvoje kvality poskytovaných sociálních služeb. Jedná se například o podporu:

- plánování sítě sociálních služeb v obcích a krajích na základě zjištěných potřeb lidí
- zvyšování kvality a odbornosti poskytovaných služeb s důrazem na ochranu práv uživatelů služeb
- občanských a svépomocných aktivit, tj. neziskového sektoru

Na podporu neziskového sektoru MPSV realizuje každoroční dotační řízení, jehož cílem je přispívat na provoz a rozvoj sociálních služeb poskytovaných nestátními neziskovými organizacemi.

Při vstupu České republiky do Evropské unie se pro systém zvyšování kvality sociálních služeb otevřela možnost využití tzv. „strukturální pomoci“. MPSV zajišťuje čerpání finančních prostředků z **Evropského sociálního fondu**.

V oblasti sociálních služeb mají samospráva (obce, kraje), nestátní neziskové organizace a další organizace možnost čerpat finanční prostředky na:

- vzdělávání svých pracovníků s cílem zvýšit jejich schopnosti a dovednosti při poskytování sociálních služeb
- podporu a pomoc skupinám ohroženým sociálním vyloučením - například příslušníci romské komunity, oběti trestné činnosti, osoby komerčně zneužívané, osoby bez domova atd. (MPSV, 2012).

4 STÁRNUTÍ, STÁŘÍ A SENIOR

Život všech lidí se děje od narození až do okamžiku smrti, a to v různých vývojových etapách. Stáří a stárnutí je obecně chápáno spíše negativně, jako například ztráta nadějí, optimismu ze života nebo různá společenská omezení. Pro mnoho lidí však stáří představuje krásné životní období, ve kterém mají konečně možnost věnovat se svým zálibám, na které předtím nezbýval čas. V takovém případě mluvíme o umění stárnout.

„Stárnutí je specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem. Délka života je přitom geneticky determinovaná a pro každý druh je specifická.“ (Malíková, 2011, s. 15)

Pojem „senior“ se začal používat zejména proto, že je považován za významově neutrální a všeobecně označující pojem pro stáří a staré věkové období. Problematikou seniorů se zabývají obory gerontologie, která se člení na gerontologii experimentální, sociální a klinickou, geriatrie, gerontopsychologie a gerontopedagogika. **Gerontologie** je věda zabývající se stárnutím a stářím a snaží zejména zlepšovat a prodlužovat aktivní život seniorů.

Malíková (2011) uvádí, že během stáří dochází v organismu člověka k mnoha změnám (Obr. 2), které mohou být rozděleny do tří skupin: tělesné, psychické a sociální změny.

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
<ul style="list-style-type: none"> - změny vzhledu - úbytek svalové hmoty - změny termoregulace - změny činnosti smyslů - degenerativní změny smyslů - kardiopulmonální změny - změny v trávicím systému (trávení, vyprazdňování) - změny vylučování moči - změny sexuální aktivity 	<ul style="list-style-type: none"> - zhoršení paměti - obtížnější osvojování nového - nedůvěřivost - snížená sebedůvěra - sugestibilita - emoční labilita - změny vnímání - zhoršení úsudku 	<ul style="list-style-type: none"> - odchod do penze - změna životního stylu - stěhování - ztráty blízkých lidí - osamělost - finanční obtíže

Obr. 2 Přehled změn ve stáří (Malíková, 2011, s. 18)

4.1 Kvalita života seniorů

Klienti v pobytových zařízeních mají ve většině případů vážné zdravotní omezení, které jim brání se o sebe postarat. Toto omezení, stejně jako psychické či sociální změny mají nevyhnutelný dopad na kvalitu jejich života. V poskytování dlouhodobé péče je právě kva-

lita tím klíčovým faktorem, kterému se musí věnovat dostatečná pozornost. Obecná definice kvality života, kterou uvádí Světová zdravotnická organizace, klade důraz na individuální vnímání jedince. Jak vnímá své postavení ve společnosti, v životě, jaké jsou jeho cíle a očekávání. Zahrnuje také kulturní a hodnotový systém, ve kterém jednatel žije. (Vaarama, Pieper a Sixsmith, 2008)

Kvalita života seniorů je v mnoha publikacích vnímána jako schopnost vést nezávislý život a dělat běžné každodenní činnosti. Ke kvalitě života seniorů přispívá velkou měrou jejich samotná aktivita, zájmy či společenský život, dále svoboda rozhodovat se, podpora ze strany rodiny, soběstačnost, ale také schopnost vyrovnat se se skutečností.

Požadavky na kvalitu života se obecně neustále zvyšují, přesto jsou u nás stále nižší než například v západních státech. To podle mnohým odborníkům souvisí s tím, jak se člověk na stáří připravoval (Mátl, Jabůrková, 2007).

4.2 Služby poskytované v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem

Péče o seniory má mnoho různých podob a je diferencována podle potřeb jednotlivců. Péče o staré lidi je velmi náročná, vyžaduje nejen fyzickou, ale také psychickou zdatnost.

4.2.1 Služby poskytované ze zákona

Každý poskytovatel sociálních služeb musí v rámci své činnosti dodržovat zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, pro konkrétní druh služby a dále odpovídající typu zařízení.

Podle vyhlášky č. 505/2006 Sb. (MPSV, 2006) musí služba v domovech pro seniory obsahovat následující základní činnosti:

- **Poskytnutí ubytování** - cílem je poskytnutí trvalého domova seniorům a osobám se zdravotním postižením. Poskytovatel sociálních služeb musí v rámci ubytovacích služeb zajistit pro klienty vlastní ubytování, úklid, praní a žehlení prádla. Důležité je vytvoření příjemného a bezpečného prostředí pro klienty.
- **Poskytnutí stravy** - povinnost zajistit klientům celodenní stravu ve stanoveném rozsahu, přiměřena věku a zdravotnímu stavu klientů. Strava může být dovážena od

externího dodavatele nebo připravována v kuchyni v zařízení. Podle možnosti klienta je strava podávána v jídelně, na pokoji u stolu nebo na lůžku.

- **Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu** - poskytnutí pomoci při přesunu z lůžka, oblékání, podávání nápojů a stravy, polohování aj. Rozsah těchto aktivit ovlivňuje klientova míra mobility a imobility, tedy například potřeba dopomoci při přesunech, pomoc při dokrmování, oblékání, úklidu a jiných činnostech.
- **Pomoc při osobní hygieně** - zahrnuje např. péči o vlasy, tělo, péče o ústní dutinu, použití WC, pedikúra, manikúra aj. Klientům je poskytována pomoc při osobní hygieně standardně dvakrát denně a jinak podle potřeby kdykoliv. Minimálně jednou týdně musí být provedena celková koupel klienta s následnou péčí o tělo.
- **Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím** - zahrnuje pomoc udržovat kontakt s rodinou nebo pomoc při využívání běžně dostupných informačních zdrojů. Důležité je, aby klient kvůli své imobilitě neztratil kontakt se společenským prostředím a umožnit mu tak například účast na společenských akcích konaných v zařízení. Pro mobilní klienty mohou být naplánovány akce i mimo dané zařízení.
- **Sociálně terapeutické činnosti** - slouží k podpoře a rozvoji osobních i sociálních dovedností klientů, podporuje se zejména vlastní seberealizace klienta, jeho psychika a motorické dovednosti. Na těchto činnostech se podílí například sociální pracovník, aktivizační pracovník, fyzioterapeut atd.
- **Aktivizační činnosti** - tyto činnosti úzce navazují na sociálně terapeutické činnosti, zahrnují jednak volnočasové a zájmové aktivity, poskytnutí pomoci při udržování kontaktu se sociálním prostředím a pomoc při nácviu a zlepšování dovedností klienta.
- **Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí** - sociální pracovníci poskytují klientům sociální poradenství, seznamují je s jejich právy a poskytují podporu při vyřizování úředních záležitostí.

4.2.2 Další činnosti poskytované v pobytovém sociálním zařízení

Nad rámec základních činností může poskytovatel sociálních služeb zajišťovat také další činnosti, mezi které patří:

- **Činnost sociálního pracovníka** - činnosti sociálních pracovníků jsou v pobytových zařízeních velmi důležité. Jeho práce zahrnuje např. evidence žádostí o přijetí do zařízení, příprava písemné smlouvy, přijetí klienta do zařízení, vyřizování požadavků klientů, aj.
- **Rehabilitační ošetřování klientů** - cílem je podpora a zachování soběstačnosti klientů, zabránění nesoběstačnosti a prevence vzniku imobilizačního syndromu. Ošetřování je individuální a odpovídá zdravotnímu stavu a potřebám klienta. Základní rehabilitační ošetřování poskytují pracovníci v sociálních službách a všeobecné sestry, speciální rehabilitace provádí fyzioterapeut.
- **Ergoterapie** - cílem je zaměřit se na podporu tvůrčích schopností klientů, zejména v oblasti jemné motoriky. Dále jsou zde zahrnuty také oddechové aktivity, relaxace či společenské aktivity. Volba daných aktivit musí odpovídat zdravotnímu stavu a schopnostem klienta.
- **Duchovní péče** - každé pobytové zařízení musí také respektovat duchovní potřeby klientů. K poskytování duchovní péče je třeba poznat duchovní zaměření klienta, jaké jsou jeho požadavky na rozsah a frekvenci této péče.
- **Ošetrovatelská péče** - ošetrovatelská péče je klíčová v zařízeních, které mají většinu klientů částečně či úplně nesoběstačných. Cílem ošetrovatelské péče je zejména péče o základní biologické potřeby, jako např. dokrmování, pomoc při vyprazdňování, polohování, oblékání nebo například komplexní hygienická péče. Ošetrovatelskou péči provádějí pracovníci v přímé péči – zejména pracovníci v sociálních službách a všeobecné sestry. Pracovníci musí dodržovat odlišnosti ošetrovatelské péče a soustavně sledovat a evidovat celkový stav klienta. Ošetrovatelská péče je velmi fyzicky a také psychicky náročná, ve většině sociálních zařízení tak neustále chybí potřebný počet těchto pracovníků.

- **Zdravotní péče** - na zdravotní péči se v sociálních zařízeních podílejí dvě základní skupiny pracovníků, a to lékaři a nelékařští pracovníci (např. všeobecné sestry nebo fyzioterapeuti.) Pokud pobytové sociální zařízení splňuje všeobecné podmínky dané zákonem o nestátních zdravotnických zařízeních, může se toto zařízení zaregistrovat jako nestátní zdravotnické zařízení. Zařízení má ve většině případů smlouvu s jedním praktickým lékařem, klient má však právo volby jiného lékaře. Z odborných lékařů pracuje v pobytových sociálních zařízeních většinou psychiatr či neurolog. Praktický lékař i odborní lékaři do zařízení dochází pravidelně, kde poskytují jednotlivým klientům potřebnou zdravotní péči, a v případě akutního stavu je pro klienta zajištěno přeložení do speciálního zdravotního zařízení. O všech klientech musí být podle zákona vedena zdravotnická dokumentace, ve které jsou uvedeny všechny záznamy od jednotlivých lékařů (Malíková, 2011).

4.3 Komunitní plánování sociálních služeb

Základem komunitního plánování sociálních služeb je spolupráce zadavatelů, tedy krajů či obcí, s uživateli/klienty a poskytovateli, tedy jednotlivými organizacemi, sociálních služeb při vytváření plánu o budoucí podobě a realizaci služeb. Jejich společným cílem je zajistit dostupnost kvalitních sociálních služeb. Při plánování sociálních služeb se vychází zejména z porovnání existující nabídky sociálních služeb se zjištěnými potřebami jejich uživatelů. Po vytvoření tohoto plánu se přechází k realizační fázi, kdy dochází k faktickému naplňování jednotlivých opatření. Součástí této etapy je také sledování a kontrola plnění stanovených úkolů. Komunitní plán bývá většinou zpracováván na období několika let a po uplynutí této doby se celý plánovací cyklus opakuje. V současnosti existuje politická podpora pro plánování sociálních služeb ve všech krajích v ČR. Finanční podporu na plánování sociálních služeb nabízí mimo jiné také Evropský sociální fond (MPSV, 2005).

5 NÁKLADY VE ZDRAVOTNICTVÍ A SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

5.1 Základní pojmy

Pojetí nákladů ve **finančním účetnictví**:

„Náklad je peněžně oceněná spotřeba výrobních faktorů, která je vyvolána tvorbou podnikových výnosů. Je to spotřeba hodnot v daném období zachycená v účetnictví.“ (Šiman, 2005, s. 49)

Pojetí nákladů v **manažerském účetnictví**:

„Náklady jsou charakterizované jako hodnotově vyjádřeného, účelného vynaložení ekonomických zdrojů podniku, účelově souvisejícího s ekonomickou činností.“ (Král, 2003, s. 37)

5.2 Řízení nákladů ve zdravotnictví

Náklady jsou důležitým ukazatelem kvality činnosti každého zdravotnického zařízení, úkolem managementu je proto náklady usměrňovat a třídit. Šiman (2005) ve své knize uvádí, že při řízení nákladů je třeba dodržovat určité zásady, např.:

- náklady je nutné odlišovat od peněžních výdajů, které představují úbytek finančních prostředků a vznikají v okamžiku úhrady, náklady vznikají v okamžiku spotřeby;
- cílem řízení nákladů je jejich snižování, což je pro každou organizaci základní metodou pro měření efektivity;
- aby organizace mohla své náklady efektivně řídit, měla by vědět, kde je jejich největší spotřeba;
- náklady musí vždy souviset s výnosy daného období a musí být zajištěna jejich věcná a časová shoda s vykazovaným obdobím;
- **řízení nákladů vyžaduje jejich podrobné třídění.**

5.3 Klasifikace nákladů

Náklady ve zdravotnictví lze třídit podle několika hledisek, podle Zlámala a Bellové (2010) je členění následující:

5.3.1 Druhové členění nákladů

Podle tohoto hlediska členíme náklady do ekonomicky stejnorodých skupin. Základními nákladovými druhy jsou:

- spotřeba surovin a materiálu, paliva a energie,
- mzdové a ostatní osobní náklady,
- odpisy budov, strojů, hmotného a nehmotného dlouhodobého majetku
- náklady na externí služby (např. dopravné, cestovné, nájemné atd.),
- finanční náklady (pojistné, poplatky, placené úroky aj.),
- výrobní režie,
- správní režie apod.

Druhové členění nákladů je důležité pro finanční účetnictví a finanční analýzy podniku, jako např. výpočet zisku.

Nákladové druhy představují **externí (prvotní) náklady**, které vznikají při styku zdravotnického zařízení s okolím nebo s jeho zaměstnanci, jsou to náklady jednoduché, protože je nelze dále členit. **Interní (druhotné) náklady** vznikají spotřebou vnitropodnikových výkonů (např. odběr energie z vlastní kotelny), mají komplexní charakter, protože se dají rozložit zpět na původní nákladové druhy.

5.3.2 Účelové členění nákladů

Účelové třídění nákladů je založeno na sledování nákladů podle dvou základních hledisek, a to:

- 1) **třídění nákladů podle místa vzniku a odpovědnosti nebo**
- 2) **kalkulační třídění nákladů.**

Ad 1) Náklady podle místa vzniku a odpovědnosti

Zde sledujeme, kde náklady vznikly a kdo je za vznik nákladů odpovědný. Je to třídění podle vnitropodnikových středisek, kdy střediskem je míněna určitá část podniku, ve které se sledují buď jen náklady – tzv. **nákladové středisko**, nebo i výnosy a výsledek hospodaření – tzv. **hospodářské středisko**.

Podle velikosti podniku a náročnosti výroby se náklady člení do několika úrovní. V první úrovni se člení na **náklady produkční a neprodukční činnosti**. Produkční náklady se

člení na **technologické náklady** (jsou řízeny technicko-hospodářskými normami) a **náklady na obsluhu a řízení** (jsou řízeny limity a normativy).

Technologické náklady, které s určitým výkonem souvisí přímo, se nazývají **jednicové náklady**, ostatní technologické náklady a náklady na obsluhu a řízení, které souvisí s určitým výkonem jako celkem, se nazývají **režijní náklady**.

Režijní náklady představují velkou část celkových nákladů a jsou hlavním zdrojem k jejich snižování. Základním nástrojem jejich řízení jsou **rozpočty**, základem pro rozpočtování jsou **normy a limity nákladů**.

Ad 2) Kalkulační třídění nákladů

Kalkulační třídění umožňuje sledovat, na které výkony jsou náklady vynaloženy. Podle způsobu přiřazení nákladů na kalkulační jednici rozeznáváme náklady přímé a nepřímé.

Přímé náklady – lze je přímo vyčíslit na kalkulační jednici, přímo souvisí s určitým výkonem, do přímých nákladů patří jednicové náklady a režijní náklady, které přímo souvisí s daným výrobkem (např. přímý materiál nebo přímé mzdy).

Nepřímé náklady – nelze je přímo vyčíslit na kalkulační jednici, vztahují se k několika výkonům. Patří sem režijní náklady, které souvisí s více druhy výrobků (např. mzdy režijních pracovníků nebo nájemné).

5.3.3 Členění nákladů podle vztahu k objemu produkce

V tomto případě dělíme náklady na variabilní a fixní.

Variabilní náklady

Variabilní (proměnné) náklady se s rozsahem činnosti mění. Řadíme zde jednicové náklady a část režijních nákladů. Vzhledem ke změně nákladů k objemu produkce se variabilní náklady dělí na:

- **Proporcionální náklady** – mění se stejně rychle jako objem produkce.
- **Nadproporcionální náklady** – rostou rychleji než objem produkce.
- **Podproporcionální náklady** – rostou pomaleji než růst objemu produkce.

Fixní náklady

Fixní (stálé, pevné) náklady se naopak se změnou objemu výroby nemění. Fixní náklady jsou vyvolány potřebou zajistit chod zdravotnického zařízení jako celku. Jedná se napří-

klad o odpisy dlouhodobého majetku, leasingové splátky, zálohy na energii, pojištění majetku či splátky úroků. Také fixní náklady se ale mohou měnit, např. při rozsáhlé změně výrobního programu. Nemění se však plynule, ale skokem.

5.3.4 Manažerské pojetí nákladů

Management zdravotnického zařízení při svém rozhodnutí nevychází pouze s účetních nákladů, a proto vniklo tzv. manažerské pojetí nákladů.

- rozlišení tzv. **ekonomických** (relevantních, skutečných) nákladů. Náklady lze dělit na explicitní a implicitní.

Relevantní náklady

Náklady, které ovlivňují určité rozhodnutí, protože se v závislosti na něm bude jejich výše měnit. Ostatní náklady jsou pro rozhodnutí irelevantní, nedůležité.

Explicitní náklady

Jsou to náklady, které jsou zachyceny v účetnictví a musí být reálně vynaloženy v peněžní podobě. Tyto náklady zdravotnické zařízení platí za používání cizích výrobních faktorů, jedná se například o nájemné za stroje nebo náklady za použití cizího kapitálu.

Implicitní náklady

Jsou to náklady, které zdravotnické zařízení reálně neplatí a jsou tudíž obtížněji vyčíslitelné. Jedná se o „ušlý zisk“ z výrobních faktorů, které jsou ve vlastnictví zdravotnického zařízení. Např. mzda, kterou můžeme mít u jiného zdravotnického zařízení. Jsou to tedy alternativní náklady neboli náklady obětované příležitosti.

- Manažeři musí při svém rozhodnutí brát v úvahu i tzv. **přírůstkové náklady**, které jsou tímto rozhodnutím ovlivněny, zbývající náklady jsou považovány za **utopené náklady**.
- Management zdravotnického zařízení musí rozlišovat také **krátkodobý a dlouhodobý pohled** na vývoj nákladů.

V **krátkém období** jsou některé výrobní faktory neměnné a některé jsou variabilní a mění se s objemem produkce. To se odráží v nákladech – fixní vstupy vyvolávají vznik fixních nákladů a proměnné vstupy vyvolávají vznik variabilních nákladů.

V **dlouhém období** jsou však veškeré výrobní faktory proměnné, a tudíž neexistují fixní náklady.

Během činnosti zdravotnického zařízení mohou vznikat také **investiční náklady**, po skončení činnosti zdravotnického zařízení vznikají **náklady likvidační**.

Náklady jsou důležitým ukazatelem výkonnosti každé organizace, jejich stav charakterizuje hospodárnost firmy. Základem řízení a tedy snižování nákladů je jejich podrobné třídění, plánování a kontrola (Král, 2003; Zlámal a Bellová, 2010).

5.4 Řízení nákladů v sociálních službách

Sociální služby jsou klientům poskytovány buď bez úhrady nákladů nebo s částečnou či plnou úhradou nákladů.

Bez úhrady nákladů jsou podle Moleka (2012) nejčastěji poskytovány tyto služby:

- sociální poradenství,
- raná péče,
- telefonická krizová pomoc,
- služby následné péče,
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi,
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením,
- terénní programy,
- sociální služby v kontaktních centrech a nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež aj.

Za úhradu¹ jsou poskytovány pobytové služby v:

- týdenních stacionářích,
- domovech pro osoby se zdravotním postižením,
- domovech pro seniory,
- domovech se zvláštním režimem,

¹ Úhrada nákladů za sociální služby je závislá na charakteru organizace, která tyto služby poskytuje. Je-li poskytovatelem sociálních služeb nezisková organizace, náklady hrazené klientem zahrnují ubytování, stravování a péči poskytovanou ve sjednaném rozsahu (upraveno zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláškou č. 505/2006 Sb.).

- chráněném bydlení,
- zdravotnických zařízeních ústavní péče,
- centrech sociálně rehabilitačních služeb.

5.4.1 Zdroje financování sociálních služeb

Zdroje financování závisí na řadě faktorů, které souvisí jednak se službou samotnou, ale také s poskytovatelem sociálních služeb. Za základní zdroje příjmů lze považovat:

- dotace ze státního rozpočtu,
- dotace z rozpočtů měst a obcí,
- prostředky z EU,
- příspěvky zřizovatelů,
- úhrady od klientů,
- úhrady z veřejného zdravotního pojištění
- nadace a nadační fondy,
- individuální dárci, dobrovolníci, firemní dárci
- vedlejší činnost (např. výroba stravy, praní prádla, prodej výrobků atd.).

Financování **pobytových** sociálních služeb v dnešní době závisí zejména na **úhradě od klientů, státních dotacích a platbách z veřejného zdravotního pojištění.**

Financování **ambulantních** a **terénních** sociálních služeb závisí na **platbách uživatelů sociálních služeb a státních dotacích** (Molek, 2012).

SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Literárních zdrojů týkajících se neziskových organizací, sociální a zdravotní péče je k dispozici poměrně mnoho. Při zpracování teoretické části jsem čerpala například od Šimkové (2006), která ve své knize popisuje marketing a management neziskových organizací v praxi. Podle autorky jsou největší skupinou uživatelů sociálních služeb senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi a lidé, kteří žijí z nějakého důvodu na okraji společnosti tzv. sociální vyloučení. Sociální služby mohou poskytovat jen registrovaní poskytovatelé sociálních služeb, kteří splní zákonem stanovené podmínky. Mohou to být například nestátní neziskové organizace, subjekty zřizované obcí a krajem nebo Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Problematikou stáří a péčí o seniory v pobytových zařízeních se ve své knize podrobně věnuje například Malíková (2011), která uvádí, že stáří je všeobecně chápáno spíše negativně, což by tak ale nemuselo být. S autorkou souhlasím, že mnoho lidí si pod slovem senior či stáří představí nesoběstačnou osobu, která je závislá na pomoci druhých, neschopna samostatného a plnohodnotného života. Pro mnoho lidí ovšem stáří představuje radostnou část života, kdy se konečně může věnovat svým zálibám a věcem, na které předtím neměli čas. V takovém případě můžeme mluvit o tzv.: „umění stárnout.“

Podle názoru mnoha odborníků, a já s tím naprosto souhlasím, je v oblasti poskytování sociální a zdravotní péče klíčovým faktorem kvalita. Právě problematikou kvality v sociálních službách se ve svých knihách věnují například Mátl a Jabůrková (2007) nebo Kuzníková a kol. (2011). Podle nich je kvalita sociální práce ve zdravotnictví součástí systému kvality poskytovaných zdravotnických služeb, jejichž hlavním cílem je zvyšování kvality života. Během několika posledních let vznikly nové standardy z oblasti dlouhodobé péče a začaly se také uplatňovat systémy řízení kvality služeb, které kontrolují, zda dochází k naplnění poskytované péče. Důvodem je zejména potřeba zvýšit úroveň kvality služeb a zlepšit tak život seniorům, ale zvýšit image a důvěru v dané sociální zařízení.

Co se týče problematiky řízení nákladů ve zdravotnictví a sociálních službách, využila jsem zejména knihu od Zlámala a Bellové (2010), která se věnuje manažerskému účetnictví ve zdravotnictví. Dalším užitečným zdrojem byl Molek (2012), který ve své publikaci řeší mimo jiné například úhrady nákladů za sociální služby nebo financování sociálních služeb.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 CHARAKTERISTIKA ORGANIZACE

„HVĚZDA – občanské sdružení“ je zařízení, které poskytuje zdravotní péči v sociálních službách. Je zaměřeno na poskytování ubytovacích, stravovacích a sociálních služeb, zdravotní péče a doplňkových služeb neziskovým způsobem na vysoké profesionální úrovni.

Občanské sdružení bylo založeno dne 6. března 2000 dle zákona číslo 83/1990 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů. Registraci Stanov občanského sdružení provedlo Ministerstvo vnitra České republiky dne 10. 5. 2000.

6.1 Poslání a cíl organizace

Posláním občanského sdružení je rozšíření praktického naplňování myšlenek humanismu, mezigenerační tolerance, solidarity a občanského soužití.

Cílem organizace je zkvalitnění života a co nejvyšší společenská integrace zdravotně nebo sociálně znevýhodněných spoluobčanů, ať už se jedná o lidi osamělé, staré, tělesně či mentálně postižené, nebo vydělené ze společnosti z jiných důvodů.

K zajištění nejvyšší možné kvality v poskytovaných službách získalo sdružení mezinárodní certifikát ČSN EN ISO 9001:2009. V roce 2008 získala „HVĚZDA – občanské sdružení“ také ocenění Podnik Fair play 2007 na základě etického auditu organizace, v roce 2009 tento titul obhájila a stala se tak nositelem ocenění Podnik Fair play 2007, 2008 (HVĚZDA, ©2012).

6.2 Analýza vnějšího prostředí

Vnější prostředí organizace se člení na makroprostředí a mikroprostředí. Makroprostředí obsahuje faktory (vlivy, které organizace svými aktivitami nemůže ovlivnit), které působí na mikroprostředí všech aktivních účastníků trhu a ovlivňují i vnitřní prostředí organizace.

6.2.1 STEP analýza

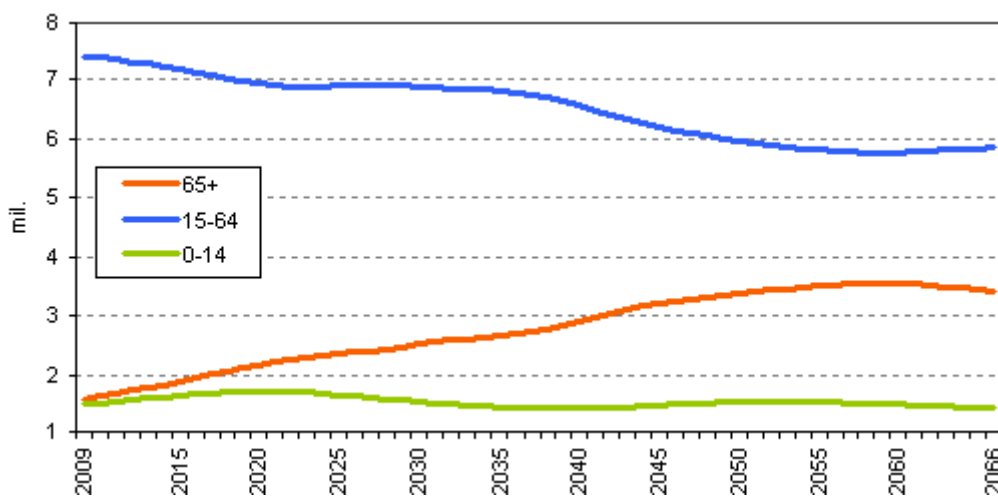
Jedná se o analýzu vnějšího makroprostředí prostředí organizace, v němž organizace působí a do jisté míry ovlivňuje její činnost.

STEP analýza se skládá ze čtyř následujících faktorů:

Sociálně-kulturní faktory

Zahrnuje analýzu faktorů souvisejících se způsobem života lidí, věková struktura, průměrná délka života, vzdělanost obyvatelstva, hustota obyvatelstva, kultura či životní úroveň.

Životní úroveň obyvatel ČR se podle údajů Ministerstva práce a sociálních věcí neustále zvyšuje, roste také průměrná délka života. Stárnutí populace lze označit za demografický trend většiny vyspělých zemí. V naprosté většině zemí jde o stárnutí jak v důsledku nízké plodnosti žen, tak také v důsledku prodlužování naděje dožití. Nyní představují senioři v České republice necelých 16 %, za 20 let už by to mohla být podle odborníků téměř čtvrtina a za půl století už třetina společnosti, tedy téměř 40 %. Podle ČSÚ lze očekávat, že po roce 2040 překročí počet osob starších 65 let 3 miliony obyvatel (Obr. 3).



Obr. 3 Očekávaný vývoj počtu obyvatel do roku 2066 podle hlavních věkových skupin (ČSÚ, 2012)

Ve Zlínském kraji žilo k 31. 12. 2010 celkem 95 706 osob starších 65 let, před deseti lety to bylo 81 355 osob. Stárnutí populace má vliv také na zvyšování průměrného věku. Zatímco k 1. 1. 2009 byl průměrný věk obyvatel ve Zlínském kraji 49,5 let, v roce 2065 se tento průměr může zvýšit až na 51,3 let (ČSÚ Zlín, 2011).

Podle ČSÚ bylo v České republice k 31. 12. 2010 evidováno celkem 37 183 osob umístěných v domovech pro seniory (většina jich byla starší 75 let). Tento počet se ovšem neustále zvyšuje. Nejvyšší podíl osob starších 86 let obývajících domovy pro seniory ze všech žijících v dané věkové skupině zaznamenal v roce 2009 Moravskoslezský kraj, kdy 51,8 % starých osob zde žije právě v domovech pro seniory. Druhé nejvyšší zastoupení seniorů v domovech vykázal Ústecký kraj s 16,9 %, následován Zlínským krajem, kde to

bylo 13, 1 % osob. Praha a Liberecký kraj měli podíl seniorů ve věku 86 a více let v domovech ze všech takto starých osob nejnižší. Ovšem právě Praha patří mezi města s nejvýraznějším nedostatkem domovů pro seniory, kterých prudce přibývá, ale míst v domovech naopak ubývá, podle evidence neuspokojených žadatelů o sociální služby (Tab. 1) zde chybí až několik tisíc lůžek.

Ke konci roku 2010 nebylo v ČR uspokojeno téměř 90 tisíc žádostí o sociální služby poskytované v zařízeních sociálních služeb. Jednalo se především o umístění v domovech pro seniory s podílem více jak 67 %. Podle odhadů v roce 2010 připadalo v ČR jedno lůžko v domovech na 31 osob starších 65 let, pokud se kapacita lůžek v budoucnu nezvýší, bude se tato situace neustále zhoršovat. Je ovšem potřeba podotknout, že mezi žadateli o místo je také vysoké procento lidí, kteří nespĺňují nárok na poskytnutí sociální služby.

V následující tabulce je uveden počet neuspokojených žádostí a kapacita v domovech pro seniory v jednotlivých krajích v roce 2010.

Tab. 1 Počet lůžek v domovech pro seniory a počet neuspokojených žádostí v jednotlivých krajích v roce 2010

Kraj	Počet neuspokojených žádostí	Kapacita (počet lůžek)
Praha	7 932	2 531
Středočeský	6 384	4 998
Jihočeský	2 974	2 936
Plzeňský	2 663	1 808
Karlovarský	387	810
Ústecký	5 901	4 081
Liberecký	2 146	916
Královéhradecký	2 097	2 253
Pardubický	2 667	2 054
Vysočina	2 228	2 189
Jihomoravský	8 807	3 048
Olomoucký	3 240	2 537
Zlínský	4 072	2 842
Moravskoslezský	9 271	4 815
Česká republika	60 769	37 818

Zdroj: ČSÚ, 2011b

Z tabulky vyplývá, že nejvíce neuspokojených žádostí o přijetí do domova seniorů bylo v Moravskoslezském kraji s 9 271 odmítnutými žádostmi. Následuje Jihomoravský kraj a také Praha, která evidovala 7 932 neuspokojených žádostí. Naopak nejméně odmítnutých žádostí vykazoval ke konci roku 2010 Karlovarský kraj s 387 neuspokojenými žádostmi, ovšem v tomto kraji je také nejnižší počet lůžek v domovech pro seniory z celé ČR. Všechny výše uvedené faktory vstupují do analýzy s pozitivním vlivem, jsou pro občanské sdružení příležitostí.

Technologické faktory

Vývoj moderních technologií jde neustále kupředu. Využívání nových informačních, komunikačních či technologických novinek zvyšuje kvalitu poskytovaných služeb a umožňuje tak růst konkurenceschopnosti. Proto rozvoj technologií ovlivňuje téměř všechny neziskové organizace, a to například v oblasti výpočetní techniky nebo nových zdravotnických přístrojů na léčbu například onkologických onemocnění. Za poslední řadu let se díky pokroku v medicíně snížila úmrtnost v rozvinutých zemích podle odborníků až o polovinu. Průměrná délka života se prodloužila o téměř pětadvacet let. Tento pozitivní trend ovlivňuje zejména vývoj nových technologií ve zdravotnictví, prevence či nové léky. Mezi průlomové metody lze například zařadit vývoj tzv. Nano nože, který umožňuje odstraňovat nádory i na těžce přístupných místech. V České republice je k dispozici zhruba dva roky a pouze v některých zdravotnických zařízeních, jeho náklady na provoz jsou velmi vysoké. Vývoj nových technologií vstupuje do analýzy s pozitivním vlivem.

Převratnou novinkou se v péči o dlouhodobě ležící pacienty/klienty staly tzv. antidekubitní matrace a podložky proti proleženinám, které představují u ležících pacientů závažný problém a způsobují jim mnoho bolesti. V dnešní době již používá antidekubitní podložky či matrace většina zdravotnických a sociálních zařízení, které spolu s polohovatelnými lůžky zajišťují klientům/pacientům potřebné pohodlí.

Další technologickou novinkou se před několika lety staly mobilní telefony pro seniory, které pomáhají starším lidem zůstat ve spojení se svými blízkými. Tyto telefony mají mimo jiné na zadní straně tzv. SOS tlačítko, jehož základní funkcí je, že po stisknutí automaticky vytočí několik předem zvolených čísel a odešle na ně SMS s přednastaveným textem. Nejoblíbenější značkou mobilních telefonů pro seniory je v současnosti značka Aligator.

Před čtyřmi lety se na český trh také dostali počítače určené pro seniory tzv. *Počítač 50+*. Tento počítač splňuje potřeby jak počítačových začátečníků, tak i starších lidí. Senioři

v dnešní době chtějí žít aktivní život a využívat počítač pro komunikaci se svými příbuznými. Na tomto projektu se podíleli společnosti Microsoft, občanské sdružení Život 90, výrobce počítačů Comfor a společnost Intel. Cena tohoto počítače se pohybuje v rozmezí od 13 – 16 000 Kč, v závislosti na jeho vybavení (Novinky, 2008).

Podle údajů ČSÚ (Tab. 2) roste počet seniorů užívajících osobní počítač. V roce 2011 to bylo více než 260 tisíc obyvatel starších 65 let, v roce 2006 to přitom bylo pouze 57 tisíc osob.

Tab. 2 Uživatelé osobního počítače podle věkových skupin, vývoj v letech 2006 - 2011 (v tis. osob)

Věková kategorie	2006	2007	2008	2009	2010	2011
16–24	1 022,1	1 068,7	1 126,9	1 121,1	1 127,4	1 102,1
25–34	1 083,2	1 162,7	1 393,5	1 365,4	1 416,8	1 425,4
35–44	900,3	938,4	1 120,6	1 175,9	1 296,0	1 381,2
45–54	704,1	767,2	868,7	858,2	931,2	998,3
55–64	368,9	420,5	537,8	587,0	658,7	721,5
65–74	57,0	65,1	109,1	128,5	190,5	260,5
75+	7,1	10,3	11,8	24,5	36,5	34,6

Zdroj: ČSÚ, 2011a

Ekonomické faktory

Ekonomické prostředí ovlivňuje jednak uživatele služeb neziskových organizací, tak také samotné organizace. Mezi faktory ekonomického prostředí patří zejména problematika nezaměstnanosti, platových podmínek nebo ekonomické krize. Špatná hospodářská situace může na jednu stranu vyvolat větší zájem o sociální služby, na druhou stranu organizace nebo i stát nemusí mít dostatek prostředků na financování neziskových projektů.

Světová finanční krize zasáhla také neziskové organizace, tedy i poskytovatele sociálních a veřejně prospěšných služeb. Negativním dopadem finanční krize na neziskové organizace je zejména snižování finančních zdrojů. Jedná se o finanční prostředky poskytované soukromými subjekty, ale také o finanční prostředky poskytované státem nebo krajem.

V České republice je dlouhodobým problémem nedostatek kvalifikovaných pracovníků v sociálních a zdravotnických službách. Zaměstnanci v sociálních službách patří všeobecně k nejhůře odměňovaným pracovníkům v národním hospodářství. Aktuálním problémem je

například nedostatek zdravotních sester v domovech pro seniory, protože zdravotní pojišťovny přispívají domovům na zdravotní péči méně než například léčebnám dlouhodobě nemocných. Podle zákona jsou totiž domovy sociálním zařízením, ve většině z nich však žijí nemocní lidé, kteří potřebují stálou péči. Nedostatek pracovníků v sociálních službách vstupuje do analýzy s negativním vlivem.

Dotace na sociální služby jsou v roce 2012 stejné jako v minulém roce, ve výši 6,1 mld., požadavek od krajů ovšem činil 8,5 mld. Kč. Zlínští radní již dlouhodobě zaznamenávají každoroční pokles státních dotací pro sociální služby, například jen letos bude podle odhadů ve Zlínském kraji chybět více než 120 milionů na zajištění a fungování sociálních služeb. Pro mnoho organizací, které tyto služby poskytují, to může být likvidační. Podle radních bude chybět například 33 milionů korun jen na služby, které se starají o prevenci a tím snižují například kriminalitu ve městech, například azylové domy či nízkoprahová zařízení pro děti (Procházková, 2012). Snižování dotací vstupuje do analýzy s negativním vlivem.

Co se týče průměrné měsíční výše starobního důchodu, tak ta se v ČR postupně zvyšuje, v roce 2010 činila jeho výše 9 900 Kč, k 31. 12. 2011 byla jeho průměrná výše 10 552 Kč (ČSÚ, 2012). Rostoucí průměrná výše starobního důchodu má pozitivní vliv na analýzu STEP.

Politicko-právní faktory

Všechny ziskové i neziskové organizace se sídlem v České republice musí dodržovat zákony a vyhlášky platné v ČR. Politicko-právní prostředí tak vytváří podmínky pro existenci a fungování neziskových organizací. Příležitostí, nebo naopak hrozbou, může být například změna legislativy nebo také změny v daňové politice.

Od 1. 1. 2012 se zvýšila v České republice snížena sazba DPH z 10 % na 14 %. Vyšší DPH se dotkla ubytovacích služeb, vstupného na kulturní akce, léků a zdravotnických pomůcek, dětských plen nebo svozu odpadu. Změny v sazbách DPH nejvíce dopadnou na důchodce a „nízkopříjmové“ domácnosti s dětmi, kterým však vláda slíbila kompenzaci. Ta je ovšem nedostatečná s ohledem na nárůst DPH, zvyšování poplatků v nemocnicích nebo nákladů za léky. Průměrné důchody se totiž od ledna zvýšili jen o 174 Kč, oproti původně plánovaným 249 Kč (Hovorka, 2011).

V minulém roce poslanci také schválili sociální reformu, která od 1. 1. 2012 přinesla značné změny, zejména zpřísnila pravidla pro získávání sociálních dávek. Podle zástupců Zlín-

ského kraje je částka navržená ve státním rozpočtu na rok 2012 ve výši 6,1 mld. Kč, určená na financování sociálních služeb, vzhledem k nárůstu DPH a výpadku finančních prostředků z EU nedostatečná. Sociální reforma podle zástupců kraje likviduje funkční systém jak v oblasti hmotné nouze, tak v oblasti sociálních služeb. Může způsobit zhoršení kvality a komplexnosti sociální práce na obcích nebo se například může snížit dostupnost dávek v hmotné nouzi. Zvýšená sazba DPH společně s novou sociální reformou vstupuje do analýzy s negativním vlivem (Tab. 3).

Ministerstvo práce a sociálních věcí dále zvažuje schválení vyhlášky, která bude umožňovat zvýšit ceny služeb, které senioři či zdravotně postižení využívají. Například dovoz oběda, doprovod k lékaři nebo i pobyt a stravu v penzionech a domovech důchodců. Řada poskytovatelů sociálních služeb by tuto vyhlášku přijala pozitivně, ovšem na druhou stranu může nastat situace, že většina klientů už nebude mít zvýšení ceny služeb z čeho zaplatit (MPSV, ČSÚ, 2011).

Tab. 3 STEP analýza

Prostředí	Vliv	Faktor
Sociálně-kulturní	+	Životní úroveň
	+	Průměrná délka života
Technologické	+	Rozvoj technologií
Ekonomické	+	Průměrný výše starobního důchodu
	0	Světová hospodářská krize
	-	Nedostatek pracovníků v soc. službách
	-	Snížování dotací
Politicko-právní	-	Daňová politika
	-	Sociální reforma

Zdroj: Vlastní

6.2.2 Porterův pětifaktorový model konkurenčních sil

Pro analýzu tzv. „mezoprostředí“ občanského sdružení Hvězda lze využít Porterův model, který představuje:

- konkurenční rivalitu,
- hrozbu nových konkurentů,
- hrozbu nových substitutů,
- vyjednávací sílu klientů občanského sdružení Hvězda,

- vyjednávací sílu dodavatelů občanského sdružení Hvězda.

Konkurenční rivalita

Vzhledem k širokému komplexu sociálních služeb a zdravotní péče nemá „Hvězda – občanské sdružení“ ve Zlínském kraji přímou konkurenci. Mezi největší poskytovatele sociálních služeb patří kromě Hvězdy ve Zlínském kraji – **Charita Zlín a Naděje o.s.**

Tyto organizace neposkytují služby ve své komplexnosti jako „HVĚZDA – občanské sdružení“, ale jsou specificky zaměřeny. Ani jedna z uvedených organizací například neposkytuje ve Zlínském kraji hospicovou péči a to jak v lůžkovém zařízení, tak i v domácí hospicové péči, kde se Hvězda stará také o 7 dětí.

➤ **CHARITA ZLÍN**

Charita Zlín je nestátní nezisková organizace, která se zabývá charitativní, zdravotní a humanitární činností ve zlínském regionu. **Charita Zlín** je samostatná právnická osoba, organizačně začleněná do struktury Arcidiecézní charity Olomouc a skrze ni do Charity Česká republika.

Poslání organizace

Praktická a konkrétní pomoc lidem v tělesné, duševní nebo sociální nouzi, bez ohledu na jejich národnostní a rasovou příslušnost, sociální postavení nebo náboženské vyznání. Konečným cílem jejího konání je důstojný život pro každého člověka v každé situaci.

Služby Charity Zlín

- **Služby pro seniory:**

Charitní a pečovatelská služba - pečovatelské služby (základní péče o osobu, dovoz stravy do domácnosti, nákupy, úklid, praní prádla, péče o vlasy a nehty v domácnosti atd.)

Charitní ošetřovatelská služba - zdravotnické úkony indikované lékařem (převazy, odběry a další péče)

Charitní kluby seniorů - klubovny ve čtvrtích Zálešná, Mokrá a Podlesí, pravidelné klubové aktivity (výstavy, večery poezie, přednášky, koncerty ad.), organizace zájezdů (Hostýn, Svatý Kopeček ad.).

Domovinka – centrum denních služeb pro seniory - denní pobyt pro seniory včetně stravy a programu.

Občanská poradna Charity Zlín - odborné sociální a psychologické poradenství, pomoc při prosazování vlastních práv, pomoc při jednání na úřadech atd.

- **Služby pro matky s dětmi v tísní:**

Charitní domov pro matky s dětmi v tísní - azylové ubytování maximálně na jeden rok, vzdělávací programy, sociální poradenství.

Občanská poradna Charity Zlín - odborné sociální a psychologické poradenství, pomoc při prosazování vlastních práv, pomoc při jednání na úřadech, materiální pomoc pro matky s dětmi (ošacení, příp. kočárky atd.).

- **Služby pro zdravotně postižené – viz služby pro seniory**

- **Služby pro postižené humanitární katastrofou:**

Občanská poradna Charity Zlín - odborné sociální a psychologické poradenství, pomoc při prosazování vlastních práv, pomoc při jednání na úřadech, pomoc při zajištění vybavení domácnosti (žádost o pomoc podává zástupce obce či farnosti, který ji svým doporučením podpoří), poskytnutí použitého ošacení atd.

- **Služby pro mládež z dětských domovů:**

Občanská poradna Charity Zlín - odborné sociální a psychologické poradenství, pomoc při prosazování vlastních práv, pomoc při jednání na úřadech, pomoc při zajištění vybavení domácnosti (žádost o pomoc podává zástupce obce či farnosti, který ji svým doporučením podpoří), poskytnutí použitého ošacení.

- **Služby pro příslušníky národnostních menšin:**

Občanská poradna Charity Zlín - odborné sociální a psychologické poradenství, pomoc při prosazování vlastních práv, pomoc při jednání na úřadech, pomoc při zajištění vybavení domácnosti (žádost o pomoc podává zástupce obce či farnosti, který ji svým doporučením podpoří), poskytnutí použitého ošacení.

- **Služby pro osoby v krizi a sociálně slabé:**

Občanská poradna Charity Zlín - odborné sociální a psychologické poradenství, pomoc při prosazování vlastních práv, pomoc při jednání na úřadech, pomoc při zajištění vybavení domácnosti (žádost o pomoc podává zástupce obce či farnosti, který ji svým doporučením podpoří), poskytnutí použitého ošacení (CHARITA ZLÍN, ©2008).

➤ NADĚJE O.S., POBOČKA ZLÍN

Zlínská pobočka Naděje vznikla v roce 1992. Počáteční aktivity byly zaměřeny na dospělé osoby s mentálním postižením. Komplex nabízených služeb postupně zahrnoval chráněné bydlení, denní stacionář a dílny v objektech ve čtvrti Letná. Od roku 1998 začala Naděje ve Zlíně pracovat také se seniory. Nejprve v Domě pokojného stáří na Letné a od prosince 2006 v novém domově na Jižních Svazích.

S platností nového Zákona o sociálních službách byly ve Zlíně zaregistrovány, v programu *péče o osoby s mentálním postižením*, 4 sociální služby (chráněné bydlení, denní stacionář a 2 sociálně terapeutické dílny) a v programu *péče o seniory* 2 sociální služby (domov pro seniory a domov se zvláštním režimem). Součástí Naděje o. s., pobočky Zlín, je také Středisko Naděje Vizovice, nízkoprahové zařízení pro děti a mládež.

Dom pokojného stáří - Domov pro seniory

V Domě pokojného stáří poskytuje organizace celoroční komplexní služby pro seniory. Domov nabízí dvoulůžkové pokoje ve třech etážích, součástí domova jsou odpočinkové místnosti pro společné sdílení, terapie, setkávání a návštěvy. Pro duchovní zázemí slouží kaple v prostorách domova. Domov má vlastní stravovací provoz a jídelnu. Kapacita domova je 48 lůžek.

Cíle poskytovaných služeb:

- vytvoření domácího a bezpečného prostředí se zajištěním trvalé ošetrovatelské a zdravotní péče,
- zajištění podmínek pro důstojný život - možnost svobodně o sobě rozhodovat,
- podpora zachování soběstačnosti,
- zabránit pocitu samoty a nejistoty při změně zdravotního stavu,
- poskytnutí úlevy pro pečující rodiny,
- zprostředkování společenských kontaktů.

Cílová skupina:

Občané starší 65 let, kteří se nacházejí v nepříznivé sociální situaci. Jejich nepříznivá sociální situace je dána: vysokým věkem, nepříznivým zdravotním stavem, pocitem ohrožení a nejistoty, potřebou pravidelné každodenní pomoci nebo dohledu nad zdravotním stavem, imobilitou nebo výrazně sníženou schopností pohybu, nedostatkem možnosti uspokojování

osobních potřeb. Služba je určena pro dlouhodobý pobyt, je poskytována celodenně, nepřetržitě.

V následující tabulce je uveden ceník služeb Domova pro seniory.

Tab. 4 Ceník služeb Domova pro seniory

ubytování	190 Kč/den	
strava	130 Kč/den nebo 140 Kč/den	strava racionální nebo diabetická
péče a služby	800 - 12 000 Kč	závisí na výši příspěvku na péči
fakultativní služby	úhrada dle nákladů	pedikúra, kadeřník, kosmetika, masáže

Zdroj: NADĚJE, ©2005-2012

Domov se zvláštním režimem

V rámci Domu pokojného stáří provozuje organizace oddělení se specializovanou péčí pro uživatele postižené Alzheimerovou chorobou nebo jiným druhem demence. V něm se klade důraz na respektování jejich zvláštních potřeb a zachování bezpečnosti, důstojnosti, udržení soběstačnosti a na podporu aktivit denního života a orientace.

Cíle poskytovaných služeb:

- vytvoření domácího a bezpečného prostředí se zajištěním trvalé ošetrovatelské a zdravotní péče,
- rozvoj a udržení zachovaných duševních schopností u osob postižených Alzheimerovou chorobou nebo jiným druhem demence, zajištění jejich bezpečnosti a důstojnosti,
- zajištění podmínek pro důstojný život - možnost svobodně o sobě rozhodovat,
- podpora rodinných a přátelských vazeb,
- podpora zachování soběstačnosti,
- zabránit pocitu samoty a nejistoty při změně zdravotního stavu,
- poskytnutí úlevy pro pečující rodiny,
- udržet zachované schopnosti,
- zprostředkování společenských kontaktů.

Cílová skupina:

Občané starší 65 let, postižení Alzheimerovou chorobou nebo jiným druhem demence, kteří se nacházejí v nepříznivé sociální situaci. Služba je určena pro dlouhodobý pobyt, je poskytována celodenně, nepřetržitě.

Tab. 5 Ceník služeb Domova se zvláštním režimem

ubytování	190 Kč/den	
strava	130 Kč/den nebo 140 Kč/den	strava racionální nebo diabetická
péče a služby	800 - 12 000 Kč	závisí na výši příspěvku na péči
fakultativní služby	úhrada dle nákladů	pedikúra, kadeřník, kosmetika, masáže

Zdroj: NADĚJE, ©2005-2012

Chráněné bydlení

Posláním chráněného bydlení Domu Naděje Zlín je poskytnout vhodné bydlení lidem, kteří se z důvodu svého mentálního postižení ocitli v nepříznivé sociální situaci, a umožnit jim žít co nejběžnějším, svobodným a zodpovědným způsobem života v přirozeném prostředí města Zlína.

Cíle poskytování služby:

- podpora při péči o sebe sama,
- podpora při zvládnání běžného provozu domácnosti,
- podpora pracovních návyků a dovedností uživatelů služby,
- podpora rozumových dovedností uživatelů služby,
- pomoc uživatelům zvládnout užívání veřejně dostupných služeb v maximální možné míře,
- podpora rodinných a přátelských vazeb uživatelů služby a mezilidských vztahů obecně,
- v maximální možné míře pomoci získat uživateli reálnou představu o životě v běžném nechráněném bydlení,

- učit uživatele přijímat odpovědnost a nést důsledky vlastního chování a jednání,
- učit uživatele přijímat pomoc pracovníků.

Služby jsou určeny pro:

- osoby s mentálním postižením
- osoby s tělesným postižením
- osoby s kombinovaným postižením

Věková struktura uživatelů služeb:

- mladí dospělí 19 - 26 let
- dospělí 27 - 64 let

V následující tabulce je uvedena výše úhrady za ubytování, stravu a péči v chráněném bydlení Domu Naděje Zlín.

Tab. 6 Ceník Chráněné bydlení

Typ ubytování	Cena (Kč/den)	Strava (Kč/den)	Péče a služby
1-lůžkový	180	137	90 Kč/hod
2-lůžkový	170		
3-lůžkový a více	160		
Chráněné byty, město	160		

Zdroj: NADĚJE, ©2005-2012

Sociálně terapeutické dílny

Sociální služba je poskytována v obytném domě ve Zlíně v centru města. Zde je umístěna tkalcovská dílna a dílna na výrobu svíček z včelího vosku, jedna místnost tvoří jídelnu, která v odpoledních hodinách slouží veřejnosti jako integrovaná čajovna a prodejna výrobků sociálně terapeutických dílen.

Cíle poskytování služby:

- v rámci široké nabídky pracovní rehabilitace a terapie pomoci uživatelům získat pracovní dovednosti, schopnosti a odborné znalosti,
- umožnit uživateli služeb uplatnit jeho vlohly a připravit se na vstup na trh práce,

- obnovovat a upevňovat nové pracovní dovednosti - košíkářství, keramika, tkalcovství, šití,
- podpořit uživatele v dobré péči o sebe sama, aby mohl uspět na trhu práce,
- rozvíjet a podporovat účast uživatele na běžném životě společnosti.

Péče a služby jsou v Sociálně terapeutických dílnách zdarma a za oběd je zde účtováno 65 Kč (NADĚJE, ©2005-2012).

Služby jsou určeny pro:

- osoby s mentálním postižením,
- osoby s tělesným postižením,
- osoby s kombinovaným postižením.

Věková struktura uživatelů služeb:

- mladí dospělí 19 - 26 let,
- dospělí 27 - 64 let.

Tab. 7 Konkurenční rivalita v odvětví

Faktor	Odhad vývoje	
	2012	2017
Počet konkurentů málo (1 bod), mnoho (10 bodů)	4	6
Hrozba vstupu nových organizací na trh malá (1 bod), velká (10 bodů)	4	6
Diferenciace služeb vysoká odlišnost (1 bod), mála odlišnost (10 bodů)	2	3
Diferenciace konkurentů mála (1 bod), velká (10 bodů)	3	4
Síla konkurentů slabá konkurence (1 bod) silná konkurence (10 bodů)	3	5
Růst odvětví vysoký růst poptávky (1 bod) nízký růst poptávky (10 bodů)	2	1
Celkem (max. 60 bodů)	18	25
Průměrný počet bodů	3	4,17

Zdroj: Vlastní

Konkurenční rivalita v odvětví je v současnosti podprůměrná, do budoucna má však mírně rostoucí tendenci, jelikož trh v oblasti poskytování sociálních služeb není trh zcela nasycen a očekává se vznik nových konkurentů a to i ve Zlínském kraji.

Hrozba nových konkurentů

Vzhledem ke stále se zvyšujícímu nedostatku kapacit v domovech pro seniory se dá předpokládat, že nových pobytových zařízení pro seniory bude v budoucnu přibývat. V odvětví sociálních služeb je hlavní bariérou vstupu na trh kapitálová náročnost a potřeba investic na zařízení či stavbu budovy. Vzhledem k nestabilní finanční situaci státu se dá předpokládat, že nebude příliš přibývat státních domovů pro seniory, ale spíše těch soukromých. Výhodou soukromých domovů je kratší čekací doba na přijetí, protože v domovech seniorů financovaných z veřejných rozpočtů se na přijetí často čeká i několik let. Jejich nevýhodou je naopak vyšší cena, kterou si mohou dovolit pouze majetnější senioři.

Tab. 8 Hrozba vstupu konkurence do odvětví

Faktor	Odhad vývoje	
	2012	2017
Kapitálová náročnost vstupu do odvětví velká náročnost (1 bod), malá náročnost (10 bodů)	2	3
Právní a politické bariéry vstupu do odvětví velká náročnost (1 bod), malá náročnost (10 bodů)	3	4
Potřeba vlastnit speciální licence, know how velká náročnost (1 bod), malá náročnost (10 bodů)	2	2
Přístup k materiálnímu zabezpečení a personálu obtížný (1 bod), nenáročný (10 bodů)	5	6
Potřeba investic vyšší (1 bod), nižší (10 bodů)	3	4
Celkem (50 bodů)	15	19
Průměrný počet bodů	3	3,8

Zdroj: Vlastní

Hrozba vstupu konkurence na trh je v současnosti opět podprůměrná, ale v budoucnu se očekává její nepatrný nárůst. Velkou bariérou vstupu do odvětví sociálních služeb může být kapitálová náročnost, která se bude v budoucnu zvyšovat a také politické prostředí, které není příznivě nakloněno sociální politice.

Hrozba nových substitutů

Substitutem pobytových zařízení pro seniory může být například domácí hospicová péče nebo Charita, která poskytuje pečovatelské a ošetrovatelské služby seniorům v domácnosti. Výhodou domácí péče je, že klienti zůstávají v domácím prostředí, kde se cítí nejlépe a kde mohou být v kruhu svých nejbližších, domácí péče je taktéž mnohem levnější než například pobyt v nemocnici.

Domácí hospicová péče se nesnaží klienta vyléčit, ale zajistit mu co nejkvalitnější a nejdůstojnější prožití času, který mu zbývá. Bohužel u nás domácí hospicová péče zatím naráží na odpor zdravotních pojišťoven, které ji odmítají hradit. V minulém roce předložila vládní koalice v rámci zdravotní reformy návrh, aby domácí hospicovou péči plně hradili zdravotní pojišťovny. Na základě tohoto návrhu připravila Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče dvouletý pilotní projekt, který předložila VZP. Tento projekt má garantovat, že domácí péče je levnější, humánnější a dostupnější než dlouhodobá péče například v LDN. Zdravotní pojišťovna se ale zatím k projektu staví spíše odmítavě. (Rovenský, Příbil, 2011)

Tab. 9 Hrozba nových substitutů

Faktor	Odhad vývoje	
	2012	2017
Existence substitutů málo (1 bod), mnoho (10 bodů)	2	3
Konkurence v odvětví substitutů malá (1 bod), velká (10 bodů)	3	4
Hrozba vzniku nových substitutů malá pravděpodobnost (1 bod), velká pravděpodobnost (10 bodů)	3	4
Celkem (30 bodů)	8	11
Průměrný počet bodů	2,67	3,67

Zdroj: Vlastní

Současná hrozba substitutů v odvětví sociálních služeb je velmi podprůměrná, protože neexistuje mnoho alternativ, jak nahradit pobytovou sociální a zdravotní péčí. Do budoucna lze odhadovat jen mírný nárůst hrozby nových substitutů v tomto odvětví.

Vyjednávací síla klientů

Klienty občanského sdružení Hvězda jsou zejména osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby se zdravotním postižením, osoby s kombinovaným postižením, osoby s nevyléčitelnou nemocí a senioři.

Konkrétně ve středisku DSS bylo k 31. 12. 2011 umístěno celkem 32 žen a 18 mužů. V následující tabulce je uveden jejich počet podle jednotlivých věkových kategorií.

*Tab. 10 Počet klientů podle věkových kategorií
ve středisku DSS k 31. 12. 2011*

Věková kategorie	Absolutně	Relativně
19 - 26	1	2,0
27 - 65	3	6,0
66 - 75	7	14,0
76 - 85	25	50,0
86 - 95	14	28,0
96 a více	0	0,0
Celkem	50	100,0

Zdroj: HVĚZDA, 2012

Nejsilněji zastoupenou skupinou jsou klienti ve věkové kategorii 76 – 85 let, kteří tvoří 50 % všech klientů střediska DSS. Následuje skupina klientů ve věkové kategorii 86 – 95 let, kteří tvoří 28 % všech klientů DSS. Naopak nejméně zastoupenou skupinou jsou klienti ve věku 19 – 26, kterou tvoří pouze jeden klient střediska DSS.

Tab. 11 Vyjednávací síla klientů

Faktor	Odhad vývoje	
	2012	2017
Počet klientů mnoho (1 bod), málo (10 bodů)	2	1
Význam klienta velký význam (10 bodů), malý (1 bod)	8	9
Náklady na přechod klienta ke konkurenci vysoké (1 bod), nízké (10 bodů)	8	8
Kupní síla klientů vysoká (1 bod), nízká (10 bodů)	6	7
Význam služby pro klienta vysoký (1 bod), nízký (10 bodů)	3	2
Možnost zařídit si službu sám obtížné (1 bod), lehké (10 bodů)	3	2
Celkem (60 bodů)	30	29
Průměrný počet bodů	5	4,84

Zdroj: Vlastní

Vyjednávací síla klientů je v současnosti průměrná, odhad vývoje do budoucna je však mírně klesající. Poptávka po službách sociální a zdravotní péče totiž neustále poroste a to zejména důsledku stárnutí lidské populace. Ovšem je důležité, aby poskytovatelé sociální péče při stanovení ceny za své služby zvažovali, zda budou mít klienti dostatek finančních prostředků na jejich zaplacení.

Vyjednávací síla dodavatelů

Mezi hlavní dodavatele občanského sdružení Hvězda patří následující společnosti:

- APOPHARM, s. r. o., dodavatel zdravotnických potřeb,
- Salvia lékárna, s. r. o., dodavatel zdravotnického materiálu a léků,
- Hospimed, s. r. o., dodavatel ošetrovatelského vybavení,
- E-ON, dodavatel elektřiny,
- Moravská vodárenská, dodavatel vody,
- Leopold Novák, dodavatel potravin,
- PSG Reality, a. s., pronájem objektu Zarámí,
- Recobs, s. r. o., pronájem objektu Sokolovská.

Tab. 12 Vyjednávací síla dodavatelů

Faktor	Odhad vývoje	
	2012	2017
Počet dodavatelů málo (1 bod), mnoho (10 bodů)	5	6
Význam dodavatele pro organizaci malý (1 bod), velký (10 bodů)	6	6
Hrozba horizontální integrace dodavatelů malá (1 bod), velká (10 bodů)	4	3
Dopad odchodu dodavatele z trhu malý (1 bod), velký (10 bodů)	5	4
Celkem (max. 40 bodů)	20	19
Průměrný počet bodů	5	4,75

Zdroj: Vlastní

Hrozba rostoucí síly dodavatelů je v současnosti průměrná a její tendence má mírně klesající charakter. Dodavatelů zdravotnického zařízení nebo potravin je na trhu dostatek, organizace si tak může vybrat dodavatele, kteří budou nabízet jednak vhodné cenové podmínky a zároveň také požadovanou kvalitu.

6.2.3 Analýza finanční politiky zdravotních pojišťoven

Úhrady zdravotní péče jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění na základě uzavřených smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami. Na základě rozhovoru s vrchní sestrou HH a DS, paní Ing. Dundálkovou, a účetní organizace, paní Žmolíkovou, jsem prakticky uvedla, jak probíhá komunikace zařízení se zdravotními pojišťovnami.

V Hospici Hvězda (zdravotnické zařízení) probíhají úhrady formou tzv. **lůžko/den**. Na konci měsíce se pro každého klienta zvlášť vypisuje tzv. „vyúčtování výkonů ústavní péče“, které vyplňují zdravotní sestry podle jednotlivých úkonů, které byly klientovi provedeny. Tyto úkony musí být potvrzeny lékařem a musí souhlasit s tzv. „dekurzem klienta“ (chorobopisem). V informačním systému DOSITECH (počítačový program na zpracování dávek od pojišťoven a vedení zdravotnické dokumentace) následně účetní tyto výkony vyfakturuje a fakturu uloží na disk, který se nejpozději do 5. dne následujícího měsíce posílá na danou pojišťovnu. Každá pojišťovna má stanovenou částku na den, která se liší podle kategorie klienta, tedy například klientovi ve 4. kategorii (nesoběstačný) vyplácí VZP 1187 Kč/den. Tato částka se vynásobí počtem dnů, kdy je osoba klientem HH.

V domově pro seniory (sociální zařízení) probíhají úhrady za jednotlivé **zdravotní úkony**, které byly klientům provedeny. Každý úkon má přidělen počet bodů a taky dobu, kterou daný úkon musí trvat. Jednotlivé body se sečtou a vynásobí částkou od pojišťovny, která činí aktuálně 0,90/bod. Seznam všech provedených úkonů se vede jak v elektronické podobě, tak také pro potřeby organizace v písemné podobě. Na konci měsíce vypisují zdravotní sestry tzv. „poukaz na vyšetření/ošetření“ pro každého klienta zvlášť, který musí být opět potvrzen lékařem a musí souhlasit s dekurzem klienta. Jakmile jsou tyto úkony vykázány v informačním programu CYGNUS, účetní opět vyhotoví fakturu, která se na disku posílá zdravotním pojišťovnám. Ty v průběhu měsíce fakturu zpracují a následně pošlou organizaci potřebné finanční prostředky.

6.3 Analýza vnitřního prostředí

Vnitřní prostředí organizace tvoří její management, finanční či materiálové zdroje, zaměstnanci, organizační struktura, etika nebo mezilidské vztahy. Vnitřní prostředí zahrnuje faktory, které může organizace přímo ovlivnit.

6.3.1 Orgány sdružení

Orgány sdružení jsou:

- **Členská schůze** – je nejvyšším orgánem občanského sdružení, skládá se ze všech členů, schází se dle potřeby, nejméně ovšem jednou za rok;
- **Rada sdružení** – je kolektivním výkonným orgánem sdružení, zajišťuje plnění rozhodnutí členské schůze a řídí činnost sdružení mezi zasedáními členské schůze, členové rady jsou předseda, místopředseda a člen rady;
- **Kontrolní komise** – je kolektivním, kontrolním orgánem sdružení, skládá se z předsedy kontrolní komise a dvou členů kontrolní komise.

6.3.2 Odborné sekce

Dílní projekty občanského sdružení jsou realizovány v uceleném projektu **Komplex sociálních služeb** (viz. příloha P I), který se v roce 2012 dělí do 4 odborných sekcí, a to na základě cílové skupiny uživatelů, poskytovaných sociálních služeb, zdravotní péče, ostatních a doplňkových služeb. Většina služeb je poskytována 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce, lůžková kapacita zařízení je k dnešnímu dni 115 lůžek.

▪ Odborná sekce **NESTÁTNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ**

Středisko Domácí péče je určeno pacientům, kteří jsou propuštěni z nemocnice a je u nich předpoklad, že jejich doléčení a rekonvalescence mohou probíhat v domácím prostředí, popřípadě pacienti, kteří nevyžadují pobyt ve zdravotnickém lůžkovém zařízení. Středisko Domácí péče zahrnuje následující oddělení:

- **oddělení Domácí hospicová péče**
- **oddělení Domácí péče Sobůlky**
- **oddělení Domácí hospicová péče Sobůlky**

Středisko Hospic Hvězda (dále jen „HH“) je registrován od 1. 5. 2003 jako sociální služba poskytovaná ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. Jedná se o lůžkové nestátní zdravotnické zařízení s kapacitou 14 lůžek, jehož posláním je odstranění či zmírnění příznaků postupující závažné nevyléčitelné nemoci.

Klienty HH tvoří zejména osoby, u nichž bylo diagnostikováno preterminální a terminální stadium onkologického onemocnění, preterminální a terminální stadium vybraných neonkologických onemocnění a osoby s potřebou kvalitní a efektivní léčby nemoci. Výše úhrady za pobyt v zařízení je uvedena v příloze P II.

▪ Odborná sekce **CENTRUM DENNÍCH AKTIVIT**

Středisko Denní stacionář pro klienty s mentálním postižením poskytuje klientům sociální služby, díky kterým budou minimalizovány a potlačovány sekundární následky jejich mentálního postižení.

Středisko Sociálně terapeutické dílny pro klienty s mentálním postižením poskytuje ambulanční služby osobám s mentálním postižením, které mají sníženou soběstačnost z důvodu mentálního postižení.

Středisko Denní stacionář pro klienty s duševním onemocněním poskytuje sociální služby, které umožní klientům aktivní trávení volného času. Vhodným nabízením aktivizačních činností jsou rozvíjeny všechny složky osobnosti klienta.

Středisko Sociálně terapeutické dílny pro klienty s duševním onemocněním podporuje klienty s duševním onemocněním, kteří se z důvodu onemocnění ocitli v obtížné sociální situaci a snaží se jim zajistit společenské i pracovní uplatnění ve společnosti.

▪ Odborná sekce SENIORCENTRUM

Středisko domov seniorů (dále jen „DS“) se snaží vytvořit klientům vhodné prostředí a optimální podmínky ke zvládnutí nové náročné situace a umožnit tak co nejplynulejší přechod na změnu, kterou si jejich zdravotní a sociální handicap vyžaduje. Domov seniorů je registrován jako sociální služba Domovy se zvláštním režimem a je poskytována od 10. 7. 2007, aktuální kapacita lůžek je určena pro 45 klientů.

Klienty Domova služeb seniorům tvoří osoby s chronickým onemocněním, osoby s jiným zdravotním postižením, osoby s kombinovaným postižením a senioři. Výše úhrady za pobyt je uvedena v příloze P II. Věková struktura klientů DS je:

- *dospělí ve věku 27 – 64 let*
- *mladší senioři ve věku 65 – 80 let*
- *starší senioři nad 80 let*

Středisko dům služeb seniorům (dále jen „DSS“) zajišťuje důstojné prožití aktivního života seniorů, osob s chronickým onemocněním, osob s jiným zdravotním postižením, dosažení jejich maximální spokojenosti v prostředí, které je jim vytvořeno dle jejich individuálních potřeb. Dům služeb seniorům je registrován jako sociální služba Domovy se zvláštním režimem a je poskytována od 1. 8. 2005. Středisko se nachází v centru Zlína v nově zrekonstruované budově a kapacita lůžkového zařízení je určena pro 50 klientů. Výše úhrady za pobyt je uvedena v příloze P II.

Klienty DSS tvoří osoby s chronickým onemocněním, osoby s jiným zdravotním postižením, osoby s kombinovaným postižením a senioři. Věková struktura klientů DSS je:

- *dospělí ve věku 27 – 65 let*
- *mladší senioři ve věku 65 – 80 let*
- *starší senioři nad 80 let*

▪ Odborná sekce ROZVOJ LIDSKÝCH ZDROJŮ

Střediska Edukační centrum a Vzdělávací centrum

Cílem středisek je podporovat celoživotní vzdělávání zaměstnanců občanského sdružení, organizovat semináře, exkurze a stáže, podporovat hospicovou paliativní péči aj. Hlavním cílem projektu je aktivním tréninkem zvýšit úroveň komunikace s klientem a zkvalitnit poskytování služeb, rozšířit zlepšit dovednosti při práci s výpočetní technikou a zavést příručky a standardy kvality do praxe (HVĚZDA, 2012).

6.3.3 Marketing a management v organizaci

Marketingem se v organizaci zabývá zejména předseda Rady občanského sdružení pan PaedDr. Jiří Schincke. Vývoj trhu je neustále sledován například prostřednictvím marketingových článků v časopisech, odborných publikací, ale zejména spoluprací se zástupci Zlínského kraje nebo Ministerstvem práce a sociálních věcí.

Řízení je v občanském sdružení prováděno zejména dvěma osobami, a to ředitelkou organizace paní Bc. Miroslavou Kalivodovou a předsedou Rady občanského sdružení panem PaedDr. Jiřím Schinckem. Ti spolu s vedoucími pracovníky jednotlivých středisek vykonávají v organizaci manažerskou funkci.

6.3.4 Řízení nákladů v organizaci

Celkové náklady organizace byly v roce 2011 ve výši **60 567 494,67 Kč**, celkové skutečné výnosy činili **57 782 000 Kč**. V roce 2011 tak organizace „HVĚZDA – občanské sdružení“ hospodařila se ztrátou ve výši **2 785 494,67 Kč**.

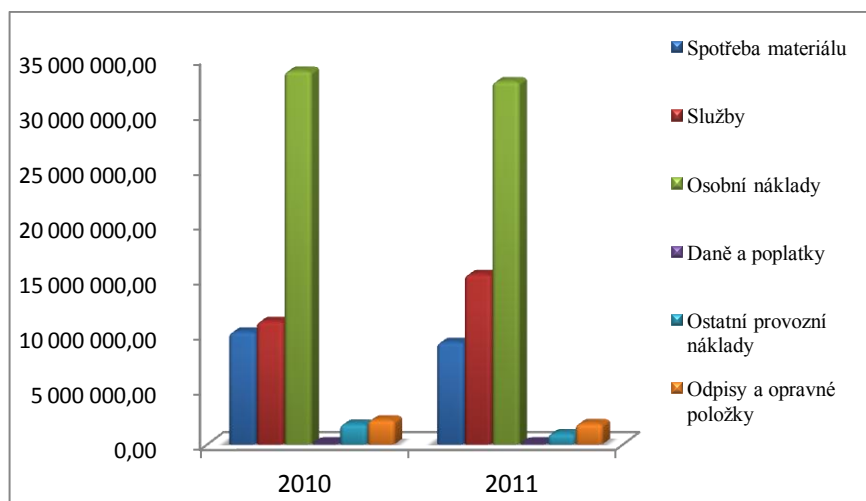
Struktura nákladů

Struktura a výše nákladů občanského sdružení Hvězda za roky 2010 a 2011 je uvedena v následující tabulce a graficky zobrazena níže.

Tab. 13 Struktura nákladů v roce 2010 a 2011

Struktura nákladů	2010	2011
Spotřeba materiálu	10 206 683,00	9 271 834,43
Služby	11 175 242,33	15 427 615,42
Osobní náklady	33 903 812,09	32 951 079,41
Daně a poplatky	49 435,35	38 674,00
Ostatní provozní náklady	1 850 368,95	980 438,85
Odpisy a opravné položky	2 226 359,20	1 897 852,56
Celkem	59 413 910,92	60 567 494,67

Zdroj: HVĚZDA, 2012



Obr. 4 Struktura nákladů v roce 2011 (HVĚZDA, 2012)

Oproti roku 2010 se náklady občanského sdružení zvýšili o 1 155 593,67 Kč. Největší podíl z celkových nákladů občanského sdružení tvoří každoročně osobní náklady, v roce 2011 to bylo více jak 54 % celkových nákladů. Více jak 70 % osobních nákladů pak tvořili v minulém roce náklady mzdové.

V roce 2011 došlo ke snížení spotřeby materiálu, z důvodu snížení odběru potravin. Obědy a večere byly dováženy dodavatelským způsobem, proto se také zvýšily náklady na služby, a to o více jak 38 % oproti předcházejícímu roku. Další nárůst služeb byl i z toho důvodu, že úklid převzala dodavatelská firma, což mělo také vliv na snížení osobních nákladů a snížení spotřeby materiálu. Snížení osobních nákladů v roce 2011 bylo také z důvodu, že se upustilo od služeb recepce Zlín, protože vrátné občanskému sdružení zajišťuje opět dodavatelská firma. Tento způsob je pro organizaci levnější, ale mělo to opět vliv na růst nákladů za služby.

V minulém roce došlo k výraznému snížení ostatních provozních nákladů, a to o téměř polovinu oproti roku 2010. Do těchto nákladů byl podle rozhovoru s ekonomkou organizace ještě v roce 2010 zahrnut nájem budovy IMMOTEL, který byl loňského roku ukončen. Úspora na tomto nájmu a ostatních provozních nákladech byla cca 1 mil. Kč.

- **Struktura nákladů ve střediscích Hospic Hvězda, Dům seniorů a Dům služeb seniorům**

Následující tabulka uvádí výši nákladů ve střediscích HH, DS a DSS v roce 2011. Z uvedených středisek mělo nejvyšší celkové náklady zařízení Dům služeb seniorům, zejména

kvůli zmiňovanému nájmu PSG budovy ve Zlíně. Naopak nejnižší celkové náklady vykazovalo v minulém roce středisko HH.

Tab. 14 Struktura nákladů ve střediscích HH, DS a DSS v roce 2011

Struktura nákladů	HH	DS	DSS
Spotřeba materiálu	2 303 914,26	3 124 172,24	2 997 110,15
Služby	3 039 184,75	4 550 203,86	6 466 754,14
Osobní náklady	7 162 886,38	11 085 112,71	10 700 853,36
Daně a poplatky	2 736,00	15 381,00	19 186,20
Ostatní provozní náklady	162 548,80	310 133,47	323 282,43
Odpisy a opravné položky	526 406,52	378 224,70	516 342,90
Celkem	13 197 676,71	19 463 227,99	21 023 529,18

Zdroj: HVĚZDA, 2012

Nejvyšší spotřebu materiálu, ale také osobní náklady však vykazovalo v roce 2011 středisko DS. Více jak 35 % spotřeby materiálu tvořili potraviny a téměř 75 % osobních nákladů pak tvořili náklady mzdové.

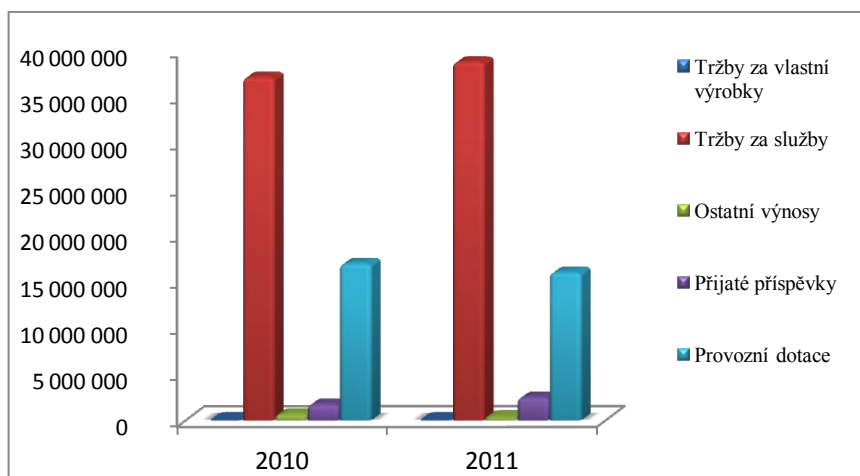
Struktura výnosů

V následující tabulce a grafu níže je uvedena struktura výnosů občanského sdružení v roce 2010 a 2011.

Tab. 15 Struktura výnosů v roce 2010, 2011

Struktura výnosů	2010	2011
Tržby za vlastní výrobky	62 143	63 000
Tržby za služby	37 140 979	38 800 000
Ostatní výnosy	622 647	381 000
Přijaté příspěvky	1 752 091	2 500 000
Provozní dotace	16 981 588	16 038 000
Celkem	56 561 458	57 782 000

Zdroj: HVĚZDA, 2012



Obr. 5 Struktura výnosů v roce 2010, 2011 (HVĚZDA, 2012)

Celkové výnosy v roce 2011 zaznamenaly oproti předchozímu roku mírný nárůst. Největší položkou ve výnosech občanského sdružení tvoří tržby za služby, v roce 2011 tvořili 67 % celkových výnosů. Služby občanského sdružení jsou hrazeny zdravotními pojišťovkami, příspěvky na péči, úhradami klientů a dotacemi. Ubytování, strava a fakultativní služby jsou hrazeny samotnými klienty. Zdravotní péče je hrazena ze zdravotního pojištění klienta a je poskytována na základě indikace lékaře, ošetrovatelská péče je hrazena z příspěvku na péči, který se liší podle stupně závislosti klienta (viz. Tab. 7).

Občanské sdružení hospodaří na bázi vícezdrojového financování, kdy převládajícím zdrojem financování jsou tržby za vlastní služby, ovšem významným finančním zdrojem jsou také přijaté dotace či příspěvky. Ty tvořili 28 – 30 % celkových výnosů.

Tab. 16 Výše příspěvku na péči v roce 2012

Věk	Stupeň závislosti (v Kč/měsíc)			
	I. lehká	II. středně těžká	III. těžká	IV. úplná
do 18 let	3 000	6 000	9 000	12 000
nad 18 let	800	4 000	8 000	12 000

Zdroj: MPSV, 2010

Tržby za vlastní výrobky představují zejména zisky z prodeje výrobků s terapeutických dílen, které ale pokryjí jen nepatrnou část nákladů na jejich provoz.

Finanční dary tvoří dary od pravidelných sponzorů, kteří dobrovolně podporují aktivity občanského sdružení.

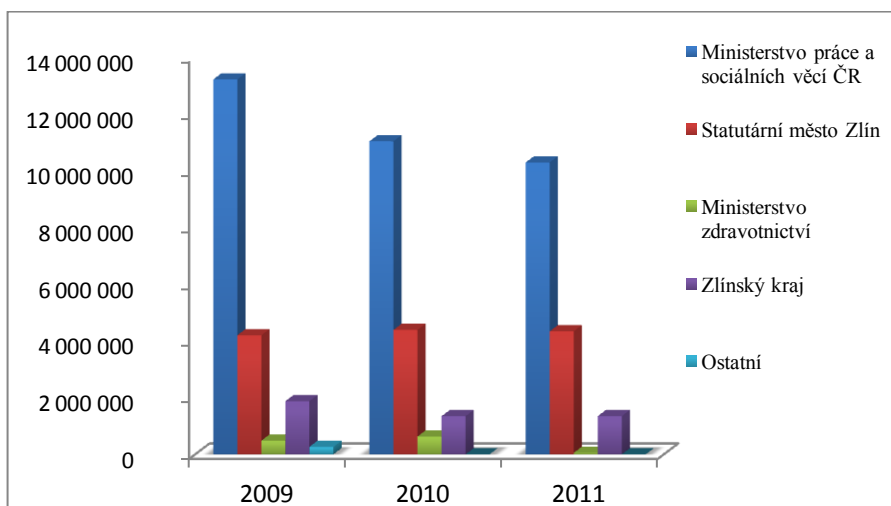
Struktura přijatých dotací

Přehled přijatých dotací od orgánů státní správy a orgánů územně samosprávných celků podle poskytovatelů a jejich podílu na celkovém objemu je uveden v následující tabulce:

Tab. 17 Struktura dotací v roce 2009 - 2011

	2009	2010	2011
Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR	13 230 000	11 049 000	10 300 000
Statutární město Zlín	4 200 000	4 390 000	4 340 000
Ministerstvo zdravotnictví	480 000	627 000	50 000
Zlínský kraj	1 874 000	1 345 000	1 348 000
Ostatní	261 494	0	0
Celkem	20 045 494	17 411 000	16 038 000

Zdroj: HVĚZDA, 2012



Obr. 6 Struktura dotací v roce 2011 (HVĚZDA, 2012)

Z tabulky a grafu jasně vyplývá, že největší podíl na celkových přijatých dotacích tvoří každoročně dotace od MPSV, v roce 2011 tvořili více jak 64 %. Jejich výše se však rok od roku snižuje, například oproti roku 2010 se dotace v minulém roce snížili o 749 000 Kč, oproti roku 2009 byli nižší dokonce o 2 930 000 Kč. Nejistota přidělené výše dotace může způsobit problémy v plánování aktivit občanského sdružení.

V roce 2012 byly zatím občanskému sdružení Hvězda přiznány dotace od MPSV ve výši 5 146 000 Kč, ve druhém kole dotačního řízení, které se bude konat v pololetí, bude moci organizace získat ještě zhruba 4 mil. Kč na provoz střediska Dům služeb seniorům.

- **Financování projektů v organizaci v roce 2011**

Ministerstvo práce a sociálních věcí poskytlo dotaci na následující sociální služby:

- Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (HH)
- Domovy se zvláštním režimem (DS)
- Domovy pro seniory (DSS)
- Denní stacionáře (Denní stacionáře pro klienty s mentálním postižením a duševním onemocněním)

Ministerstvo zdravotnictví poskytlo dotaci na projekt:

- Podpora rehabilitačního oddělení ve středisku HH a DSS

Zlínský kraj poskytl dotaci na následující sociální služby:

- Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče
- Domovy se zvláštním režimem
- Denní stacionáře

Statutární město Zlín poskytlo dotaci:

- *z rozpočtu statutárního města Zlína na projekty:*
 - Nestátní zdravotnické zařízení - středisko HH
 - Seniorcentrum - DS
 - Seniorcentrum - DSS
- *ze Sociálního fondu statutárního města Zlína na projekty:*
 - Denní stacionáře pro klienty s mentálním postižením
 - Denní stacionáře pro klienty s duševním onemocněním
 - Sociálně terapeutické dílny pro klienty s mentálním postižením
 - Sociálně terapeutické dílny pro klienty s duševním onemocněním

Občanské sdružení Hvězda, spolu se zástupci Zlínského kraje, již několik let žádá o dotace od MPSV na Sociálně terapeutické dílny pro klienty s mentálním postižením a pro klienty s duševním onemocněním. Ministerstvo nechce na tyto dílny přispívat, protože občanské sdružení prodává výrobky svých klientů a jedná se tudíž o „ziskovou“ službu. Problém ovšem je, že náklady na tyto služby několikanásobně převyšují jejich výnosy, které se pohybují v řádech několika desítek tisíc ročně, náklady na tuto službu však ve stovkách tisíc měsíčně (HVĚZDA, 2012).

7 ANALÝZA SOUČASNÉ KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ORGANIZACI „HVĚZDA – OBČANSKÉ SDRUŽENÍ“

V diplomové práci byla využita kvantitativní výzkumná metoda, a to konkrétně dotazníkové šetření k získání primárních informací. Výsledky dotazníku slouží ke zjištění současné kvality sociálních služeb v občanském sdružení Hvězda, vnímané jednak samotnými klienty, ale také rodinnými příslušníky klientů.

7.1 Cíl průzkumu

Přecházející část diplomové práce je zaměřena na teoretické vymezení pojmu kvality sociálních služeb. Praktická část diplomové práce je zaměřena zejména na zjištění současné kvality sociálních služeb z pohledu klientů středisek DS, DSS a rodinných příslušníků klientů HH.

Hlavní cíl:

Hlavním cílem praktické části je tedy **zhodnocení současného vnímání kvality sociálních služeb ve střediscích DS, DSS a HH**, a to z pohledu klientů a rodinných příslušníků.

Dílčí cíle:

1. Základním kritériem pro zjištění vnímání kvality sociální péče je **spokojenost klientů**. Prostřednictvím dotazníku lze zjistit, zda jsou uživatelé a rodinní příslušníci uživatelů sociálních služeb spokojeni s jejich kvalitou. K tomu byly využity zejména škálové otázky.
2. Základním úkolem pracovníků poskytující sociální služby je **dodržování práv klientů a zjišťování jejich potřeb**. Proto bych chtěla ověřit, zda pracovníci zařízení respektují potřeby a přání klientů.
3. Největším problémem většiny poskytovatelů sociálních služeb je **nedostatek finančních prostředků**, který může ovlivnit rozsah poskytovaných služeb. Proto jsou otázky zaměřeny rovněž na zjištění, zda klienti postrádají určitou službu nebo služby, za které jsou ochotni si i připlatit.

7.2 Místo realizace výzkumu

Dotazníkové šetření týkající se kvality sociálních služeb bylo provedeno v HH a v DS ve Zlíně - Malenovicích a dále ve středisku DSS v centru Zlína.

7.3 Stanovení plánu výzkumu

Úkolem plánu výzkumu je popsat všechny podstatná fakta, ke kterým v průběhu výzkumu dojde. Plán výzkumu se zabývá:

- sběrem dat. Jedná se o shromáždění primárních informací pomocí dotazníkového šetření.
- definováním 15 otázek (u dotazníkového šetření v HH) a 18 otázek (u dotazníkového šetření ve střediscích DS a DSS). Dotazník je složen z uzavřených, otevřených a z polootevřených otázek.
- stanovením výběrového souboru. Dotazníky byly určeny pro klienty středisek DS a DSS a pro rodinné příslušníky klientů HH. Ve středisku DS bylo dotazování prováděno ústně, ve středisku DSS byly dotazníky, pomocí pracovníků střediska, klientům rozdány k písemnému vyplnění. Příbuzným klientů HH byly dotazníky předloženy k písemnému vyplnění při jejich návštěvě.
- vymezení termínu dotazníkového šetření. Výzkum probíhal v Hospici Hvězda v období od 10. 12. 2011 do 10. 1. 2012. Ve střediscích DS a DSS probíhal ve dnech 1. 2. – 29. 2. 2012.
- určení nákladů na výzkum. Finanční náklady byly nízké, v tomto případě se jednalo spíše o náklady časové.

7.4 Hypotézy

Pro oblast hodnocení kvality poskytovaných sociálních služeb jsou formulovány následující čtyři hypotézy:

- H1: Počet spokojených respondentů s rozsahem poskytovaných služeb je větší, než počet nespokojených respondentů.
- H2: Počet spokojených respondentů s kvalitou ošetrovatelské je větší, než počet nespokojených respondentů.

- H3: Počet spokojených respondentů s kvalitou ubytování je větší, než počet nespokojených respondentů.
- H4: Počet spokojených klientů s úrovní a zázemím domova je větší, než počet nespokojených klientů.

7.5 Prezentace výsledků dotazníkového šetření

Následující tabulka obsahuje počet distribuovaných a počet vrácených dotazníků v jednotlivých střediscích.

Tab. 18 Zhodnocení návratnosti dotazníků

Poskytovatelé služeb	Poskytnuté dotazníky	Vrácené dotazníky	Návratnost (v %)
Hospic Hvězda	14	9	64,3
Středisko Dům seniorů	9	9	100,0
Středisko Dům služeb seniorům	20	17	85,0
Celkem	43	35	81,4

Zdroj: Vlastní

Celkem bylo osloveno 43 respondentů, vráceno a vyplněno bylo 35 dotazníků, celková návratnost tak činí 81,4 %. Z celkového počtu 35 respondentů je žen 23 (65,7 %), mužů je 12, tedy 34,3 %. Tato nerovnováha pramení zejména z toho, že v občanském sdružení je více klientů mezi ženami.

Následně jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření podle jednotlivých středisek občanského sdružení Hvězda.

7.5.1 Výsledky dotazníků pro příbuzné klientů Hospice Hvězda

Dotazník (viz. P III) je sestaven z 12 otázek, plus tří doplňkových, které se týkají demografických údajů o respondentovi. V zařízení je celkem 14 lůžek, poskytnuto bylo tedy 14 dotazníků, vráceno bylo 9 od pravidelných návštěvníků. Návratnost je tedy více jak 64 %, což je podle odborníků mírný nadprůměr.

Z odevzdaných dotazníků jich bylo celkově 6 (67 %) vyplněno ženami a 3 (33 %) muži. Vyhodnocení dotazníku je uvedeno v příloze P IV.

Nejpočetnější skupinu respondentů tvořili děti klientů a dále respondenti, jejichž příbuzný žije ve středisku Hospic Hvězda po dobu půl roku až jeden rok. V tomto případě však mu-

seli respondenti uvádět i dobu mimo HH, například pobyt domově seniorů nebo v LDN. Průměrná doba pobytu v hospici činí podle odborníků přibližně 3 měsíce.

Klíčovou otázkou v dotazníku byly otázky týkající se vnímání kvality poskytovaných služeb. K tomuto zjištění byly využity škálové otázky (velmi spokojen - velmi nespokojen). S rozsahem poskytovaných služeb je spokojeno 78 % všech respondentů, stejně jako s kvalitou lékařské péče, s kterou je spokojeno více jak 80 % dotázaných. S kvalitou psychiatrické lékařské péče je spokojeno 55 % respondentů, zbytek respondentů uvedl, že nedokáže kvalitu psychiatrické lékařské péče posoudit. S kvalitou rehabilitační péče je podle výsledků dotazníku spokojeno 89 % všech dotázaných. Celkem 78 % všech respondentů je spokojeno s kvalitou ošetrovatelské péče a s kvalitou zdravotní péče poskytované všeobecnou sestrou je spokojeno opět téměř 90 % z celkového počtu respondentů. Nejlépe dopadlo hodnocení kvality ubytování, se kterým jsou spokojeni všichni respondenti, a to jak s přívlastkem velmi nebo spíše. Na otázku týkající se kvality stravování odpovědělo více jak 50 % respondentů kladně, že jsou tedy s její kvalitou spokojeni, zbytek respondentů uvedl, že kvalitu jídla nedokáže posoudit. S ochotou pracovníků vyhovět potřebám a přáním klientů je spokojeno 89 % respondentů, pouze jeden respondent u této otázky zvolil neutrální odpověď, tedy ani spokojen ani nespokojen. S komunikací pracovníků s příbuznými je spokojeno 78 % všech dotázaných. Z uvedených výsledků jasně vyplynulo, že na otázky týkající se vnímání kvality poskytovaných služeb žádný z respondentů (rodinných příslušníků klientů HH) neodpověděl záporně, že by tedy s některou ze služeb nebyl spokojen, ať s přívlastkem spíše nebo velmi.

Hodnocení přístupu a chování jednotlivých pracovníků střediska HH, dopadlo taktéž kladně. U této otázky byla využita škála 1 – 5, kdy jednotlivé škály odpovídají známce jako ve škole. Chování a přístup lékařů ohodnotili příbuzní průměrnou známkou 1,56, chování a přístup zdravotních sester dopadlo nejlépe, průměrná známka je 1,22. Sociální pracovníci byli ohodnoceni průměrnou známkou 1,44, pracovníci v sociálních službách 1,56. Přístup vedení získal taktéž průměrnou známkou 1,56. Žádný z respondentů neohodnotil chování a přístup pracovníků střediska známkou 4, ani 5.

Klienti, umístění ve zdravotnických zařízeních, jsou ve většině případů odkázáni na pomoc ostatních. Na otázku, zda respondenti považují čas, který tráví personál s jejich příbuzným za dostačující, odpovědělo 78 % všech dotázaných kladně, 22 % respondentů uvedlo, že

čas, který tráví personál s klienty HH považují za nedostatečný, ovšem neuvedli v jakém smyslu.

Středisko HH nabízí svým klientům doplňkové služby, které jsou hrazeny z finančních prostředků klientů nebo jejich příbuzných. Na otázku, za které doplňkové služby jsou respondenti ochotni připlatit, odpovědělo téměř 90 % respondentů, že za služby kadeřníka, 56 % respondentů je ochotno připlatit za pedikúru a jeden respondent za kosmetiku. Jeden respondent u této otázky také uvedl, že není ochoten připlácet za žádnou z doplňkových služeb.

Aktivizační činnosti (volnočasové aktivity pod vedením odborného pracovníka) pomáhají klientům zlepšovat jejich fyzický i psychický stav. Aktivizace je poskytována buď individuálně, nebo skupinově a vychází z individuálních potřeb uživatele. 67 % respondentů považuje aktivizační činnosti jejich příbuzného za dostačující, ať zcela nebo spíše. 22 % dotázaných považuje aktivizační činnosti za nedostačující a jeden z respondentů dokonce uvedl, že ani neví, že je jeho příbuzný aktivizován.

Služby střediska HH by doporučilo svým blízkým či přátelům 78 % všech dotázaných, což je známkou toho, že jsou se službami spokojeni, protože pouze ten, kdo je se službou opravdu spokojen, ji doporučí svým přátelům.

7.5.2 Výsledky dotazníků pro klienty Středisek Dům seniorů a Dům služeb seniorům

Dotazníkové šetření probíhalo ve střediscích Dům seniorů (DS) a Dům služeb seniorů (DSS) v období od 1. 2. 2012 do 29. 2. 2012. Výběrový soubor se skládal z klientů, kteří v daných zařízeních využívají sociální služby.

Dotazník (viz. P V) je sestaven z 18 otázek, které zjišťují demografické údaje klientů, názor na personál, spokojenost s poskytovanými službami, názor na výši úhrady za pobyt a také celkovou spokojenost klientů v domově.

V domově seniorů je kapacita 45 lůžek, po dohodě s vrchní sestrou jsem v zařízení vyplnila celkem 9 dotazníků s klienty, kteří byli schopni vzhledem ke svému zdravotnímu stavu odpovědět. Z odevzdaných dotazníků DS jich bylo celkově 6 vyplněno ženami a 3 muži.

V Domově služeb pro seniory je celkem 50 lůžek, po dohodě s vedením jsem rozdala 20 dotazníků, vráceno jich bylo 17. Z odevzdaných dotazníků DSS jich bylo celkově

11 (65 %) vyplněno ženami a 6 (35 %) muži. Výsledky dotazníku jsou uvedeny v příloze P VI.

Na základě zpracované analýzy klientů v občanském sdružení Hvězda vyplynulo, že nejsilněji zastoupenou skupinou jsou klienti ve věkové kategorii 76 – 85 let. Proto také nejpočetnější skupina respondentů byla ve věkové kategorii 81 a více let a s délkou pobytu v zařízení 2 a více let.

Na otázku týkající se čekací doby na přijetí do domova odpovědělo více jak 50 % respondentů střediska DS, že nečekali vůbec, ve středisku DSS uvedlo téměř 50 % respondentů, že čekali do půl roku. U této otázky se ovšem v mnoha případech stalo, že respondenti měli zkreslenou představu o době čekání na přijetí, protože za ně žádost vyřizovali jejich příbuzní. Vzhledem k všeobecnému nedostatku kapacit v domovech pro seniory se lidé zapisují do pořadníku již několik let dopředu, aby v době, až budou zařízení potřebovat, nečekali dlouho na přijetí. V současnosti má „Hvězda – o. s.“ na pořadníku zhruba 60 zájemců.

Na otázky týkající se vnímání spokojenosti s poskytovanými službami v DS a DSS odpovídali respondenti na základě stejné škály, jako příbuzní klientů HH. S rozsahem poskytovaných služeb je spokojeno téměř 80 % všech respondentů. S kvalitou lékařské péče je opět téměř většina respondentů spokojena, 19 % respondentů u této otázky zvolilo neutrální odpověď, tedy ani spokojen ani nespokojen. S kvalitou psychiatrické lékařské péče je téměř 50 % respondentů spokojeno, jeden respondent uvedl, že s kvalitou psychiatrické lékařské péče je spíše nespokojen a zbytek respondentů nedokáže kvalitu posoudit. S kvalitou zdravotní péče poskytované všeobecnou sestrou je spokojeno více jak 80 % všech dotázaných, stejně jako s kvalitou rehabilitačně ošetrovatelské péče. Ovšem dva respondenti u této otázky uvedli, že by uvítali více intenzivnějšího cvičení. S kvalitou ošetrovatelské péče je spokojeno více jako 60 % respondentů, zbytek dotázaných zvolilo buď neutrální odpověď, nebo nedokáže kvalitu ošetrovatelské péče posoudit, protože ji nepotřebuje. S kvalitou ubytování jsou téměř všichni respondenti spokojeni, pouze respondent zde uvedl, že je spíše nespokojen, protože vedení již považuje téměř všechny pokoje za nadstandardní. Co se týče kvality praní a žehlení prádla, tak s tou je spokojeno opět více jak 50 % všech respondentů, ovšem 12 % dotázaných zde zvolilo možnost velmi nespokojen a ve vlastním dodatku někteří uvedli, že se jim oblečení ztrácí. Stejný počet respondentů uvedlo, že tuto službu nevyužívají a tudíž nemohou posoudit jejich kvalitu. S kvalitou stravování je spokojena polovina všech respondentů, téměř 40 % dotázaných také uvedlo,

že jsou s kvalitou stravování spíše nespokojeni. S dobou podávání jídel je více jak polovina respondentů spokojena, téměř 30 % dotázaných je s dobou podávání jídel spíše nespokojeno. Ve vlastním dodatku někteří uvedli, že by uvítali snídaně dříve a večere naopak později. S úrovní a zázemím domova je spokojena téměř většina respondentů, pouze jeden dotázaných zvolil neutrální odpověď, tedy ani spokojen ani nespokojen. Se svým spolubydlícím je spokojeno pouze necelých 30 % všech respondentů, 8 % dotázaných zvolilo neutrální odpověď nebo možnost spíše nespokojen, jeden z respondentů je se svým spolubydlícím dokonce velmi nespokojen. Polovina dotázaných spolubydlícího nemá.

Hodnocení přístupu a chování pracovníků středisek DS a DSS hodnotili respondenti stejným způsobem, jako respondenti v dotazníku pro HH. Nejlépe dopadlo hodnocení lékařů a zdravotních sester, jejich průměrná známka je 1,22. Naopak nejhůře dopadlo hodnocení přístupu vedení s průměrnou známkou 2. Ve středisku DSS respondenti nejlépe hodnotili chování a přístup zdravotních sester, průměrná známka je 1,71. Naopak nejhůře dopadl přístup vedení s průměrnou známkou 2,18.

Na otázku zda je personál domova k dispozici vždy, když ho klienti potřebují, odpovědělo 89 % respondentů střediska DS a 94 % respondentů ze střediska DSS kladně.

Při poskytování sociální či zdravotní péče je důležité respektovat práva a potřeby jednotlivých klientů. Ve středisku DS uvedlo 89 % dotázaných, že pracovníci respektují jejich potřeby a přání a jsou ochotni jim vyjít vstříc. Ve středisku DSS uvedlo taktéž kladnou odpověď více jak 90 % všech dotázaných.

Svou celkovou spokojenost v zařízení, která je pro vnímání kvality poskytovaných služeb velmi důležitá, ohodnotily ženy ve středisku DS průměrnou známkou 1,5 a muži průměrnou známkou 1,7. Ve středisku DSS ohodnotily ženy svou spokojenost průměrnou známkou 2,1 a muži průměrnou známkou 2,2. Kvalita poskytovaných služeb se často odráží ve vyšší úhrady za pobyt v daném zařízení. Občanské sdružení Hvězda nabízí svým klientům zejména nadstandardní služby a ubytování, které je vhodné spíše pro majetnější seniory. Na otázku týkající se výše úhrady za pobyt odpovědělo 33 % respondentů střediska DS, že ji považuje za příliš vysokou, 22 % respondentů ji považuje za přiměřenou, vzhledem k poskytovaným službám a 44 % dotázaných výši úhrady za pobyt nedokáže posoudit. Ve středisku DSS považuje 53 % respondentů výši úhrady za příliš vysokou, 42 % respondentů ji považuje za přiměřenou, jeden respondent uvedl, že nedokáže výši úhrady za pobyt posoudit, protože ji platí jeho příbuzný.

Na otázku, zda respondentům chybí v domově nějaká konkrétní služba, za kterou jsou ochotni i připlatit uvedli klienti střediska DS ve většině případů, že jim žádná služba buď nechybí, nebo už si nemají další služby z čeho připlatit. Ve středisku DSS uvedlo shodně 24 % respondentů, že by uvítali například možnost výběru jídel nebo speciální masáže.

Občanské sdružení nabízí svým klientům také řadu doplňkových služeb, které si klienti hradí ze svých finančních prostředků. Podle výsledků dotazníku vyplynulo, že nejčastěji klienti využívají služby kadeřníka, dále pedikúru a také individuální nákup. Kosmetiku nebo autodopravu nevyužívá žádný z dotázaných. S kvalitou těchto doplňkových služeb ve středisku DS spokojeno 89 % klientů, ve středisku DSS je spokojeno 76 % všech dotázaných.

Poskytovatelé sociálních služeb musí svým klientům zprostředkovat mimo jiné dostatečný kontakt se společenským prostředím. Z výsledků dotazníku vyplynulo, že zařízení DS a DSS poskytuje svým klientům dostatečný kontakt se společenským prostředím, protože všichni respondenti u této otázky odpověděli kladně.

Aktivizační činnosti v domovech pro seniory umožňují smysluplné využití volného času jednotlivých klientů. Ve středisku DS se volnočasových aktivit účastní 89 % všech dotázaných. V dodatku uváděli například koncerty, zájezdy nebo ergoterapii. Mnoho respondentů uvedlo, že se účastní všech volnočasových aktivit, pokud jim to čas umožní. Ve středisku DSS se aktivizačních činností účastní 76 % respondentů. 24 % respondentů se volnočasových aktivit neúčastní z důvodu vysokého věku. Více jak polovina (53,8 %) všech dotázaných středisek DS a DSS považuje rozsah volnočasových aktivit za dostačující, celkem 31 % všech respondentů, kteří na tuto otázku odpověděli, ovšem tyto aktivity považují za spíše nebo velmi nedostačující a uvítali by například více skupinových aktivit.

Závěrečná otázka umožňovala respondentům verbální vyjádření případných poznámek k dotazníku, pouze dva klienti ze střediska DS zde uvedli, že chování a přístup pracovníků je hodně individuální a museli by hodnotit každého pracovníka zvlášť.

7.6 Testování hypotéz

Z výsledků dotazníkového šetření bylo možné vyvrátit nebo potvrdit předem stanovené hypotézy:

- H1: Počet spokojených respondentů s rozsahem poskytovaných služeb je větší, než počet nespokojených respondentů.

- H2: Počet spokojených respondentů s kvalitou ošetrovatelské je větší, než počet nespokojených respondentů.
- H3: Počet spokojených respondentů s kvalitou ubytování je větší, než počet nespokojených respondentů.
- H4: Počet spokojených klientů s úrovní a zázemím domova je větší, než počet nespokojených klientů.

Postupy, kterými se prověřuje platnost nulové hypotézy, se nazývají **statistické testy**. Hypotéza, jejíž platnost ověřujeme, se nazývá **nulová hypotéza H_0** .

Pro zjištění platnosti jednotlivých hypotéz byl využit tzv. *Pearsonův test χ^2 dobré shody*. Požadavek pro použití χ^2 – testu dobré shody je, aby alespoň 80 % očekávaných (teoretických) četností byl větších než 5 a žádná nebyla menší než 1 (Doležalová, Pavelka 2005).

H_1 : Počet spokojených respondentů s rozsahem poskytovaných služeb je větší, než počet nespokojených respondentů.

H_0 : Počet spokojených respondentů s rozsahem poskytovaných služeb je stejný, jako počet nespokojených respondentů.

K H_1 se vztahují otázky č. 4a, výsledky spokojenosti jsou uvedeny jako četnosti n_{ei} v následující tabulce.

Tab. 19 Spokojenost s rozsahem poskytovaných služeb

Spokojenost k	Empirická četnost n_{ei}	Teoretická četnost n_{oi}	Testové kritérium X^2
+2	16	7	11,57
+1	11	7	2,29
0	7	7	0,00
-1	1	7	5,14
-2	0	7	7,00
Nedokážu posoudit	0	-	-
Celkem	35	35	26,00

Zdroj: Vlastní

Teoretická (očekávaná) četnost se vypočítá jako aritmetický průměr zjištěné četnosti, otázky bez odpovědi se nezapočítávají, tedy $n/5 = 35/5 = 7$.

Výpočet testovacího kritéria: $X^2 =$ _____

Hodnota testovacího kritéria je $X^2 = 26$.

V tabulce četností je 5 řádků, a proto $5 - 1 = 4$ **stupňů volnosti**. Pro hladinu testu $\alpha = 0,05$ a 4 stupně volnosti je kritická hodnota $X^2_{0,05}(4) = 9,49$. Jelikož vypočítaná hodnota testovacího kritéria je větší než kritická hodnota ($X^2 > X^2_{0,05}(4)$), odmítnu nulovou hypotézu a přijmu hypotézu H_1 .

To znamená, že se hypotéza potvrdila a počet spokojených respondentů s rozsahem poskytovaných služeb je větší, než počet nespokojených.

H_2 : Počet spokojených respondentů s kvalitou ošetrovatelské péče je větší, než počet nespokojených respondentů.

H_0 : *Počet spokojených respondentů s kvalitou ošetrovatelské péče je stejný, jako počet nespokojených respondentů.*

K H_2 se vztahují otázky č. 4f, výsledky spokojenosti jsou uvedeny jako četnosti n_{ei} v následující tabulce.

Tab. 20 Spokojenost s kvalitou ošetrovatelské péči

Spokojenost k	Empirická četnost n_{ei}	Teoretická četnost n_{oi}	Testové kritérium X^2
+2	13	7	5,14
+1	10	7	1,29
0	6	7	0,14
-1	0	7	7,00
-2	0	7	7,00
Nedokážu posoudit	6	-	-
Celkem	35	35	20,57

Zdroj: Vlastní

Teoretická (očekávaná) četnost: $n/5 = 35/5 = 7$.

Hodnota testovacího kritéria je $X^2 = 20,57$.

V tabulce četností je 5 řádků, a proto $5 - 1 = 4$ **stupňů volnosti**. Pro hladinu testu $\alpha = 0,05$ a 4 stupně volnosti je kritická hodnota $X^2_{0,05}(4) = 9,49$. Jelikož vypočítaná hodnota testovacího kritéria je větší než kritická hodnota ($X^2 > X^2_{0,05}(4)$), odmítnu nulovou hypotézu a přijmu hypotézu H_1 .

vého kritéria je větší než kritická hodnota ($X^2 > X^2_{0,05}(4)$), odmítnu nulovou hypotézu a přijmu hypotézu H_2 .

To znamená, že se hypotéza potvrdila a počet spokojených respondentů s kvalitou ošetrovatelské péče je větší, než počet nespokojených.

H_3 : Počet spokojených respondentů s kvalitou ubytování je větší, než počet nespokojených respondentů.

H_0 : *Počet spokojených respondentů s kvalitou ubytování je stejný, jako počet nespokojených respondentů.*

K H_3 se vztahují otázky č. 4g, výsledky spokojenosti jsou uvedeny jako četnosti n_{ei} v následující tabulce.

Tab. 21 Spokojenost s kvalitou ubytování

Spokojenost k	Empirická četnost n_{ei}	Teoretická četnost n_{oi}	Testové kritérium X^2
+2	21	7	28,00
+1	10	7	1,29
0	3	7	2,29
-1	1	7	5,14
-2	0	7	7,00
Nedokážu posoudit	0	-	-
Celkem	35	35	43,72

Zdroj: Vlastní

Teoretická (očekávaná) četnost: $n/5 = 35/5 = 7$.

Hodnota testovacího kritéria je $X^2 = 43,72$.

V tabulce četností je 5 řádků, a proto $5 - 1 = 4$ **stupňů volnosti**. Pro hladinu testu $\alpha = 0,05$ a 4 stupně volnosti je kritická hodnota $X^2_{0,05}(4) = 9,49$. Jelikož vypočítaná hodnota testového kritéria je větší než kritická hodnota ($X^2 > X^2_{0,05}(4)$), odmítnu nulovou hypotézu a přijmu hypotézu H_3 .

To znamená, že se hypotéza potvrdila a počet spokojených respondentů s kvalitou ubytování je větší, než počet nespokojených.

H_4 : Počet spokojených klientů s úrovní a zázemím domova je větší, než počet nespokojených klientů.

H_0 : Počet spokojených klientů s úrovní a zázemím domova je stejný, jako počet nespokojených klientů.

K H_4 se vztahuje otázka dotazníku pro klienty středisek DS a DSS č. 4j, výsledky spokojenosti jsou uvedeny jako četnosti n_{ei} v následující tabulce.

Tab. 22 Spokojenost s úrovní a zázemím domova

Spokojenost k	Empirická četnost n_{ei}	Teoretická četnost n_{oi}	Testové kritérium X^2
+2	12	5,2	8,82
+1	13	5,2	11,70
0	1	5,2	3,39
-1	0	5,2	5,20
-2	0	5,2	5,20
Nedokážu posoudit	0		-
Celkem	26	26,0	34,31

Zdroj: Vlastní

Teoretická (očekávaná) četnost: $n/5 = 26/5 = 5,2$.

Hodnota testovacího kritéria je $X^2 = 34,31$.

V tabulce četností je 5 řádků, a proto $5 - 1 = 4$ stupňů volnosti. Pro hladinu testu $\alpha = 0,05$ a 4 stupně volnosti je kritická hodnota $X^2_{0,05}(4) = 9,49$. Jelikož vypočítaná hodnota testového kritéria je větší než kritická hodnota ($X^2 > X^2_{0,05}(4)$), odmítnu nulovou hypotézu a přijmu hypotézu H_4 .

To znamená, že počet spokojených klientů s úrovní a zázemím domova je větší, než počet nespokojených klientů.

8 SWOT ANALÝZA ORGANIZACE „HVĚZDA – OBČANSKÉ SDRUŽENÍ“

SWOT analýza identifikuje rozdílné **vnitřní** silné a slabé stránky z hlediska zákazníků/klientů ve vztahu k **vnějším** příležitostem a hrozbám. (Hannagan, 1996, s. 98)

Silné stránky (Strengths)

S1 – Tradice a dobré jméno organizace.

S2 – Vícezdrojové financování.

S3 – Široký komplex sociálních služeb, ve Zlínském kraji nemá organizace přímou konkurenci.

S4 – Kvalita poskytovaných služeb (ČSN EN ISO 9001:2009 - Systém managementu kvality, pozitivní vnímání kvality klienty středisek DS a DSS a příbuznými klientů střediska HH).

S5 – Nadstandardní vybavení pokojů, bezbariérový přístup.

S6 – Kvalifikovaní pracovníci (podpora celoživotního vzdělávání zaměstnanců).

Slabé stránky (Weaknesses)

W1 – Nedostatek finančních prostředků na zavádění nových služeb.

W2 – Vzdělávací kurzy si musí pracovníci organizace hradit z vlastních zdrojů.

W3 – Častá fluktuace pracovníků v sociálních službách, syndrom vyhoření u dlouhodobých zaměstnanců.

W4 – Obsah a kvalita internetových stránek (např. chybí ceník za poskytované služby).

W5 – Nedostatek aktivizačních činností z pohledu klientů střediska DS a DSS.

Příležitosti (Opportunities)

O1 – Možnost získat dotace a dary na podporu sociálních služeb, a to jak od soukromých dárců, nadací, tak od ministerstva nebo Evropské unie.

O2 – Legislativní změny v sociální oblasti.

O3 – Demografické změny ve smyslu stárnutí populace.

O4 – Zvýšení zájmu o práci v sociálních službách.

O5 – Spolupráce se školami, Úřadem práce a jinými organizacemi.

Hrozby (Treats)

T1 – Vliv ekonomické situace prostředí (finanční nejistota, která může omezovat v rozvojových aktivitách organizace).

T2 – Politická nestabilita, negativní legislativní změny.

T3 – Změny v systému financování sociálních služeb.

T4 – Chybějící nabídka kvalifikované pracovní síly na trhu práce.

T5 – Možný nárůst konkurence v odvětví sociálních služeb.

8.1.1 Plus/mínus matice analýzy SWOT

Pro vyhodnocení matice SWOT byla využita plus/minus matice analýzy SWOT, která porovnává vazby mezi zvolenými silnými a slabými stránkami, příležitostmi a ohrožením. Vyjádření míry vzájemného vztahu je znázorněn následovně: silně pozitivní vazba (++), slabě pozitivní vazba (+), silně negativní vazba (--), slabě negativní vazba (-), žádný vzájemný vztah (0).

Tab. 23 Plus/mínus matice analýzy SWOT

		Silné stránky						Slabé stránky					Suma
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	W1	W2	W3	W4	W5	
Příležitosti	O1	+	++	+	++	+	+	++	+	0	0	++	13
	O2	+	++	+	+	+	+	+	+	+	0	+	10
	O3	0	0	+	0	0	0	0	0	0	0	-	1
	O4	0	0	0	+	0	++	0	0	+	0	+	5
	O5	+	+	+	+	0	+	+	+	+	0	+	9
Hrozby	T1	-	--	--	--	-	-	--	--	--	0	--	-17
	T2	-	--	-	-	-	-	--	-	-	0	-	-12
	T3	-	--	-	--	-	-	--	-	-	0	-	-13
	T4	-	0	-	--	0	--	-	0	--	0	-	-10
	T5	0	0	-	0	0	-	-	0	0	0	0	-3
Suma	3	5	4	5	2	5	-8	-4	-6	0	-6		

Zdroj: Vlastní

Zhodnocení plus/mínus matice

Podle plus/mínus matice analýzy SWOT vyplynulo, že mezi nejsilnější stránky občanského sdružení Hvězda patří vícezdrojové financování, kdy převládajícím zdrojem financování jsou tržby za vlastní služby, ovšem významným finančním zdrojem jsou také přijaté dotace, které tvoří zhruba 30 % celkových výnosů. Další silnou stránkou organizace je kvalita poskytovaných služeb, mimo jiné pozitivní vnímání kvality klienty středisek DS a DSS a příbuznými klientů střediska HH. Občanské sdružení Hvězda také podporuje celoživotní vzdělávání svých pracovníků formou střediska rozvoje lidských zdrojů.

Mezi nejslabší stránku občanského sdružení patří nedostatek finančních prostředků na zavádění nových služeb. Největším problémem jsou zejména každoročně se snižující dotace na sociální služby a s tím související růst nákladů na poskytování těchto služeb. Největší podíl z celkových nákladů organizace tvoří osobní náklady, což je spojeno například s častou fluktuací pracovníků. Právě fluktuace pracovníků v sociálních službách patří mezi další slabiny občanského sdružení, pracovníci v sociálních službách totiž patří k všeobecně nejhůře ohodnoceným pracovníkům na trhu práce. Nedostatek aktivizačních činností z pohledu klientů středisek DS a DSS je také slabou stránkou organizace, což vyplynulo z provedeného dotazníkového šetření.

Mezi největší příležitost organizace patří podle výsledků SWOT matice získávání dotací od státu, EU či od soukromých financovatelů sociálních služeb. Mezi další velké příležitosti patří také legislativní změny v sociální oblasti nebo spolupráce se školami, Úřadem práce a jinými organizacemi.

Největším ohrožením občanského sdružení je vliv ekonomické situace prostředí, tedy finanční nestabilita a nejistota, které mohou omezovat v rozvojových aktivitách organizace. Mezi další ohrožení organizace patří politická nestabilita, negativní legislativní změny nebo změny v systému financování sociálních služeb.

9 PROJEKT ZLEPŠENÍ KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB VE VZTAHU K NÁKLADŮM O.S. HVĚZDA

Občanské sdružení Hvězda bylo založeno v roce 2000, postupem několika let byly v organizaci vytvořeny jednotlivé odborné sekce (viz. kapitola 6.3.2). Vzhledem k širokému komplexu poskytovaných služeb nemá organizace v současné době ve Zlínském kraji přímou konkurenci.

Znakem správného fungování jakéhokoliv subjektu je jeho vývoj, dynamický rozvoj a zvyšování úrovně poskytovaných služeb. Kvalitní sociální služba by měla uspokojovat potřeby daných klientů a zamezit tak případnému negativnímu chování ze strany klientů či jejich příbuzných. Kvalitu poskytovaných služeb lze proto hodnotit také z pohledu vnímání kvality samotnými uživateli sociálních služeb. Analytická část diplomové práce proto mimo jiné zkoumala současné vnímání kvality poskytovaných služeb z pohledu klientů Senior-centra a rodinných příslušníků klientů střediska Hospic Hvězda.

Projektová část diplomové práce se bude věnovat eliminaci nedostatků, které odhalily provedené analýzy v předchozí kapitole. Hlavním cílem celého projektu je zlepšení kvality sociálních služeb ve vztahu k nákladům občanského sdružení Hvězda.

9.1 Základní informace o projektu

Projekt zlepšení kvality sociálních služeb ve vztahu k nákladům občanského sdružení Hvězda je vypracován na období od května 2012 do prosince 2012. Na každou aktivitu projektu je vypracován akční plán, který obsahuje cíl, hlavní činnost, podpůrné aktivity, časovou a finanční náročnost projektu a také to, kdo za danou činnost odpovídá. Vyčíslené náklady na realizaci projektu jsou včetně DPH a stanoveny na základě ceníku případných partnerských společností.

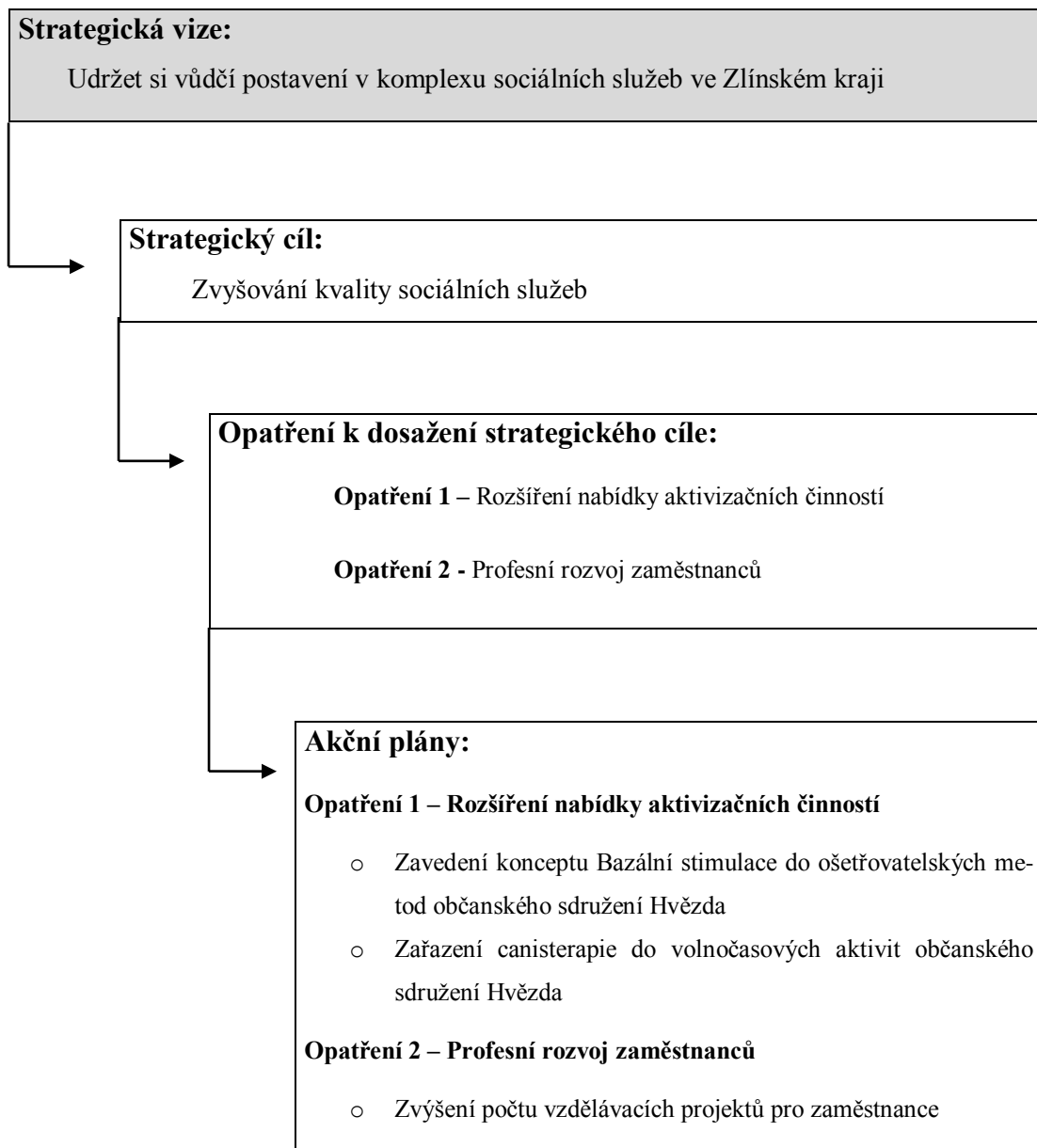
9.2 Cílová skupina projektu

Mezi primární cílovou skupinu projektu patří klienti občanského sdružení, tedy osoby pobírající starobní důchod, mentálně či zdravotně postižení, osamělí nebo jinak vyčlenění ze společnosti.

Mezi sekundární cílovou skupinu projektu patří pracovníci občanského sdružení Hvězda, zejména tedy sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotnický personál, ale také veřejnost a donátoři občanského sdružení.

9.3 Schéma navržené strategie

Tab. 24 Strategické schéma projektu (vlastní)



9.4 Rozšíření nabídky aktivizačních činností

Aktivizační činnosti neboli volnočasové aktivity pod vedením odborného pracovníka, vedou k podpoře aktivity seniora a k prevenci proti poklesu funkcí v oblasti fyzické, duševní i sociální tak, aby případná závislost klientů na službách daného zařízení byla co nejmenší.

Podle výsledků dotazníkového šetření (viz. P VI) není s rozsahem těchto volnočasových aktivit spokojeno 31 % všech dotázaných klientů středisek DS a DSS. Nejvíce respondentů

by uvítalo více skupinových aktivit, ale také rehabilitačního cvičení nebo masáží. Fyzioterapeutické činnosti jsou velmi důležité pro starší osoby, protože jim pomáhají zůstat co nejdéle soběstačnými. Na základě těchto zjištěných informací a zájmu vedení organizace je jedním z navrhovaných opatření k dosažení strategického cíle **zavedení konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelských metod občanského sdružení Hvězda**. Tato metoda by výrazným způsobem doplnila používané odborné terapie v zařízení a vedla by také k uspokojení potřeb klientů, protože bazální stimulace mimo jiné podporuje právě pohybové schopnosti člověka.

Koncept Bazální stimulace

Autorem konceptu bazální stimulace je prof. Dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, který v roce 1970 pracoval v rehabilitačním centru v Německu s dětmi, které se narodily s určitými intelektuálními změnami. Během pětiletého vědeckého projektu vypracoval koncept bazální stimulace, díky kterému lze i u osob s těžkou mentální retardací navázat verbální komunikaci. Bazální stimulace je tedy vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Koncept BS slouží zejména pro většinu ústavů sociální péče, pro pacienty v nemocnicích či pro obyvatele domovů pro seniory. V České republice patří mezi zakladatele bazální stimulace paní PhDr. Karolína Friedlová, která poprvé lektorovala základní kurz bazální stimulace v ČR v roce 2003 na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. V roce 2005 byl poté ve Frýdku-Místku založen INSTITUT Bazální stimulace a v dnešní době pracující s tímto konceptem mnohá zdravotnická a sociální zařízení, ale také agentury domácí péče (Friedlová, 2007).

Aplikace Bazální stimulace v péči o seniory

Bazální stimulace je formou aktivní ošetrovatelské péče, která vytváří intenzivnější vztah mezi ošetrojícím personálem, klientem/pacientem a jeho rodinou. Podle zakladatelů konceptu přispěla tato metoda ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče a podpořila také důležitost ošetrovatelského výzkumu.

Koncept Bazální stimulace je v oblasti péče o seniory nejvíce využíván u klientů trpících demencí, což je nejčastější psychická porucha u lidí starších 65 let. Rodina takto nemocného často sama netuší, jak se o takového člověka správně starat a jak s ním vhodně komunikovat. Klienti s demencí jsou tak nejčastějšími uživateli různých zařízení pro seniory,

ovšem i zde jsou pro ošetřující personál často přítěžující, protože potřebují speciální péči. Zařízení pro seniory tak tuto situaci řeší zřizováním například tzv. domovů pro seniory se zvláštním režimem.

Oba domovy pro seniory občanského sdružení Hvězda jsou registrovány jako Domovy se zvláštním režimem (viz. kapitola 6.3.2). Cílovou skupinu tvoří částečně či úplně nesoběstační senioři a těžce zdravotně postižené osoby, které vyžadují trvalé poskytování individualizované komplexní ošetrovatelské péče. Právě koncept Bazální stimulace je pro tuto skupinu klientů nejvhodnější formou komunikace se svým okolím. Cílem této metody je podpora rozvoje vlastní identity klienta, umožnit mu orientaci na svém těle a následně i v jeho okolí.

Analýza poskytovatele odborného školení Bazální stimulace v ČR

V České republice poskytuje odborné školení konceptu Bazální stimulace pouze jedna oprávněná společnost, a to INSTITUT Bazální stimulace ve Frýdku-Místku. Jedná se o vzdělávací společnost, která je členem Mezinárodní asociace Bazální stimulace a pořádá odborná školení a kurzy, které se věnují problematice Bazální stimulace.

INSTITUT Bazální stimulace s.r.o. nabízí:

- Základní akreditované kurzy Bazální stimulace (24 hodin).
- Nástavbové akreditované kurzy Bazální stimulace (16 hodin) - pouze pro absolventy základních kurzů.
- Prohlubující kurzy Bazální stimulace (8 hodin) - pouze pro absolventy základních i nastavbových kurzů.
- Supervize proškolených pracovišť s odborným poradenstvím a následnou certifikací.
- Národní kongresy Bazální stimulace s mezinárodní účastí a odbornou literaturu vztahující se ke konceptu Bazální stimulace (IBS, ©2004-2012).

Institut Bazální stimulace nabízí dva druhy školení, otevřené a na klíč (In-house), což znamená přímo v dané organizaci. Absolventi certifikovaných kurzů obdrží od Mezinárodní asociace Bazální stimulace certifikát, který je platný ve všech zemích Evropské unie. Kromě certifikátu získají absolventi také certifikát níže uvedených ministerstev, kterými je organizace akreditována:

- Ministerstvem zdravotnictví ČR,
- Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR,
- Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR,
- Ministerstvem zdravotnictví Slovenské republiky.

Kurz bazální stimulace je určen pro:

- **poskytovatele sociálních služeb:**

Pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, je kurz akreditován Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR.

- **poskytovatele zdravotní péče:**

Pro lékaře a nelékařská zdravotnická povolání (všeobecná sestra, fyzioterapeut, zdravotně sociální pracovník, zdravotnický záchranář, zdravotnický asistent, atd.). Kurz je akreditován Ministerstvem zdravotnictví ČR, absolventi získají zvláštní odbornou způsobilost.

- **speciální pedagogy, asistent pedagoga, učitel speciálních škol:**

Pro tyto profese je kurz akreditován Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (IBS, ©2004-2012).

Příklady organizací proškolených Institutem Bazální stimulace, které integrovaly koncept Bazální stimulace do zdravotnické či sociální péče ve Zlínském kraji:

- Domov pro seniory Burešov, Burešov 4884, 760 01 Zlín,
- SENIOR Otrokovice, Školní 1299, Otrokovice,
- Diakonie ČCE - hospic CITADELA, Žerotínova 1421, Valašské Meziříčí,
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Uherský Brod, Okružní 1519, Uherský Brod,
- Diakonie ČCE středisko CESTA, Uherské Hradiště a mnoho jiných.

9.4.1 Zavedení konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelských metod o.s. Hvězda

Po dohodě s vedením organizace bude pilotní fáze projektu zahájena ve středisku Hospic Hvězda a ve středisku Domov seniorů. Pokud by se koncept Bazální stimulace v organizaci osvědčil, mohou se kurzu zúčastnit i další pracovníci občanského sdružení, popřípadě si mohou pracovníci rozšířit své dovednosti v Nástavbovém a Prohlubujícím kurzu.

Vzhledem k tomu, že se jedná o školení 15 zaměstnanců, 8 pracovníků HH a pracovníků DS, navrhuji zrealizovat kurz přímo v organizaci, což bude jistě pro občanské sdružení nejefektivnější.

Výhody kurzu na klíč (v organizaci):

- ✓ vhodné pro školení větší skupiny pracovníků,
- ✓ možnost absolvovat školení přímo v organizaci a lze tudíž provést praktické ukázky přímo na klientech střediska HH a DS,
- ✓ finančně efektivnější řešení pro školení více zaměstnanců, protože v tomto případě odpadnou například cestovní náklady nebo náklady a ubytování pracovníků.

Cíle Základního kurzu:

- umět definovat a pochopit základní smysl konceptu bazální stimulace,
- rozšířit schopnosti pracovníků tak, aby poskytovaná péče podporovala klientovy zachovalé zvyky v oblasti komunikace a vnímání,
- sestavit na základě získaných teoretických vědomostí a praktických dovedností individuální plán péče o jednotlivé klienty daných středisek.

Časová dotace základního kurzu: 20-24 vyučovacích hodin

Na základně dohody mezi organizací a poskytovatelem školení může kurz probíhat dva nebo tři dny. Dle mého názoru bude 3denní kurz pro organizaci efektivnější, protože zaměstnanci budou mít více prostoru se s konceptem seznámit. Výuka bude rozdělena první dva dny do 8 vyučovacích hodin a třetí den do 4-8 vyučovacích hodin, kdy jedna vyučovací hodina trvá 45 minut.

Počet účastníků v kurzu: minimální počet 14, maximální počet 24 účastníků

Jak již bylo uvedeno, pilotní fáze projektu je určena pro středisko Hospic Hvězda a středisko Domov seniorů. Kurzu se zúčastní celkem 15 pracovníků, 8 pracovníků HH a 7 pracovníků DS.

Cena kurzu: 3 500 Kč/osoba + 20% DPH = **4 200 Kč**

V ceně kurzu jsou zahrnuty veškeré náklady na kurz, tedy skripta pro každého účastníka, mezinárodní certifikát, osvědčení ministerstva, materiál spotřebovaný v kurzu, náklady na

práci lektora, jeho ubytování a cestovné, didaktická technika, licenční poplatky a organizační náklady na kurz (IBS, ©2004-2012).

9.4.2 Analýza výše nákladů na zavedení konceptu do praxe

Koncept Bazální stimulace nevyžaduje žádné drahé přístroje, které by finančně zatěžovali organizaci, nejdůležitější je vyškolený personál a pochopení základního smyslu konceptu. Pro úspěšnou implementaci této metody do praxe je ovšem nutné investovat nejen do školení pracovníků, ale také do nákupu kompenzačních pomůcek pro aplikaci této metody. Tyto pomůcky se využívají v tzv. polohování (viz. Obr. 7), které má rehabilitační, ale také relaxační účinky. Polohování brání vzniku proleženin, procvičuje svaly a umožňuje rozvoj pohybu.



Obr. 7 Ukázka polohování (IBS, ©2004-2012)

V následující tabulce jsou uvedeny předběžné náklady na zavedení konceptu BS do ošetrovatelských metod občanského sdružení. Ceny jsou včetně DPH a odpovídají reálným tržním cenám.

Tab. 25 Náklady na zavedení konceptu

Položka	Cena v Kč (včetně DPH)
Základní školení pracovníků (4 200 Kč/osoba)	63 000
Mzdové náklady (1 300 Kč/osoba)	19 500
Základní pomůcky pro aplikaci BS	10 972
Celkem	93 472

Zdroj: Vlastní

Do celkových nákladů konceptu BS jsou započítány náklady na základní školení pro 15 zaměstnanců, úhrada mezd zaměstnanců během celého školení a základní pomůcky pro aplikaci BS, které jsou podrobněji rozebrány v následujícím odstavci. Celkové náklady na zavedení této metody jsou ve výši 93 472 Kč.

9.4.3 Financování konceptu Bazální stimulace

Charakteristickým rysem financování sociálních služeb je tzv. „vícezdrojové“ financování. Za zdroje příjmu lze v sociálních službách považovat:

- dotace ze státního rozpočtu,
- dotace z rozpočtu krajů, měst či obcí,
- prostředky z programu Evropské unie,
- dary, příspěvky,
- úhrady od klientů, atd.

Jak vyplynulo z provedené SWOT analýzy, občanské sdružení nemá v současnosti dostatek finančních prostředků na to, aby kurz svým zaměstnancům zaplatila z vlastních zdrojů. Proto navrhuji financovat školení pracovníků BS dotacemi z Evropského sociálního fondu (ESF).

▪ Dotace na školení pracovníků z ESF

Od 31. 5. 2011 realizuje MPSV projekt „Vzdělávejte se pro růst!“ financovaný právě z ESF. Zaměstnavatelé z vybraných ekonomických odvětví mohou v tomto projektu požádat jednak o finanční dotaci na vzdělávání či rekvalifikaci svých pracovníků, ale také o úhradu mzdových nákladů pracovníků v době jejich účasti na vzdělávání.

Evropská unie vyčlenila z prostředků na tento projekt zhruba 300 mil. Kč pro poskytovatele sociálních služeb. V rámci tohoto projektu lze vzdělávat zaměstnance poskytovatelů terénních a ambulantních sociálních služeb, a to například pracovníky v sociálních službách, sociální pracovníky a pečující osoby, které poskytují pomoc osobám se zdravotním postižením, seniorům. (MPSV, ©2002-2011)

Realizace projektu „Vzdělávejte se pro růst!“

Projekt je realizován v období od **31. 5. 2011 do 31. 7. 2013**. Žádost o dotaci předloží občanské sdružení Úřadu práce ve Zlíně, podmínkou získání příspěvku je, že vzdělávací aktivity nebudou trvat déle než 18 měsíců a budou ukončeny nejpozději do 31. 5. 2013. Žada-

tel o dotaci může čerpat maximálně částku 500 000 Kč měsíčně, celkem na mzdové náklady i náklady na vzdělávání. V tomto případě tedy očekávám, že evropské fondy uhradí 100 % nákladů vynaložených na školení a mzdové náklady pracovníkům během školení, tedy celkem 82 500 Kč.

▪ Využití dárcovství a sponzoringu

Pořízení základních kompenzačních pomůcek pro aplikaci konceptu Bazální stimulace nelze financovat z Evropských fondů, proto navrhuji hledání finančních prostředků mezi sponzory občanského sdružení, rodinnými příslušníky klientů a veřejností.

Náklady na zakoupení kompenzačních pomůcek (viz. Tab. 26) jsou vyčísleny na přibližně 10 972 Kč. Ceny jsou uvedeny v souhrnných částkách za každou položku a uvedeny v aktuálních tržních cenách.

Tab. 26 Náklady na kompenzační pomůcky

Položky	Cena v Kč (včetně DPH)
Antidekubitní sedáky (4 ks)	1 380
Podhlavník (4 ks)	736
Set polohovacích válců (3 ks)	756
Klín k nadzvednutí trupu (3 ks)	1 140
Relax vaky (2 ks)	4 560
Pomůcky k polohování sedu (3 Ks)	2 400
Celkem	10 972

Zdroj: Vlastní

Organizace veřejné akce

Pro získání potřebného množství finančních prostředků na koupi kompenzačních pomůcek navrhuji občanskému sdružení uspořádat společné setkání pro klienty, rodinné příslušníky a širokou veřejnost s názvem „BAZÁLNÍ DOTEK“. Na této akci se budou prodávat výrobky klientů Sociálně terapeutických dílen a výtěžek z této akce umožní občanskému sdružení nákup potřebného vybavení.

Akční program veřejné akce „BAZÁLNÍ DOTEK“ je rozdělen do následujících pěti činností:

1. Místo a doba realizace

Tato akce se bude konat v prostorách střediska Hospic Hvězda a Dům seniorů, který se nachází na adrese Sokolovská 967, Zlín-Malenovice. Tyto prostory jsem zvolila proto, že pilotní projekt zavedení konceptu BS je plánován právě v těchto střediscích. Plánovaná akce se bude konat v srpnu, tudíž budou využity také venkovní prostory před zařízením, ve společenské místnosti bude probíhat prezentace konceptu Bazální stimulace a její využití v občanském sdružení Hvězda. Na této metodě se aktivně podílejí také rodinní příslušníci klientů, možnost získání potřebných informací pro ně tedy bude velmi přínosná. Organizace plánuje v budoucnu vyškolení všech svých pracovníků touto metodou, získání dobrého povědomí o této metodě jistě pomůže občanskému sdružení v případném dalším školení svých pracovníků. Termín konání akce je naplánován na: 25. 8. 2012

2. Výběr doprovodné akce

Pro zpestření průběhu celé akce navrhuji využití hudebního doprovodu, například oslovení dětského folklorního souboru **Doubravjánek**. Tento soubor má zkušenosti z vystupování v domovech pro seniory či jiných veřejných akcích a jeho vystoupení bude zcela zdarma.

3. Tvorba propagačních materiálů k akci, prezentace v místním tisku

O této akci bude veřejnost a také rodinní příslušníci klientů seznámeni formou pozvánek, které budou umístěny v prostorách občanského sdružení a budou také rozesílány potenciálním sponzorům e-mailem. Podrobnosti o plánované akci budou uveřejněny také na webových stránkách občanského sdružení. Akce bude taktéž inzerována v místním tisku, konkrétně v regionálním deníku - Zlínský deník.

Regionální deník – je to nečtenější zpravodajský deník v ČR, čtenost jednotlivého vydání je 830 tisíc čtenářů, ve Střední a východní Moravě tvoří podíl čtenářů regionálního Deníku 10 %. Regionální deník také nabízí širokou cílovou skupinu čtenářů, ať se jedná o ekonomicky aktivní obyvatele, osoby s vyšším vzděláním nebo seniory. Deník také nabízí jedno z cenově nejvýhodnějších oslovení lidí v produktivním věku (18-65 let) inzercí mezi zpravodajskými deníky. Ceníky inzerce v Denících jsou uvedeny jako cena za 1mm x počet sloupců (viz. Obr. 8), lokální ceny jsou pro přímé zadavatele, pro reklamní agentury jsou ceny základní.

deník	cena za 1mm/sl. vč. barvy				cena za celou stranu vč. barvy	
	základní ceny		lokální ceny		základní cena	
	po-čt, so	pá	po-čt, so	pá	po-čt, so	pá
Kroměřížský deník	9	13	8	12	22 410	32 370
Slovácký deník	10 (st 16)	23	9 (st 15)	20	24 900 (st 39 840)	57 270
Valašský deník	10 (po 11)	22	9 (po 10)	19	24 900 (po 27 390)	54 780
Zlínský deník	15	25	13	22	37 350	62 250
Zlínský kraj	32	42	28	36	79 680	104 580

TÝDENÍK	cena za 1mm/sl. vč. barvy				cena za celou stranu vč. barvy	
	základní ceny		lokální ceny		základní cena	
	po 11	pá 23	po 10	pá 20	po 27 390	pá 57 270
Naše Valašsko	po 11	pá 23	po 10	pá 20	po 27 390	pá 57 270
Slovácké noviny	st 16	pá 23	st 15	pá 20	st 39 840	pá 57 270

Obr. 8 Ceník inzerce deníků ve Zlínském kraji (Deník, ©2000-2009)

Výpočet ceny inzerátu:

Inzerát na akci bude uveden ve Zlínském deníku, bude tvořit 1/8 strany, rozměry inzerátu: 90 x 120 mm – 2 sloupce, celobarevný inzerát, lokální cena, bez konkrétního umístění, 6x uveřejnění (16., 18., 20. – 23. 8. 2012).

Tab. 27 Výpočet ceny inzerce

Kritérium	Cena v Kč
Základní cena (2 x 120 x 13 Kč)	3 120
Sleva za opakování (5 % z 3 120 Kč)	-156
Výsledná cena (bez DPH)	2 964
Výsledná cena s DPH	3 557

Zdroj: Deník, ©2000-2009

4. Zajištění občerstvení

Občerstvení na akci bude podáváno formou švédských stolů, dodavatelem potravin občanského sdružení je Leopold Novák, který by vzhledem k dobročinnému charakteru akce poskytl veškeré občerstvení formou daru.

5. Zpětné vyhodnocení účinnosti akce

Účinnost akce bude následně zhodnocena z hlediska počtu účastníků, z hlediska tržeb za prodané výrobky, zhodnocení z hlediska získaných finančních darů, sponzorských příspěvků a uzavřených sponzorských smluv.

Tab. 28 Náklady na akci „Bazální Dotek“

Položka	Cena v Kč (včetně DPH)
Inzerce v tisku	3 557
Tisk pozvánek	1 000
Zveřejnění na webových stránkách	0
Občerstvení	0
Hudební vystoupení dětského sboru	0
Celkem	4 557

Zdroj: Vlastní

Celkové náklady na realizaci veřejné akce „BAZÁLNÍ DOTEK“ byly vyčísleny na 4 557 Kč, největší položku tvoří náklady na inzerci ve Zlínském deníku, která činí 3 557 Kč, náklady na tisk pozvánek jsou odhadnuty na 1 000 Kč, ostatní náklady budou pro občanské sdružení nulové.

9.4.4 Akční plán na zavedení konceptu Bazální stimulace

Akční plán poskytuje odpovědi na otázky: co bude učiněno, kdy to bude učiněno, kdo za to bude odpovědný a kolik to bude stát?

Jednotlivé aktivity akčního plánu obsahují:

- **Cíl činnosti** – čeho má být dosaženo,
- **Hlavní činnost** - upřesňuje, co má být konkrétně provedeno,
- **Podpůrné činnosti** – jak toho bude dosaženo,
- **Odpovědná osoba** – kdo za aktivitu zodpovídá,
- **Časová náročnost** – začátek a konec aktivity,
- **Finanční náročnost** – částka stanovená pro dosažení aktivity.

Tab. 29 Akční plán na zavedení konceptu

Cíl činnosti	Zvýšení kvality sociálních služeb
Hlavní činnost	Rozšíření aktivizačních činností v o.s. Hvězda
Podpůrná činnost	Zavedení konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelských metod o.s. Hvězda
	Uspořádání veřejné akce na získání finančních prostředků pro koupi základních pomůcek
Odpovědnost	Ekonomické oddělení organizace, projektový inženýr
Časová náročnost	Příprava časového harmonogramu: 30. 5. - 31. 5.
	Žádost o dotaci ESF: 10. 6. - 11. 7. 2012
	Uzavření smlouvy s IBS: 15. 7. - 17. 7. 2012
	Školení pracovníků: 22. 7. - 24. 7. 2012
	Vyhotovení certifikátů pro pracovníky: 25. 7. - 30. 8. 2012
	Příprava a propagace akce "Bazální Dotek": 30. 7. - 25. 8. 2012
	Realizace akce: 25. 8. 2012
	Vyhodnocení úspěšnosti akce a zakoupení pomůcek: 27. 8. - 7. 9. 2012
	Integrace konceptu do praxe: 8. 9. 2012
Finanční náročnost	Základní školení: 63 000 Kč
	Náklady na akci "Bazální Dotek": 4 557 Kč
	Základní pomůcky pro BS: 10 972 Kč
	Mzdové náklady: 19 500 Kč
	Náklady celkem: 98 029 Kč

Zdroj: Vlastní

Z akčního plánu vyplynulo, že celková finanční náročnost zavedení konceptu Bazální stimulace je vyčíslena na 98 029 Kč. V následující tabulce jsou uvedeny zdroje financování jednotlivých činností:

Tab. 30 Zdroje financování konceptu Bazální stimulace

Navrhovaná aktivita	Financováno z ESF	Financováno výtěžkem z akce	Financováno organizací
Základní školení	63 000		
Realizace veřejné akce			4 557
Základní pomůcky pro BS		10 927	
Mzdové náklady	19 500		
Celkem	82 500	10 927	4 557

Zdroj: Vlastní

Při získání dotace uhradí Evropské fondy 100 % nákladů vynaložených na školení a mzdové náklady pracovníkům v průběhu celého školení, tedy 82 500 Kč. Finanční částka na zakoupení kompenzačních pomůcek bude zajištěna výtěžkem z uspořádané veřejné akce „BAZÁLNÍ DOTEK“. Náklady na realizaci této akce zaplatí organizace z vlastních finančních zdrojů.

V následující tabulce je uvedena podrobná časová realizace jednotlivých činností vedoucích k zavedení konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelských metod občanského sdružení Hvězda.

Tab. 31 Časová realizace zavedení konceptu Bazální stimulace

Od	Do	Jednotlivé kroky implementace
30.5.2012	12.6.2012	Příprava projektu
13.6.2012	14.6.2012	Předložení a schválení návrhu vedení organizace
20.6.2012	17.7.2012	Žádost o dotaci na školení konceptem BS
20.7.2012	21.7.2012	Uzavření smlouvy s IBS
30.7.2012	1.8.2012	Školení pracovníků HH a DS konceptem BS
2.8.2012	1.9.2012	Vyřízení certifikátů pro pracovníky
30.7.2012	1.8.2012	Příprava veřejné akce "Bazální Dotek"
6.8.2012	25.8.2012	Propagace a realizace veřejné akce
27.8.2012	29.8.2012	Vyhodnocení úspěšnosti akce
30.8.2012	7.9.2012	Zakoupení kompenzačních pomůcek
8.9.2012	12.9.2012	Zavedení konceptu BS do praxe

Zdroj: Vlastní

Přínosy konceptu pro organizaci „HVĚZDA – občanské sdružení“

Podle mého názoru nabízí koncept Bazální stimulace velký potenciál do budoucna, který může pro každou organizaci, která ho zavede do svých ošetrovatelských metod, představovat mimo jiné velkou konkurenční výhodu.

Vzhledem k tomu, že je pro občanské sdružení Hvězda důležité poskytovat svým klientům kvalitní služby, bude pro ni tento koncept jistě velkým přínosem. Tento koncept nevyžaduje žádné nadstandardní vybavení či drahé přístroje, důležité je pochopit základní princip konceptu, který ve své podstatě využívá základních činností a dotyků, které považujeme za běžné a přirozené, ovšem v zařízeních sociálních služeb často opomíjené. Ať jsou to již zmíněné dotyky, speciální masáže, používání oblíbené hudby klienta, vůně, barvy či pou-

žívání osobních věcí, které klientům s poruchou vědomí pomáhají v rozvoji komunikačních činností.

Zavedení konceptu Bazální stimulace do praxe brání v mnoha případech nedostatek finančních prostředků, zejména tedy náklady na proškolení personálu. Právě ale investice do této metody se může v dlouhodobém horizontu vyplatit, a to nejen dané organizaci, ale také uživatelům sociálních služeb.

Zavedení konceptu Bazální stimulace jistě povede ke zvýšení kvality poskytovaných služeb v občanském sdružení Hvězda, což je také strategický cíl projektu diplomové práce.

9.4.5 Zařazení canisterapie do volnočasových aktivit o.s. Hvězda

Jak je uvedeno v předcházející kapitole, z analytické části diplomové práce vyplynulo, že klienti občanského sdružení by uvítali více skupinových činností a také rehabilitace. Občanské sdružení má ve svém programu například muzikoterapii, ergoterapii, arteterapii či reminiscenční terapii, na základě zjištěných nedostatků dále navrhuji zařadit do aktivizačních činností organizace také program canisterapie, která je součástí tzv. zooterapie.

Charakteristika canisterapie

Canisterapii lze charakterizovat jako léčebný kontakt psa a člověka. Pes už jen svou přítomností dokáže vyvolat dobrou náladu všude tam, kde je potřeba. Ve světě se canisterapie vyvinula převážně v 50. letech 20. Století, v České republice se začala rozvíjet až po roce 1990. Odborní lékaři využili poznatky ze zahraničí a zařadili do léčby pacientů pravidelný kontakt se živými zvířaty jako součást komplexní léčby nemocí ve stáří. V dnešní době se canisterapie používá zejména k řešení problémů psychologických, citových nebo problémů sociální integrace.

Využití canisterapie v zařízeních pro seniory

Canisterapie se u dospělých osob využívá především v sociálních službách v domovech pro seniory, léčebnách dlouhodobě nemocných a ústavech sociální péče. Lidé, kteří žijí v zařízeních pro seniory, jsou často velmi osamělí, chybí jim častější kontakt s rodinou, jejich přáteli, ale také třeba se zvířetem, které doma chovali. Takoví lidé mohou trpět depresi a jsou uzavřeni sami do sebe. V takových případech může být právě pes ten, který jim pomůže najít nový smysl života. Klientům těchto zařízení je třeba kromě odborné lékařské a ošetrovatelské péče nabídnout také dostatečně pestrou nabídku volnočasových aktivit.

Canisterapie nabízí seniorům zejména psychickou a pohybovou podporu, procvičuje koordinaci nebo hybnost rukou. U seniorů se většinou nevyužívá tzv. polohování, jako například u dětí. Dlouhodobě ležícím klientům ale může být pes přiložen na lůžko, aby si jej mohl klient pohladit.

Canisterapie bude zpestřením a vytržením ze stereotypu nejen pro klienty občanského sdružení Hvězda, ale také pro jeho zaměstnance. Pracovníci jistě uvítají možnost pohladit si psa během své pracovní doby. Canisterapie bude u pracovníků organizace sloužit k prevenci syndromu vyhoření, kterým trpí právě zaměstnanci, kteří se denně dostávají do styku s lidmi v těžkých životních situacích.

9.4.6 Poskytovatelé canisterapeutických služeb ve Zlínském kraji

Canisterapeutické činnosti široké veřejnosti nabízí ve Zlínském kraji například Canisterapeutické sdružení Jižní Morava, organizace Podané ruce, o.s. nebo Canisterapeutické centrum Zlín.

▪ Canisterapeutické sdružení Jižní Morava

Organizace zahájila svou činnost dne 20. 9. 2000. V minulém roce pracovalo ve sdružení 140 členů se 147 psy, v letošním roce je to 163 týmů. Členové sdružení pracují jednak na kontaktních místech po celé Jižní Moravě, ale účastní se také akcí konaných jinými organizacemi pro zdravé děti i pro děti s handicapem, pro klienty v Domovech důchodců a Ústavech sociální péče.

V současné době navštěvují týmy Canisterapeutického sdružení ve Zlínském kraji následující organizace:

- ❖ Dětský domov, Základní škola speciální a praktická,
- ❖ Hrádek - zařízení pro děti a mládež s mentálním postižením,
- ❖ Dům pro seniory Luhačovice,
- ❖ Domov důchodců Lukov,
- ❖ Diakonie českobratrské církve evangelické Uherské Hradiště atd.

Ve Zlínském kraji pracuje v současné době přibližně 14 týmů, vždy ve složení člověk a pes. Návštěvy organizace nabízí zařízením sociálních služeb, zdravotnickým zařízením, dětským domovům, ale také individuálním rodinám s handicapovaným členem (CTS JM, 2012).

- **Organizace Podané ruce, o.s.**

Sdružení zahájilo svou činnost dne 12. 4. 2000. Canisterapeutické týmy organizace Podané ruce pracují v sociálních zařízeních typu domov důchodců, dětský domov, ústav sociální péče, speciální škola, speciální mateřská škola a mnoho dalších. Cílovou skupinu tvoří tedy děti, zdravé nebo mentálně či tělesně postižené, staří lidé, nemocní či postižení lidé. Ve Zlíně pracuje v současné době pro organizaci přibližně 5 týmů, vždy ve složení člověk a pes.

Členové sdružení v současnosti dochází do těchto organizací ve Zlínském kraji:

- ❖ Naděje, občanské sdružení
- ❖ Centrum pro seniory v Holešově,
- ❖ Charita Svaté rodiny Luhačovice,
- ❖ Charita sv. Vojtěcha Slavičín,
- ❖ Sociální služby Uherské Hradiště.

Organizace Podané ruce, o.s. dochází pravidelně do zdravotnických či sociálních zařízení, ale také přímo do domácností klientů (Podané ruce, ©2008).

- **Canisterapeutické centrum Zlín**

Canisterapeutické centrum Zlín zahájilo svou činnost dne 9. 12. 2005. Služby tohoto centra jsou bezplatně dostupné jednak klientům jednotlivých zařízení, ale také například rodičům s postiženými dětmi, kteří o ně pečují doma. V canisterapeutickém centru pracuje v současnosti 6 týmů, vždy ve složení člověk a pes, centrum se specializuje na metodu polohování.

Činnost Canisterapeutického centra:

- poskytování canisterapie široké veřejnosti zdarma,
- provozování canisterapie v nejrůznějších zařízeních zaměřených na postižené děti nebo seniory (tzv. geriatric),
- cvičení a vychovávání nových canisterapeutických psů a týmů,
- přednášení na nejrůznějších odborných konferencích,
- pořádání přednášek pro veřejnost, školy a v rámci různých projektů, kterých se centrum účastní.

V současné době se Canisterapeutické Centrum Zlín věnuje klientům přímo v Centru a dochází do následujících zařízení:

- ❖ Rehabilitačního stacionáře ve Zlíně,
- ❖ Charity sv. Anežky v Otrokovicích,
- ❖ Domu pokojného stáří na Jižních Svazích,
- ❖ Domu Senior v Otrokovicích,
- ❖ Centra pro seniory v Holešově,
- ❖ Naděje Zlín,
- ❖ Naděje Slavičín,
- ❖ Charity Luhačovice. (CCZ, ©2008-2010)

9.4.7 Analýza výše nákladů na zavedení canisterapie

Uvedené organizace poskytují canisterapeutické činnosti zcela zdarma, ovšem pro úspěšné využívání této terapie je třeba učinit jisté finanční investice v rámci organizace.

▪ Pomůcky pro canisterapii

Při dlouhodobém využívání canisterapie se doporučuje, nejen z hlediska hygienického, zakoupení pomůcek, které se budou využívat výhradně pro tuto terapii. Jedná se například o misky pro psa, psí pamlsky či hračky.

▪ Tématické pomůcky pro klienty

Vhodné je zařadit tematiku psů, či zvířat všeobecně, také do ostatních aktivit občanského sdružení. Například zakoupení knížek o psech či zvířatech, omalovánky a hry s danou tematikou.

▪ Čas pracovníků občanského sdružení

V průběhu canisterapie je důležité, aby byl ošetřující pracovník klienta k dispozici po celou dobu terapie. Je tedy třeba počítat s tím, že v tuto dobu nemůže dělat jinou činnost a brát to v úvahu při zvažování vytíženosti pracovníků.

V následující tabulce jsou uvedeny předběžné náklady na zavedení canisterapie v občanském sdružení Hvězda. Ceny pomůcek jsou uvedeny v souhrnných částkách za každou položku a odpovídají aktuálním tržním cenám.

Tab. 32 Náklady na zavedení canisterapie

Pomůcky	Náklady v Kč (včetně DPH)
Miska pro psy (2 ks)	188
Pamlsky pro psy	420
Knihy o zvířatech	527
Omalovánky, hry	200
Celkem	1 335

Zdroj: Vlastní

Do nákladů na canisterapii jsem započítala zmíněné pomůcky jako misky pro psa, pamlsky či knihy o zvířatech, celkové náklady jsou tedy ve výši 1 335 Kč.

9.4.8 Akční plán činnosti

Zvolení canisterapeutického týmu, který bude do občanského sdružení pravidelně docházet, záleží zejména na časovém vytížení jednotlivých organizací. Například Canisterapeutické centrum Zlín má v současné době nedostatek členů a není schopno uspokojit veškerou poptávku po svých službách. Z toho důvodu navrhuji oslovit kontaktní osoby v organizacích Podané ruce nebo Canisterapeutické sdružení Jižní Morava.

Zařazení programu canisterapie navrhuji ve střediscích Hospic Hvězda, Domov seniorů, Dům služeb seniorům a také v Denních stacionářích občanského sdružení Hvězda. Canisterapeutický tým by do zařízení docházel jednou za měsíc, popřípadě dle časových možností daného týmu a občanského sdružení Hvězda.

V následující tabulce je uveden akční plán na zavedení canisterapie do volnočasových aktivit občanského sdružení. Akční plán poskytuje odpovědi na otázky: co bude učiněno, kdy to bude učiněno, kdo za to bude odpovědný a kolik to bude stát?

Tab. 33 Akční plán na zavedení canisterapie

Cíl činnosti	Zlepšení kvality sociálních služeb
Hlavní činnost	Rozšíření nabídky aktivizačních činností
Podpůrná činnost	Zavedení programu canisterapie do volnočasových aktivit o.s. Hvězda
Odpovědnost	Vedoucí středisek občanského sdružení
Časová náročnost	Plánování časové realizace: 10. 7. - 11. 7. 2012
	Kontakt organizací nabízejících canisterapeutické činnosti: 15. 7. - 25. 7. 2012
	Zakoupení potřeb pro canisterapii: 30. 7. - 5. 8. 2012
	Zahájení canisterapie ve střediscích občanského sdružení: 10. 8. 2012
Finanční náročnost	Canisterapeutické služby: 0 Kč
	Zakoupení potřeb pro canisterapii: 1 335 Kč
	Náklady celkem: 1 335 Kč

Zdroj: Vlastní

Canisterapeutické služby jsou bezplatné, občanské sdružení uhradí pouze náklady na nákup canisterapeutických pomůcek, tedy přibližně 1 335 Kč.

9.5 Profesionální rozvoj zaměstnanců

Z výsledků dotazníkového šetření týkajícího se vnímání současné kvality poskytovaných služeb dále vyplynulo, že někteří klienti nejsou spokojeni s chováním a přístupem personálu občanského sdružení.

Zejména pracovníci v sociálních službách se podílejí na poskytování takové sociální služby, která vede k udržení kvalitního života seniorů. Podle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. je zaměstnavatel povinen zabezpečit sociálním pracovníkům a pracovníkům v sociálních službách další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si upevňují, obnovují a doplňují svou kvalifikaci. Mezi formy dalšího vzdělávání patří podle zákona například účast na školicích akcích, účast v akreditovaných kurzech nebo odborné stáže.

Kromě vyškolení zvolených pracovníků konceptem Bazální stimulace dále navrhuji účast zaměstnanců organizace na projektu *Komplexní vzdělávání pracovníků v sociálních službách v systému poradensko informačního centra II* (KOVVIC II).

9.5.1 Vzdělávací a komunitní centrum Integra Vsetín o.p.s.

Občanské poradenské středisko Integra je organizace, která se zabývá obecně prospěšnou činností, jedná se o vzdělávací a komunitní centrum. Společnost se mimo jiné podílí na vzdělávání a osvětě občanů dlouhodobě nezaměstnaných nebo občanů s žádnou či nízkou kvalifikací.

Centrum Integra Vsetín o.p.s. realizuje projekt KOVPIC II, který je opět financován z prostředků ESF prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a ze státního rozpočtu ČR.

Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost

Program je zaměřený na snižování nezaměstnanosti prostřednictvím aktivní politiky trhu práce, profesního vzdělávání, začleňování sociálně vyloučených obyvatel zpět do společnosti a zvyšování kvality veřejné správy. Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost (OP LZZ) spadá mezi tzv. „vícecílové“ tematické operační programy.

9.5.2 Základní informace o projektu KOVPIC II

Název projektu: Podpora vzdělávání a procesů v sociálních službách

Doba realizace projektu: 1. srpna 2010 - 31. července 2012

Cílová skupina projektu: Pracovníci v sociálních službách registrovaných poskytovatelů sociálních služeb Zlínského kraje.

Cíle projektu:

- akreditace a realizace nově vytvořených vzdělávacích programů,
- realizace již akreditovaného Kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách – přímá péče. (VKCI, ©2012)

Tento vzdělávací projekt jistě přispěje ke zkvalitnění sociálních služeb na území Zlínského kraje a to nejen z důvodu zákonem předepsaného celoživotního vzdělávání pracovníků v sociálních službách, ale také díky možnosti nabídnout organizacím, které mají finanční problémy, vzdělávání svých zaměstnanců zcela zdarma. Všechny vzdělávací programy jsou akreditovány MPSV ČR a jsou tedy pro cílovou skupinu projektu zcela **bezplatné**.

Plán vzdělávání pracovníků v sociálních službách je důležitým kritériem určujícím kvalitu poskytované péče. Kvalitní péči totiž může poskytovat pouze kvalifikovaný a motivovaný

pracovník. Za proškolení zaměstnanců občanského sdružení odpovídají vedoucí daných středisek, časový harmonogram pro realizaci jednotlivých aktivit je aktualizován dle nabídky vzdělávacích agentur.

Plán vzdělávacích akcí programu KOVPIC II pro květen a červen 2012 je uveden v příloze P VII, kde je také uveden aktuální počet volných míst na jednotlivé školení.

9.5.3 Akční plán činnosti

Rozhodnutí o vzdělávacích aktivitách závisí na individuálním vzdělávacím plánu jednotlivých pracovníků. Vzhledem ke zjištěným nedostatkům v analytické části diplomové práce navrhuji účast na následujících kurzech:

- *Jednání s klientem*, který poskytuje 16 akreditovaných hodin, navrhovaná účast: 2 sociální pracovníci a 3 pracovníci v sociálních službách.
- *Základy problematiky osob s tělesným postižením*, tento kurz poskytuje taktéž 16 akreditovaných hodin, navrhovaná účast: 5 pracovníků v sociálních službách.

Tab. 34 Akční plán profesního rozvoje zaměstnanců

Cíl činnosti	Profesní rozvoj zaměstnanců
Hlavní činnost	Zvýšit počet vzdělávacích programů pro zaměstnance
Podpůrná činnost	Účast na projektu KOVPIC II
Odpovědnost	Koordinátor vzdělávání, vedoucí jednotlivých středisek
Časová náročnost	Příprava časového harmonogramu školení: 16. - 17. 6. 2012
	Kurz "Jednání s klientem": 21. - 22. 6. 2012
	Kurz "Základy problematiky osob s tělesným postižením": 28. - 29. 6. 2012
Finanční náročnost	Školení pracovníků: 0 Kč
	Mzdové náklady (1 020 Kč/osoba): 10 400 Kč
	Cestovné: 2 000 Kč
	Náklady celkem: 12 400 Kč

Zdroj: Vlastní

Školení pracovníků je bezplatné, vedení organizace uhradí pouze náklady na cestovné a úhradu mezd pracovníkům během školení, celkové náklady na profesní rozvoj zaměstnanců jsou přibližně výši 12 400 Kč.

9.6 Časová analýza projektu

Následující část diplomové práce se věnuje časové analýze projektu, která je rozdělena na dvě části. Časovou analýzu zavedení konceptu BS a časovou analýzu profesního rozvoje zaměstnanců a zavedení canisterapie do aktivit občanského sdružení.

Časová analýza zavedení konceptu Bazální stimulace je zpracována pomocí programu WinQSB deterministickou metodou CPM (Critical Path Method – metoda kritické cesty). Zavedení konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelských metod občanského sdružení je plánováno od května 2012 do září 2012. Jednotlivé kroky realizace projektu a doba trvání jednotlivých činností jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 35 Jednotlivé kroky realizace projektu a doba trvání jednotlivých činností

Činnost	Popis činnosti	Doba trvání činnosti (dny)	Předcházející činnost
A	Příprava projektu	1	-
B	Příprava na průzkum spokojenosti klientů se současnou kvalitou poskytovaných služeb	2	A
C	Sestavení dotazníku pro zjištění současného vnímání kvality poskytovaných služeb	2	B
D	Distribuce a sběr dotazníků	5	B
E	Vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření	3	B
F	Předložení a schválení návrhů vedení organizace	2	C, D, E
G	Žádost o finanční dotaci od ESF na koncept BS	28	F
H	Uzavření smlouvy s poskytovatelem školení BS	3	G
I	Úvodní seminář o konceptu BS	1	H
J	Realizace samotného školení pracovníků HH	3	H
K	Zaplacení faktury za školení	2	H
L	Vyřízení certifikátů vyškolených pracovníků	28	I, J, K
M	Plánování a propagace veřejné akce "Bazální	27	L
N	Realizace veřejné akce	1	M
O	Vyhodnocení úspěšnosti akce	3	N
P	Zakoupení kompenzačních pomůcek	8	O
Q	Integrace konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelských metod o.s. Hvězda	5	P

Zdroj: Vlastní

04-11-2012 12:18:22	Activity Name	On Critical Path	Activity Time	Earliest Start	Earliest Finish	Latest Start	Latest Finish	Slack (LS-ES)
1	A	Yes	1	0	1	0	1	0
2	B	Yes	2	1	3	1	3	0
3	C	no	2	3	5	6	8	3
4	D	Yes	5	3	8	3	8	0
5	E	no	3	3	6	5	8	2
6	F	Yes	2	8	10	8	10	0
7	G	Yes	28	10	38	10	38	0
8	H	Yes	3	38	41	38	41	0
9	I	no	1	41	42	43	44	2
10	J	Yes	3	41	44	41	44	0
11	K	no	2	41	43	42	44	1
12	L	Yes	28	44	72	44	72	0
13	M	Yes	27	72	99	72	99	0
14	N	Yes	1	99	100	99	100	0
15	O	Yes	3	100	103	100	103	0
16	P	Yes	8	103	111	103	111	0
17	Q	Yes	5	111	116	111	116	0
	Project	Completion	Time	=	116	days		
	Number of	Critical	Path(s)	=	1			

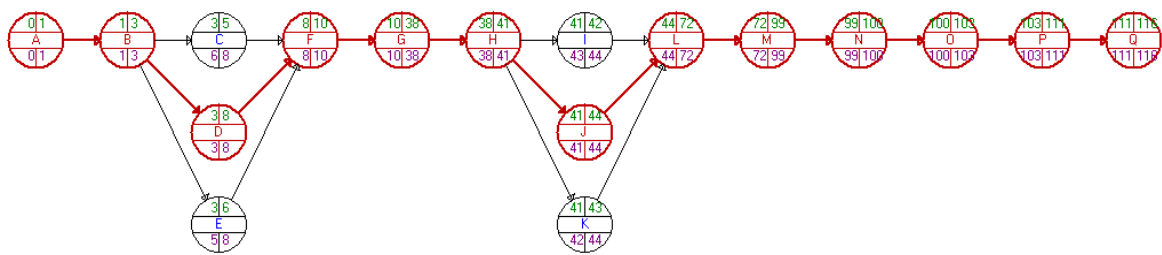
Obr. 9 Výsledky časové analýzy (WinQSB)

Nejdelší možnou cestu mezi vstupem a výstupem daného projektu určuje tzv. kritická cesta. Nejkratší možná doba realizace projektu je dána délkou kritické cesty v celém projektu (tj. součet dob trvání všech činností ležících na této kritické cestě).

Z obrázku (Obr. 10) je zřejmé, že byla nalezena **jedna kritická cesta a nejkratší možná doba realizace konceptu Bazální stimulace je 116 dní**, tedy 3 měsíce a 24 dní.

04-11-2012	Critical Path 1
1	A
2	B
3	D
4	F
5	G
6	H
7	J
8	L
9	M
10	N
11	O
12	P
13	Q
Completion Time	116

Obr. 10 Kritická cesta (WinQSB)



Obr. 11 Síťový graf zobrazující kritickou cestu (WinQSB)

Na obrázku (Obr. 11) je zobrazen uzlově ohodnocený síťový graf, který znázorňuje kritickou cestu.

Z výsledku je patrné, že kritickou cestu tvoří činnosti: $A \rightarrow B \rightarrow D \rightarrow F \rightarrow G \rightarrow H \rightarrow J \rightarrow L \rightarrow M \rightarrow N \rightarrow O \rightarrow P \rightarrow Q \rightarrow$.

Jedná se o činnosti, které musí být dokončeny ve stanovených lhůtách, aby nebyl ohrožen projekt na zavedení konceptu BS do ošetrovatelských metod organizace. Pokud by došlo k nedodržení termínů nejdříve možných a nejpozději přípustných začátků a konců činností (zobrazeny v uzlech grafu), došlo by k prodloužení doby realizace tohoto projektu.

Jak již bylo uvedeno, nejkratší možná doba realizace projektu na zavedení konceptu Bazální stimulace byla odhadnuta na 116 dní.

- **Časová realizace projektu na profesní rozvoj zaměstnanců a zavedení canisterapie do volnočasových aktivit občanského sdružení Hvězda**

V následující tabulce (Tab. 36) je uveden časový harmonogram účasti pracovníků občanského sdružení na vzdělávacím programu KOVPIC II a zavedení programu canisterapie do aktivizačních činností občanského sdružení.

Časový harmonogram je zpracován od června 2012 do prosince 2012.

Tab. 36 Časový harmonogram na profesní rozvoj zaměstnanců a zavedení canisterapie do volnočasových aktivit

Aktivita	Rok 2012						
	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad	prosinec
Příprava účasti na školení KOVPIC II							
Kurz "Jednání s klientem"							
Kurz "Základy problematiky osob s tělesným postižením"							
Plánování realizace zavedení programu canisterapie							
Kontakt caniterapeutických organizací							
Zakoupení pomůcek pro canisterapii							
Zahájení programu canisterapie v o.s. Hvězda							

Zdroj: Vlastní

9.7 Nákladová analýza projektu

Koncept Bazální stimulace nevyžaduje žádné drahé přístroje, které by finančně zatěžovali organizaci, nejdůležitější je vyškolený personál a pochopení základního smyslu konceptu. Náklady na školení a úhrady mezd pracovníků během školení budou zcela financovány dotacemi z ESF. Pro zakoupení základních pomůcek pro aplikaci BS, které nelze financovat z Evropských fondů, uspořádá občanské sdružení veřejnou akci „Bazální Dotek“, jejíž finanční výtěžek půjde na zakoupení těchto kompenzačních pomůcek. Náklady na realizaci této akce jsou vyčísleny na 4 557 Kč.

Náklady na zavedení programu canisterapie do volnočasových aktivit občanského sdružení jsou vyčísleny na 1 335 Kč. Canisterapeutické služby jsou zdarma, ovšem je třeba nakoupit vhodné pomůcky, které umožní úspěšnou realizaci této terapie v praxi. Mezi tyto náklady patří například tematické pomůcky pro klienty nebo misky a pamlsky pro canisterapeutické psy.

Projekt KOVPIC II nabízí školení pracovníků v sociálních službách registrovaných poskytovatelů sociálních služeb Zlínského kraje zdarma, organizace tedy uhradí pouze cestovné

a mzdové náklady pracovníků během školení. Při účasti 10 pracovníků organizace budou celkové náklady na tuto aktivitu zhruba 12 400 Kč.

Předpokládaná výše celkových nákladů na projekt zlepšení kvality sociálních služeb v občanském sdružení Hvězda:

Tab. 37 Předpokládané náklady na projekt

Činnost	Předpokládané náklady v Kč (vč. DPH)
Školení pracovníků konceptem BS	63 000
Mzdové náklady během školení konceptu BS	19 500
Realizace veřejné akce "BAZÁLNÍ DOTEK"	4 557
Zakoupení kompenzačních pomůcek pro aplikace Bazální stimulaci v praxi	10 972
Zavedení programu canisterapie do volnočasových aktivit o.s. Hvězda	1 335
Účast na vzdělávacím programu KOVPIC II	12 400
Celkem	111 764

Zdroj: Vlastní

V následující tabulce jsou uvedeny jednotlivé zdroje financování projektu zaměřeného na zlepšení kvality sociálních služeb.

Tab. 38 Zdroje financování navrženého projektu

Navrhovaná aktivita	Financováno z ESF	Financováno výtěžkem z akce	Financováno organizací
Základní školení BS	63 000		
Mzdové náklady	19 500		
Realizace veřejné akce			4 557
Zakoupení kompenzačních pomůcek		10 927	
Zavedení programu canisterapie			1 335
Účast na programu KOVPIC II			12 400
Celkem	82 500	10 927	18 292

Zdroj: Vlastní

Celkové náklady na zvolený projekt jsou odhadnuty na 111 764 Kč. Z Evropských fondů bude financováno 74 % celkových nákladů, tedy 82 500 Kč. Občanské sdružení bude ze svých zdrojů financovat realizaci veřejné akce „Bazální Dotek“, zakoupení pomůcek pro canisterapii a účast pracovníků na vzdělávacím programu KOVPIC II. Celkové náklady na realizaci projektu činí pro organizaci Hvězda 18 292 Kč.

9.8 Riziková analýza projektu

Realizace každého projektu je ohrožována určitými riziky. Takové rizika mohou významně ovlivnit průběh celého projektu. V mnoha případech je riziko spojené zejména s finančními prostředky, které jsou k dané činnosti předem určeny. Aby byl projekt kompletní, je vhodné si předem identifikovat nebezpečí, která jej mohou ohrozit.

Mezi rizika spojená s projektem zlepšení sociálních služeb v občanském sdružení Hvězda patří:

1. Negativní přístup na projekt ze strany klientů, rodinných příslušníků nebo samotných pracovníků.

Negativní přístup k projektu může ovlivnit celou implementaci projektu do praxe a případně také plnění stanovených cílů. Koncept BS je ovšem v zařízeních, ve kterých již funguje velice příznivě přijímán nejen samotnými klienty, ale také rodinnými příslušníky, kteří jsou do této metody aktivně zapojováni. Canisterapie je taktéž velmi žádanou a oblíbenou formou fyzioterapie, a to nejen u samotných klientů zařízení, ale také mezi personálem. Canisterapie totiž pracovníkům pomáhá proti tzv. syndromu vyhoření.

2. Nedostatek finančních prostředků na realizaci projektu.

Nedostatek finančních prostředků může ohrozit projekt tak, že nedojde k jeho uskutečnění, a to v kterékoliv jeho fázi. Občanské sdružení nemá dostatek vlastních finančních prostředků na jeho realizaci, je proto závislé na poskytnuté dotaci od ESF a také od sponzorských příspěvků a darů veřejnosti. Pokud tedy občanské sdružení nezíská potřebné dotace na školení pracovníků konceptem BS, nebude moci tuto aktivitu v blízké době zrealizovat.

V případě realizace kulturní akce „Bazální Dotek“ jsou rizika následující:

- zvolen špatný datum realizace akce (srpen – prázdniny, dovolené),
- akce není propagována s dostatečným předstihem,

- výtěžek akce nebude stačit na zakoupení kompenzačních pomůcek,
- výtěžek z akce nepokryje ani vložené náklady na realizaci akce,
- vznik neočekávaných komplikací v průběhu akce, např. selhání techniky.

3. Překročení časového harmonogramu projektu

U časově náročnějších projektů mohou vzniknout časové prostoje, které prodlužují celou realizaci daného projektu. Mohou tak vzniknout neočekávané náklady a celý projekt se prodražuje.

4. Překročení plánované výše nákladů.

Překročení plánované výše nákladů může být způsobeno zdražením plánovaných aktivit, nelze totiž nikdy vyloučit zvyšování cen, které byly použity pro vyčíslení nákladů. Tato situace může mít opět negativní dopad na celou realizaci projektu.

5. Nesplnění očekávání projektu.

Nesplnění očekávání může mít vliv na úspěšnost celého projektu. V případě Bazální stimulace se jedná o osvědčenou metodu, která je úspěšná nejen v České republice, ale v celé Evropě. Podle názorů mnoha odborníků bazální stimulace zkvalitňuje život klientům a zlepšuje kvalitu ošetrovatelské péče. V případě zavedení canisterapie do volnočasových aktivit občanského sdružení se očekává jak rozšíření nabídky aktivizačních činností, tak také nabídka nových fyzioterapeutických činností, které jsou mezi klienty velmi žádané. Vzdělávací projekt KOVPIC II nabízí pracovníkům v sociálních službách vzdělávací aktivity zcela zdarma, jeho cílem je zkvalitnění sociálních služeb ve Zlínském kraji. Nesplnění očekávání projektu se proto neočekává.

Uvedená rizika jsou zařazena do následujících skupin, podle jejich výsledků:

- Skupina A, nízké riziko: 0,06 – 0,20
- Skupina B, střední riziko: 0,21 – 0,39
- Skupina C, vysoké riziko: 0,40 – 0,56

Tab. 39 Riziková analýza projektu

Riziko	Pravděpodobnost výskytu rizika			Stupeň rizika			Výsledek	Skupina
	0,3	0,5	0,7	0,2	0,5	0,8		
Negativní přístup k projektu	x				x		0,15	A
Nedostatek finančních prostředků			x			x	0,56	C
Překročení časového harmonogramu		x			x		0,25	B
Překročení plánované výše nákladů		x				x	0,40	C
Nesplnění očekávání projektu	x					x	0,24	B

Zdroj: Vlastní

Skupina C, vysoké riziko:

Nedostatek finančních prostředků, případně překročení plánované výše nákladů může ohrozit projekt tak, že nedojde k jeho uskutečnění, a to v kterékoliv jeho fázi.

Eliminace rizika:

- dodržování časové realizace projektu,
- aktivní vyhledávání sponzorů občanského sdružení,
- realizace veřejné akce, jejíž výtěžek bude sloužit na zakoupení základních pomůcek pro aplikaci bazální stimulace do ošetřovatelských metod občanského sdružení.

Skupina B, střední riziko:

Nesplnění očekávání projektu může způsobit neúspěch celého projektu. Překročení časového harmonogramu může způsobit zdražení projektu, protože mohou vzniknout neočekávané náklady v důsledku časových prostožů.

Eliminace rizika

- dodržování stanovených postupů a metod, aby byl projekt správně implementován do praxe,
- průběžná kontrola dodržování časového harmonogramu projektu,
- supervize jednotlivých činností projektu,
- pravidelné zjišťování spokojenosti klientů (dotazníkové šetření, osobní setkání s rodinnými příslušníky klientů občanského sdružení).

Skupina A, nízké riziko:

Negativní přístup cílové skupiny může ovlivnit celkovou implementaci projektu do praxe, zejména v případě konceptu Bazální stimulace.

Eliminace rizika:

- seznámení cílové skupiny s výhodami konceptu BS v ošetrovatelské péči,
- zapojit rodinné příslušníky do aktivní péče o jejich příbuzného,
- neustálé vzdělávání pracovníků v konceptu Bazální stimulace.

9.9 Zhodnocení projektové části

Na základě analýzy vnějšího prostředí vyplynulo, že občanské sdružení patří do odvětví, ve kterém lze v několika příštích letech očekávat nárůst konkurence. Organizace se musí na tuto hrozbu včas připravit a začít posilovat své konkurenční výhody, zejména tedy v oblasti kvality poskytovaných služeb. Diplomový projekt se proto zabýval zlepšením kvality sociálních služeb v občanském sdružení Hvězda. Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že 30 % respondentů by uvítalo více aktivizačních činností a také rehabilitačního cvičení. Navrhovaná řešení k dosažení strategického cíle jsou proto zaměřena na rozšíření aktivizačních činností a také profesní rozvoj zaměstnanců občanského sdružení.

Konkrétním návrhem na rozšíření aktivizačních činností bylo zavedení konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelských metod občanského sdružení. Zavedení tohoto konceptu nevyžaduje žádné drahé přístroje, které by finančně zatěžovali organizaci, nejdůležitější je vyškolený personál a pochopení základního smyslu konceptu. V České republice poskytuje odborné školení konceptu Bazální stimulace pouze jedna oprávněná společnost, a to Institut Bazální stimulace ve Frýdku-Místku. Vyškolení pracovníci obdrží od Mezinárodní asociace Bazální stimulace certifikát, který je platný ve všech zemích Evropské unie, pracovníci tak mohou své znalosti uplatit i v zahraničí. Pilotní fáze projektu je určena pro středisko Hospic Hvězda a středisko Domov seniorů, kurz je určen pro 15 pracovníků. Vzhledem k neziskové povaze organizace nemůže občanské sdružení kurz svým zaměstnancům zaplatit s vlastních zdrojů. Proto bylo navrženo financovat školení pracovníků BS dotacemi z Evropského sociálního fondu, konkrétně z projektu „Vzdělávejte se pro růst!. Základní pomůcky pro aplikaci metody v praxi budou financovány výtěžkem z navržené veřejné akce. Koncept Bazální stimulace jistě přispěje ke zkvalitnění života klientů občanského sdružení a bude tak sloužit k naplnění strategického cíle.

Další navrhovanou činností na rozšíření aktivizačních činností bylo zavedení programu canisterapie do volnočasových aktivit organizace. Canisterapeutické činnosti nabízí ve Zlínském kraji několik organizací, například Canisterapeutické centrum Zlín, organizace Podané ruce, o.s. nebo Canisterapeutické sdružení Jižní Morava. Své služby poskytují organizace zcela zdarma, záleží tedy zejména na časovém vytížení jednotlivých týmů, jak často budou klienty v občanském sdružení navštěvovat. Tato forma terapie bude zpestřením a přínosem nejen pro klienty, ale také personál občanského sdružení Hvězda, canisterapie totiž slouží také k prevenci tzv. syndromu vyhoření.

Z provedených analýz dále vyplynulo, že někteří klienti nejsou spokojeni s chováním a přístupem personálu občanského sdružení. Kvalitní služby mohou poskytnout pouze kvalifikovaní pracovníci, proto je velmi důležitý profesní růst pracovníků občanského sdružení. Z toho důvodu byla navržena účast sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách na vzdělávacím programu KOVPIC II. Vzdělávací kurzy jsou určeny pro pracovníky v sociálních službách registrovaných poskytovatelů sociálních služeb Zlínského kraje a jsou pro cílovou skupinu zcela zdarma. Občanské sdružení uhradí pouze náklady na cestovné a úhradu mzdových nákladů pracovníků v době jejich účasti na školení.

Časové analýza projektu byla rozdělena na dvě části. Časovou analýzu zavedení konceptu BS a časovou analýzu profesního rozvoje zaměstnanců a zavedení canisterapie do aktivit občanského sdružení. Nejkratší možná doba realizace konceptu Bazální stimulace byla odhadnuta na 116 dní, časový harmonogram účasti pracovníků na projektu KOVPIC a zavedení programu canisterapie byl zpracován od června 2012 do prosince 2012.

Celkové náklady na zvolený projekt byly odhadnuty na 111 764 Kč. Z Evropských fondů bude financováno 74 % celkových nákladů, tedy 82 500 Kč. Občanské sdružení bude ze svých zdrojů financovat realizaci veřejné akce „Bazální Dotek“, zakoupení pomůcek pro canisterapii a účast pracovníků na vzdělávacím programu KOVPIC II. Celkové náklady na projekt byly pro občanské sdružení vyčísleny na 18 292 Kč a projekt je tak pro organizaci realizovatelný.

Z rizikové analýzy projektu vyplynulo, že realizaci projektu může nejvíce ohrozit nedostatek finančních prostředků a překročení plánované výše nákladů. Občanské sdružení je závislé na poskytnuté dotaci od ESF a také od sponzorských příspěvků a darů veřejnosti. Pokud tedy organizace nezíská potřebné dotace na školení pracovníků konceptem BS, nebude moci tuto aktivitu v nejbližší době zrealizovat.

ZÁVĚR

Standardy kvality sociálních služeb mají zaručovat jistou úroveň kvality poskytovaných služeb. Ovšem i za předpokladu dodržování těchto standardů nemusí být sociální služba hodnocena klienty jako kvalitní. Diplomová práce se proto mimo jiné zabývala vnímáním současné kvality poskytovaných služeb z pohledu klientů a rodinných příslušníků občanského sdružení.

V teoretické části diplomové práce byly vysvětleny základní pojmy spojené s kvalitou sociálních služeb, neziskovým sektorem, marketingem ve zdravotnictví a marketingovým výzkumem. Závěr teoretické části se věnoval řízení nákladů ve zdravotnictví a sociálních službách.

V praktické části bylo nejprve stručně představeno občanské sdružení Hvězda a jeho poskytované služby. Pomocí analýzy PEST bylo prozkoumáno vnější prostředí a jeho vliv na činnost organizace, pro analýzu tzv. mezoprostředí občanského sdružení byl využit Porterův pětifaktorový model konkurenčních sil. V této části byla také zpracována analýza finanční politiky zdravotních pojišťoven. Poté byla praktická část diplomové práce zaměřena na analýzu vnitřního prostředí organizace, která se mimo jiné věnovala organizační struktuře občanského sdružení a řízením nákladů v občanském sdružení Hvězda. Dále bylo vyhodnoceno dotazníkové šetření týkající se vnímání současné kvality poskytovaných služeb z pohledu klientů střediska DS a DSS a příbuzných klientů střediska HH. Na závěr byla zpracována SWOT analýza silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb občanského sdružení Hvězda.

Výsledky, které vyplynuly z analytické části, byly využity pro zpracování diplomového projektu, který byl zaměřen na dosažení zvoleného strategického cíle, tedy zvyšování kvality sociálních služeb. Následně byly zvoleny nástroje a opatření, které povedou k dosažení zvoleného cíle. Projekt byl zaměřen na rozšíření aktivizačních činností a profesní rozvoj zaměstnanců občanského sdružení Hvězda.

Na každou z navrhovaných aktivit byl sestaven akční plán obsahující hlavní cíl, podpůrné činnosti, odpovědné osoby a také časovou a finanční náročnost.

Finální část projektu byla podrobena časové, nákladové a rizikové analýze, z jejichž výsledků je projekt realizovatelný a občanské sdružení Hvězda ho může využít na zlepšení kvality sociálních služeb.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie

- BAČUVČÍK, Radim, 2006. *Marketing neziskového sektoru*. Zlín: UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ, Fakulta multimediálních komunikací. ISBN 80-7318-436-2.
- BACHMANN, Pavel, 2011. *Management neziskové organizace*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-130-3.
- DOLEŽALOVÁ, Jarmila a PAVELKA, Lubomír, 2005. *Pravděpodobnost a statistika*. Ostrava: VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA. ISBN 80-248-0948-6.
- FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1314-4.
- HANNAGAN, Tim, 1996. *Marketing pro neziskový sektor*. Praha: Management Press. ISBN 80-85943-07-7.
- KOTLER, Philip, 2001. *Marketing management*. 10. rozšř. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0016-6.
- KRÁL, Bohumil a kol., 2003. *Manažerské účetnictví*. Praha: Management Press. ISBN 80-7261-062-7.
- KUZNÍKOVÁ, Iva a kol., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařizeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MÁTL, Ondřej a JABŮRKOVÁ, Milena, 2007. *Kvalita péče o seniory, řízení kvality dlouhodobé péče v ČR: [výstupy z aplikovaného výzkumu]*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-499-7.
- PAYNE, Adrian, 1996. *Marketing služeb*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-276-X.
- STUDENT, Johann-Christoph, MÜHLUM, Albert a STUDENT, Ute, 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H & H. ISBN 80-7319-059-1.

ŠIMAN, Josef, 2005. *Úvod do podnikových financí*. Praha: VYSOKÁ ŠKOLA FINANČNÍ A SPRÁVNÍ. ISBN 80-86754-49-9.

ŠIMKOVÁ, Eva, 2006. *Management a marketing v praxi neziskových organizací*. 2. rozš. vyd. Hradec Králové: UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ, Pedagogická fakulta. ISBN 80-7041-859-1.

VAARAMA, Marja, PIEPER, Richard a SIXSMITH, Andrew, 2008. *Care-related quality of life in old age: concepts, models, and empirical findings*. New York: Springer. ISBN 978-0-387-72168-2.

ZBOŘIL, Kamil, 1996. *Marketingový výzkum*. Praha: VŠE, Fakulta podnikohospodářská. ISBN 80-7079-389-9.

ZBOŘIL, Kamil a kol., 2004. *Marketingové aplikace*. 2. vyd. Praha: Oeconomica. ISBN 80-245-0673-4.

ZLÁMAL, Jaroslav, 2006. *Marketing ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-441-0.

ZLÁMAL, Jaroslav a BELLOVÁ, Jana, 2010. *Manažerské účetnictví ve zdravotnictví*. Olomouc: UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI, Fakulta zdravotnických věd. ISBN 978-80-224-2519-1.

Zákonné normy

ČESKO, 2006. Zákon o sociálních službách č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 37. Dostupné také z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf>.

ČESKO, 2006. Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf>.

Elektronické zdroje

Canisterapeutické centrum Zlín, ©2008-2010 [online]. SOPHICS spol. s r.o. [cit. 2012-01-20]. Dostupné z: <http://www.canisterapie-zlin.cz/canisterapeuticke-centrum-zlin.php>.

Canisterapeutické sdružení Jižní Morava, 2012. [online]. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: <http://www.canisterapie.mendelu.cz/cz>.

Ceník inzerce, ©2000 – 2009. *Denik.cz* [online]. VLTAVA-LABE-PRESS, a.s. [cit. 2012-02-20]. Dostupné z: http://mm.denik.cz/88/0f/vlp_cen_k_13_new.pdf.

HOVORKA, Jiří, 2011. *Sedm změn, které odolaly obstrukcím a v roce 2012 zasáhnou vaši peněženku*. Měšec.cz [online]. Internet Info, s.r.o. [cit. 2012-02-20]. Dostupné z: <http://spoctiduchod.mesec.cz/clanky/sedm-zmen-ktere-odolaly-obstrukcim-2012/>.

CHARITA ZLÍN, ©2008. Služby Charity Zlín. *Webnode.cz* [online]. [cit. 2012-02-25]. Dostupné z: <http://charitazlin.webnode.cz/charita-zlin/>.

INSTITUT Bazální stimulace, ©2004-2012 [online]. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/>.

Jednotlivci používající osobní počítač, 2006 až 2011, 2011a [online]. Praha: Český statistický úřad ČR [cit. 2012-02-18]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/kapitola/9701-11-r_2011-0302.

Komunitní plánování sociálních služeb, 2005 [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR [cit. 2012-03-05]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/858>.

KOVPIK II – projekt OP LZZ, ©2012. [online]. VKCI Vsetín o.p.s [cit. 2012-02-22]. Dostupné z: <http://www.vkci.cz/index.php?page=projekty/kovpic-ii-projekt-op-lzz>.

MOLEK, Jan, 2009. *Marketing sociálních služeb* [online]. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí [cit. 2012-02-20]. ISBN 978-80-7416-026-4. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_290.pdf.

Na český trh přicházejí počítače pro seniory, 2008. *Novinky.cz* [online]. [cit. 2012-02-17]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/internet-a-pc/hardware/138259-na-cesky-trh-prichazeji-pocitace-pro-seniory.html>.

NADĚJE, ©2005-2012. *Pobočka Zlín* [online]. [cit. 2012-02-25]. Dostupné z: <http://www.nadeje.cz/zlin/>.

Očekávaný vývoj počtu obyvatel podle hlavních věkových skupin do roku 2066, 2012 [online]. Praha: Český statistický úřad ČR [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/ocekavany_vyvoj_poctu_obyvatel_podle_hlavnich_vekovych_skupin_do_roku_2066.

Počet sociálních služeb v roce 2010, 2011b [online]. Praha: Český statistický úřad ČR [cit. 2012-02-17]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/3201-11>.

Podané ruce, o.s., ©2008. *Webnode.cz* [online]. [cit. 2012-02-25]. Dostupné z: <http://www.canisterapie.info/o-nas/>.

ROVENSKÝ, Jan a PŘIBIL, Marek, 2011. *Rodinám umírajících chystá koalice dotace na domácí hospice*. *Novinky.cz* [online]. [cit. 2012-03-05]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/domaci/227134-rodinam-umirajicich-chysta-koalice-dotace-na-domaci-hospice.html>.

PROCHÁZKOVÁ, Petra, 2012. *Na sociální služby ve Zlínském kraji letos chybí 120 milionů*. *iDNES.cz* [online]. [cit. 2012-02-25]. Dostupné z: http://zlin.idnes.cz/na-socialni-sluzby-ve-zlinskem-kraji-letos-chybi-120-milionu-poi-/zlin-zpravy.aspx?c=A120111_1714368_zlin-zpravy_sot.

Projekt: Vzdělávejte se pro růst!, ©2002-2011 [online]. Integrovaný portál MPSV [cit. 2012-03-25]. Dostupné z: https://portal.mpsv.cz/sz/politikazamest/esf/projekty/projekt_vzdelavejte_se_pro_rust~.

Složení obyvatelstva podle pohlaví a věku, 2011 [online]. Zlín: Krajská správa ČSÚ ve Zlíně [cit. 2012-02-20]. Dostupné z: http://www.zlin.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/krajkapitola/721011-11-r_2011-04.

Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvků na péči, 2010 [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR [cit. 2012-02-22]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza_fin_SS.pdf.

Zajištění kvality sociálních služeb, 2011 [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR [cit. 2012-01-20]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9#zkss>.

Interní dokumentace

HVĚZDA – o.s., 2012. *Interní dokumenty organizace*. Zlín: Hvězda – o.s.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ISO	International Organisation for Standardisation (Mezinárodní organizace pro normalizaci)
EFQM	European Foundation for Quality Management (Evropská nadace pro řízení kvality)
TQM	Total Quality Management (Komplexní řízení kvality)
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
ČSÚ	Český statistický úřad
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
o.p.s.	Obecně prospěšná společnost

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obr. 1 Požadavky na kvalitu služby</i>	25
<i>Obr. 2 Přehled změn ve stáří</i>	28
<i>Obr. 3 Očekávaný vývoj počtu obyvatel do roku 2066 podle hlavních věkových skupin.....</i>	42
<i>Obr. 4 Struktura nákladů v roce 2011.....</i>	64
<i>Obr. 5 Struktura výnosů v roce 2010, 2011</i>	66
<i>Obr. 6 Struktura dotací v roce 2011</i>	67
<i>Obr. 7 Ukázka polohování.....</i>	90
<i>Obr. 8 Ceník inzerce deníků ve Zlínském kraji</i>	94
<i>Obr. 9 Výsledky časové analýzy</i>	107
<i>Obr. 10 Kritická cesta</i>	107
<i>Obr. 11 Síťový graf zobrazující kritickou cestu</i>	108

SEZNAM TABULEK

<i>Tab. 1 Počet lůžek v domovech pro seniory a počet neuspokojených žádostí v jednotlivých krajích v roce 2010</i>	<i>43</i>
<i>Tab. 2 Uživatelé osobního počítače podle věkových skupin, vývoj v letech 2006 - 2011 (v tis. osob).....</i>	<i>45</i>
<i>Tab. 3 STEP analýza</i>	<i>47</i>
<i>Tab. 4 Ceník služeb Domova pro seniory.....</i>	<i>51</i>
<i>Tab. 5 Ceník služeb Domova se zvláštním režimem.....</i>	<i>52</i>
<i>Tab. 6 Ceník Chráněné bydlení.....</i>	<i>53</i>
<i>Tab. 7 Konkurenční rivalita v odvětví.....</i>	<i>54</i>
<i>Tab. 8 Hrozba vstupu konkurence do odvětví.....</i>	<i>55</i>
<i>Tab. 9 Hrozba nových substitutů.....</i>	<i>56</i>
<i>Tab. 10 Počet klientů podle věkových kategorií ve středisku DSS k 31. 12. 2011.....</i>	<i>57</i>
<i>Tab. 11 Vyjednávací síla klientů.....</i>	<i>58</i>
<i>Tab. 12 Vyjednávací síla dodavatelů</i>	<i>59</i>
<i>Tab. 13 Struktura nákladů v roce 2010 a 2011</i>	<i>63</i>
<i>Tab. 14 Struktura nákladů ve střediscích HH, DS a DSS v roce 2011</i>	<i>65</i>
<i>Tab. 15 Struktura výnosů v roce 2010, 2011</i>	<i>65</i>
<i>Tab. 16 Výše příspěvku na péči v roce 2012.....</i>	<i>66</i>
<i>Tab. 17 Struktura dotací v roce 2009 - 2011.....</i>	<i>67</i>
<i>Tab. 18 Zhodnocení návratnosti dotazníků</i>	<i>71</i>
<i>Tab. 19 Spokojenost s rozsahem poskytovaných služeb</i>	<i>77</i>
<i>Tab. 20 Spokojenost s kvalitou ošetrovatelské péči</i>	<i>78</i>
<i>Tab. 21 Spokojenost s kvalitou ubytování</i>	<i>79</i>
<i>Tab. 22 Spokojenost s úrovní a zázemím domova.....</i>	<i>80</i>
<i>Tab. 23 Plus/mínus matice analýzy SWOT</i>	<i>82</i>
<i>Tab. 24 Strategické schéma projektu (vlastní).....</i>	<i>85</i>
<i>Tab. 25 Náklady na zavedení konceptu</i>	<i>90</i>
<i>Tab. 26 Náklady na kompenzační pomůcky.....</i>	<i>92</i>
<i>Tab. 27 Výpočet ceny inzerce.....</i>	<i>94</i>
<i>Tab. 28 Náklady na akci „Bazální Dotek“</i>	<i>95</i>
<i>Tab. 29 Akční plán na zavedení konceptu</i>	<i>96</i>
<i>Tab. 30 Zdroje financování konceptu Bazální stimulace</i>	<i>96</i>

<i>Tab. 31 Časová realizace zavedení konceptu Bazální stimulace.....</i>	<i>97</i>
<i>Tab. 32 Náklady na zavedení canisterapie</i>	<i>102</i>
<i>Tab. 33 Akční plán na zavedení canisterapie</i>	<i>103</i>
<i>Tab. 34 Akční plán profesního rozvoje zaměstnanců.....</i>	<i>105</i>
<i>Tab. 35 Jednotlivé kroky realizace projektu a doba trvání jednotlivých činností</i>	<i>106</i>
<i>Tab. 36 Časový harmonogram na profesní rozvoj zaměstnanců a zavedení canisterapie do volnočasových aktivit.....</i>	<i>109</i>
<i>Tab. 37 Předpokládané náklady na projekt.....</i>	<i>110</i>
<i>Tab. 38 Zdroje financování navrženého projektu</i>	<i>110</i>
<i>Tab. 39 Riziková analýza projektu</i>	<i>113</i>
<i>Tab. 40 Výše úhrady za pobyt ve středisku HH</i>	<i>127</i>
<i>Tab. 41 Výše úhrady za pobyt ve středisku DS</i>	<i>127</i>
<i>Tab. 42 Výše úhrady za pobyt ve středisku DSS</i>	<i>127</i>

SEZNAM PŘÍLOH

P I: Komplex sociálních služeb k 1. 1. 2012

P II: Výše úhrady za pobyt ve středcích o.s. Hvězda k 1. 1. 2012

P III: Vzor dotazníku - HH

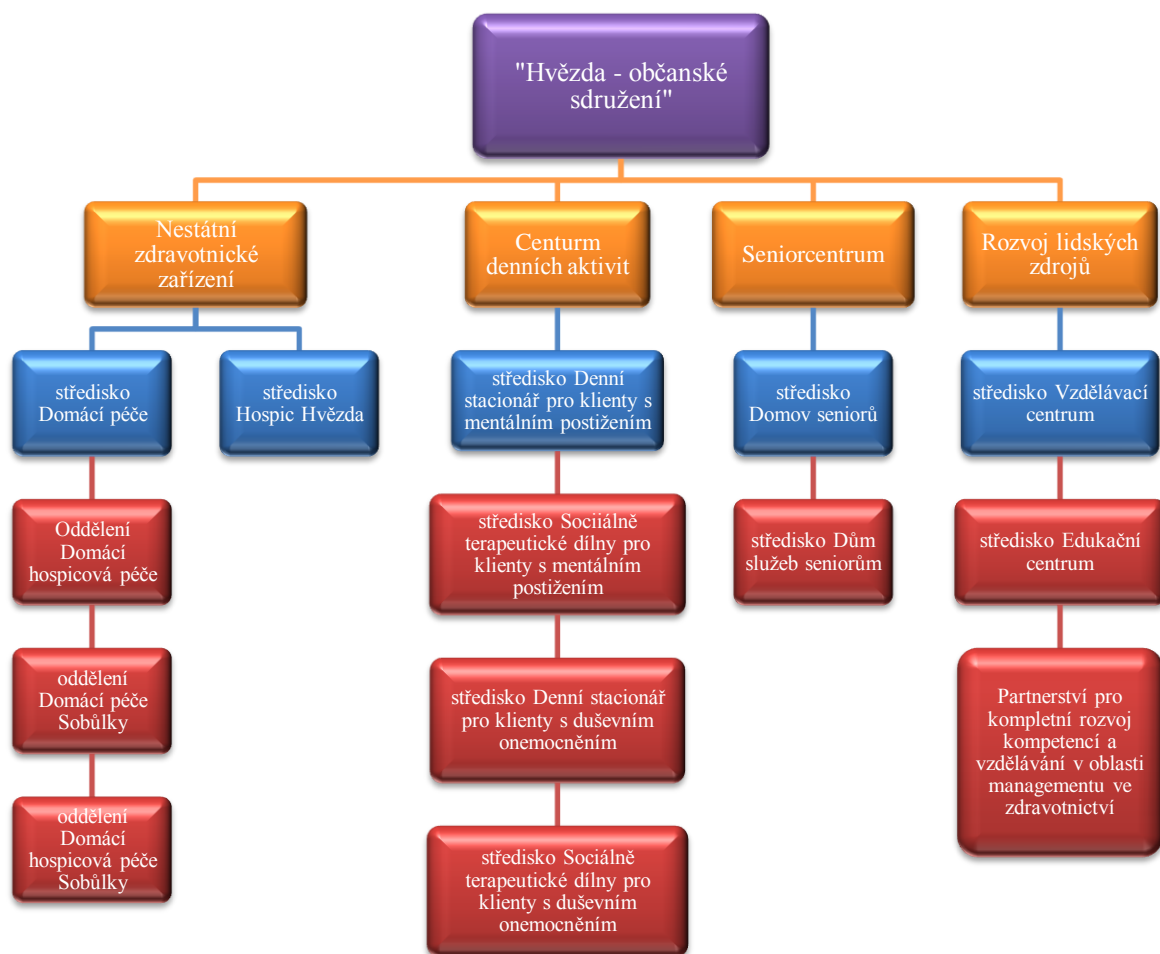
P IV: Vyhodnocení dotazníku pro HH

P V: Vzor dotazníku – DS a DSS

P VI: Vyhodnocení dotazníku pro DS a DSS

P VII: Plán vzdělávacích akcí projektu KOVPIC II pro květen a červen 2012

PŘÍLOHA P I: KOMPLEX SOCIÁLNÍCH SLUŽEB K 1. 1. 2012



**PŘÍLOHA P II: VÝŠE ÚHRADY ZA POBYT VE STŘEDISCÍCH O.S.
HVĚZDA K 1. 1. 2012**

Tab. 40 Výše úhrady za pobyt ve středisku HH

Typ ubytování	Nadstandard	Cena (Kč/den)	Typ stravy	Cena (Kč/den)
1-lůžkový pokoj	4 pokoje	380	racionální	140
2-lůžkový pokoj	5 pokojů	360	dietní	150

Tab. 41 Výše úhrady za pobyt ve středisku DS

Typ ubytování	Standard	Cena (Kč/den)	Nadstandard	Cena (Kč/den)	Typ stravy	Cena (Kč/den)
1-lůžkový	2 pokoje	180	10 pokojů	380	racionální	140
2-lůžkový	6 pokojů	180	2 pokoje	310		
3-lůžkový	1 pokoj	180	0 pokojů	-	dietní	150
4-lůžkový	2 pokoje	180	0 pokojů	-		

Tab. 42 Výše úhrady za pobyt ve středisku DSS

Typ ubytování	Standard	Cena (Kč/den)	Nadstandard	Cena (Kč/den)	Typ stravy	Cena (Kč/den)
1-lůžkový	-	-	22 pokojů	380	racionální	140
2-lůžkový	2 pokoje	180	12 pokojů	310	dietní	150

Zdroj: HVĚZDA, 2012

PŘÍLOHA P III: VZOR DOTAZNÍKU – HH

DOTAZNÍK

Kvalita sociálních služeb v Hospici Hvězda

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentkou 5. ročníku Fakulty managementu a ekonomiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a v rámci zpracování mé diplomové práce Vás žádám o vyplnění následujícího dotazníku, který slouží ke zjištění kvality sociálních služeb v Hospici Hvězda. Dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky budou sloužit občanskému sdružení Hvězda ke zlepšení poskytovaných služeb.

Vámi vybranou odpověď prosím zakroužkujte nebo jinak viditelně označte.

1. Jak dlouho je Váš příbuzný klientem Hospice Hvězda?

2. Uveďte zdroj, ze kterého jste se dozvěděl/a o možnosti hospitalizace příbuzných v Hospici?

- a) přátelé, známí
- b) leták
- c) internet
- d) jiný (prosím uveďte)

3. Jak dlouho jste čekal/a na přijetí Vašeho příbuzného do zařízení?

- a) nečekal/a jsem
- b) do jednoho týdne
- c) do jednoho měsíce
- d) do půl roku
- e) do jednoho roku
- f) jiné

4. Hodnocení kvality služeb

Následující otázku prosím ohodnoťte podle následující škály:

velmi spokojen	spíše spokojen	ani spokojen ani nespokojen	spíše nespokojen	velmi nespokojen
+2	+1	0	-1	-2

	+2	+1	0	-1	-2	nedokážu posoudit
• rozsah poskytovaných služeb						
• kvalita péče:						
- lékařská péče						
- psychiatrická lékařská péče						
- zdravotní péče poskytována všeobecnou sestrou						
- rehabilitačně ošetrovatelská péče						
- ošetrovatelská péče (pomoc při každodenních činnostech, např. dokrmování, osobní hygiena, oblékání atd.)						
• kvalita ubytování						
• kvalita stravování						
• ochota pracovníků vyhovět potřebám a přáním klientů						
• komunikace pracovníků s příbuznými						

5. Ohodnoťte chování a přístup pracovníků Hospice škálou 1- 5 (1 nejlepší, 5 nejhorší)

Lékaři	1	2	3	4	5
Zdravotní sestry	1	2	3	4	5
Sociální pracovníci	1	2	3	4	5
Pracovníci v sociálních službách	1	2	3	4	5
Vedení	1	2	3	4	5

6. Považujete čas, který tráví personál s Vaším příbuzným za dostačující?

- a) ano
b) spíše ano
- c) spíše ne
d) ne

7. Za které doplňkové služby jste ochoten/a připlatit? (lze označit i více odpovědí)

- a) kadeřník
b) pedikúra
- c) kosmetika
d) individuální nákup
- e) autodoprava
f) za žádnou

8. Považujete aktivizaci (volnočasové aktivity pod vedením odborného pracovníka) svého rodinného příslušníka za dostačující?

- a) ano
b) spíše ano
- c) spíše ne
d) ne
- e) ani nevím, že je aktivizován

9. Setkal/a jste se během návštěvy v zařízení s jednáním, které se Vás nebo Vašich příbuzných jakkoliv dotklo?

- a) ano
b) ne

10. Pokud ano, mohl/a byste prosím popsat tuto situaci?

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

11. Doporučil/a byste služby Hospice Hvězda svým známým, přátelům?

- a) ano
b) spíše ano
- c) spíše ne
d) ne
- e) nevím

12. Chybělo Vám něco v dotazníku, na co byste ještě rádi upozornili?

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

Na závěr prosím o Vaše všeobecné informace:

Pohlaví:

- a) muž
b) žena

Věková kategorie:

- a) 18 - 30
b) 31 - 40
- c) 41 - 50
d) 51 a více

V jakém příbuzenském stavu jste ke klientovi Hospice Hvězda?

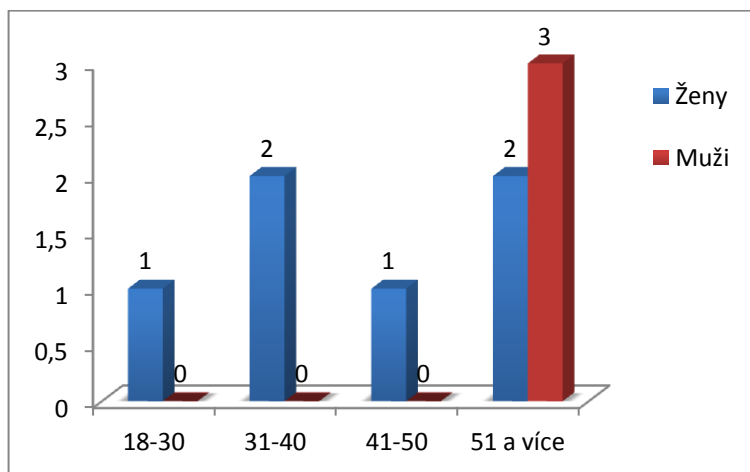
- a) syn/dcera
b) vnuk/vnučka
- c) synovec/neteř
d) manžel/manželka
- e) druh/družka
f) jiný

Děkuji za Váš čas strávený vyplněním tohoto dotazníku.

Bc. Kateřina Nevařilová

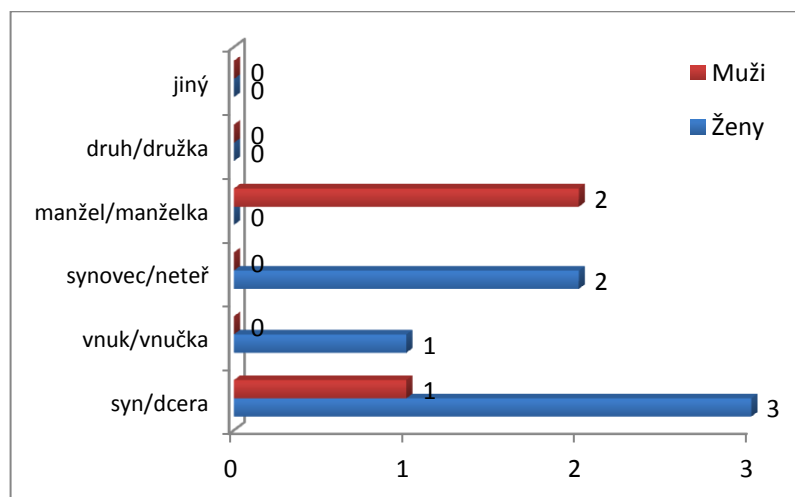
PŘÍLOHA P IV: VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ PRO HH

Z odevzdaných dotazníků jich bylo celkově 6 (tedy 67 %) vyplněno ženami a 3 (tedy 33 %) muži. Následující graf zobrazuje věkové kategorie respondentů.



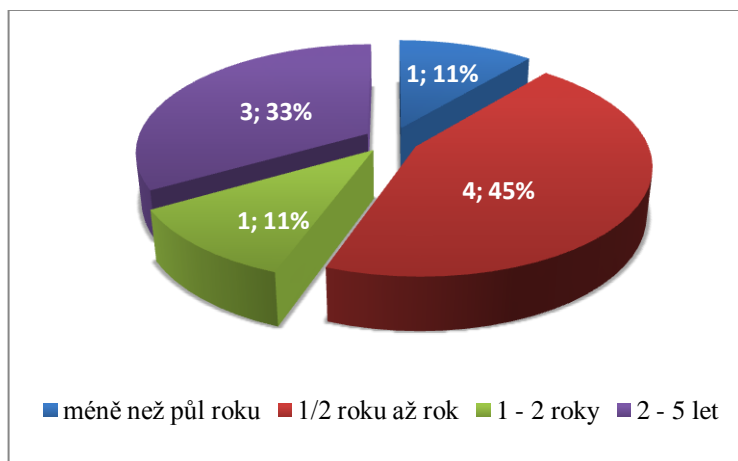
Z grafu vyplývá, že nejpočetnější věkovou skupinu respondentů tvořili osoby ve věku 51 a více, a to 56 % (5/9) z celkového počtu dotázaných. Následovala skupina ve věku 31-40 let s 22 % (2/9) a nejméně početné byly skupiny respondentů ve věku 18-30 a 41-50 let, které dosáhli shodně 11 % (1/9).

Příbuzenský vztah jednotlivých respondentů ke klientům HH



Nejpočetnější skupinu respondentů tvořili *děti* klientů, a to s 45 % (4/9) z celkového počtu dotázaných. Následují skupiny *synovec/neteř* a *manžel/manželka*, obě shodně s 22 % (2/9). Nejméně zastoupena je skupina *vnuk/vnučka* s 11 % (1/9) z celkového počtu respondentů.

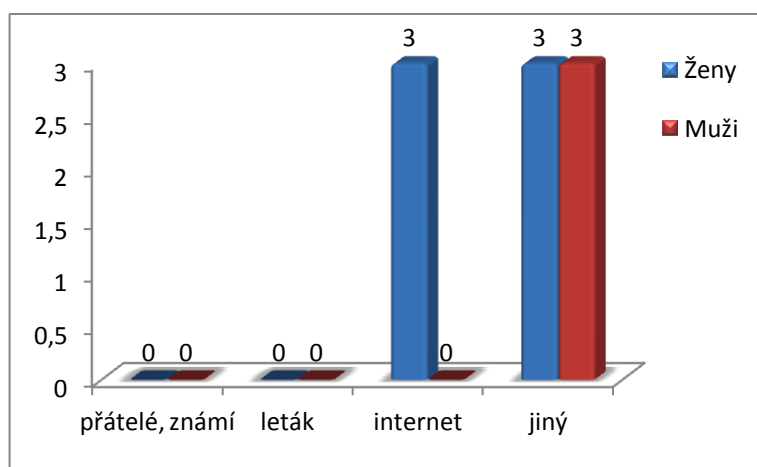
Otázka č. 1: Jak dlouho je Váš příbuzný klientem Hospice Hvězda?



Tato otázka byla formulována k verbálnímu vyjádření jednotlivých respondentů. Nejsilněji zastoupenou skupinou ve výzkumu jsou respondenti, jejichž příbuzný žije v HH *půl roku až rok*, a to 45 % (4/9) z celkového počtu dotazovaných. Následuje skupina respondentů, jejichž příbuzný žije v HH *dva až pět let* s 33 % (3/9) a nejméně zastoupenou je skupina respondentů, jejichž příbuzný žije v zařízení *méně než půl roku a rok až dva roky*, obě shodně 11 % (1/9) z celkového počtu dotázaných.

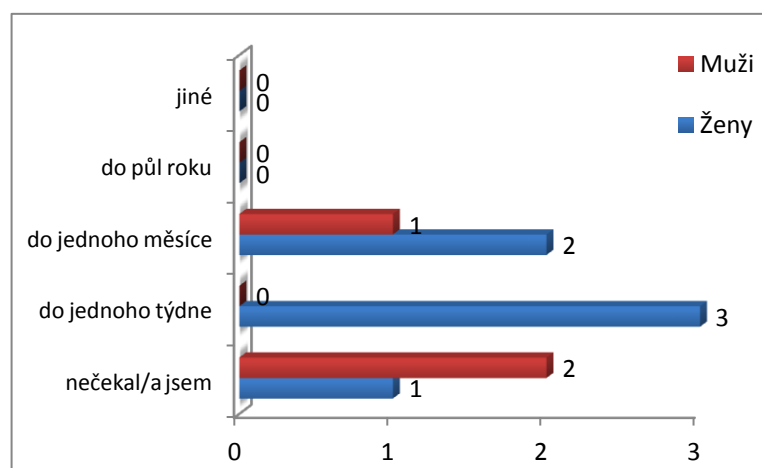
V tomto případě však museli respondenti uvádět i dobu mimo HH, například pobyt domově seniorů nebo v LDN. Průměrná doba pobytu v hospici činí podle odborníků přibližně 3 měsíce.

Otázka č. 2: Uveďte zdroj, ze kterého jste se dozvěděl/a o možnosti hospitalizace příbuzných v Hospici?



Z celkového počtu respondentů vybralo 67 % (6/9) z nich možnost *jiný zdroj* a ve vlastním dodatku uvedli 3 respondenti jako zdroj zařízení LDN, 2 respondenti uvedli doporučení od lékaře a 1 respondent uvedl jako zdroj ředitelku organizace (paní Bc. Kalivodovou). Zbytek respondentů, tedy 33 % (3/9), uvedlo jako zdroj *internet*.

Otázka č. 3: Jak dlouho jste čekal/a na přijetí Vašeho příbuzného do zařízení?



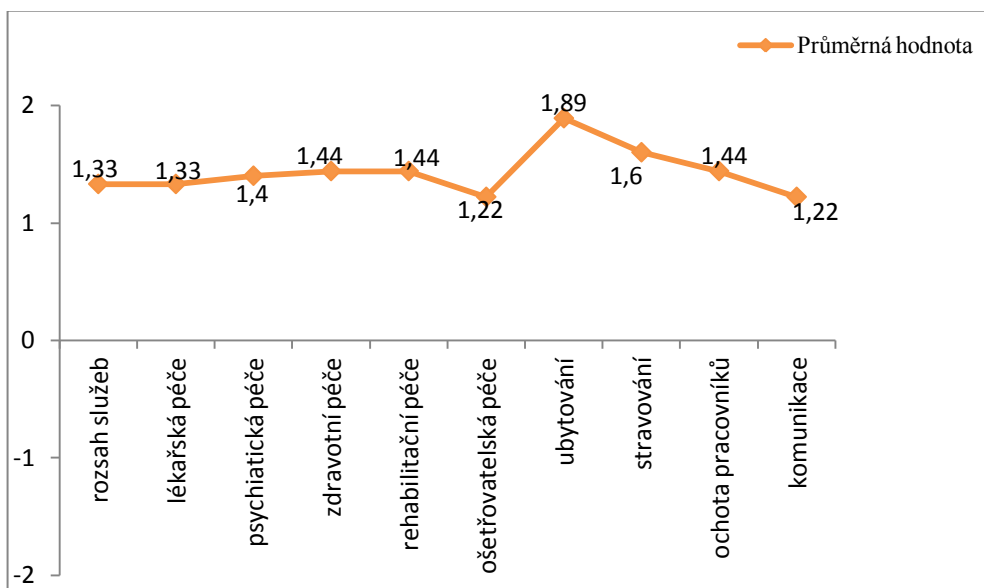
Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti shodným poměrem odpovědí, a to 33 % (3/9). Respondenti uvedli, že buď na přijetí svého příbuzného *nečekali*, nebo uvedli dobu *do jednoho týdne* či *do jednoho měsíce*.

Otázka č. 4: Hodnocení kvality služeb

Pro zjištění spokojenosti s kvalitou poskytovaných služeb jsem použila škálové otázky, kdy +2 znamená velmi spokojen, +1 spíše spokojen, 0 ani spokojen ani nespokojen, -1 spíše nespokojen a -2 velmi nespokojen.

Výsledky odpovědí jsou vyhodnoceny v následující tabulce, v grafu níže jsou uvedeny průměrné hodnoty odpovědí.

Škála	Počet odpovědí u jednotlivých otázek									
	a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)	h)	ch)	i)
+2 velmi spokojen	5	4	2	5	5	4	8	3	5	4
+1	2	4	3	3	3	3	1	2	3	3
0	2	1	0	1	1	2	0	0	1	2
-1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
-2 velmi nespokojen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nedokážu posoudit	0	0	4	0	0	0	0	4	0	0



S rozsahem poskytovaných služeb je spokojeno 78 % (7/9) respondentů, ať s přívlastkem spíše nebo velmi. 22 % (2/9) respondentů uvedlo neutrální odpověď, tedy ani spokojen ani nespokojen.

S kvalitou lékařské péče je 89 % (8/9) respondentů spokojeno, ať s přívlastkem velmi nebo spíše. Pouze 11 % (1/9) z celkového počtu dotázaných uvedlo neutrální odpověď, tedy ani spokojen ani nespokojen.

S kvalitou psychiatrické lékařské péče je spokojeno 55 % (5/9) respondentů, ať s přívlastkem velmi nebo spíše. 45 % (4/9) z celkového počtu dotázaných nedokáže kvalitu psychiatrické lékařské péče posoudit.

S kvalitou rehabilitační péče je spokojeno, ať s přívlastkem velmi nebo spíše, celkem 89 % (8/9) ze všech dotázaných, 1 z respondentů uvedl neutrální odpověď, tedy ani spokojen ani nespokojen.

Celkem 78 % (7/9) všech respondentů je podle výsledků *s kvalitou ošetrovatelské péče* spokojeno, ať s přívlastkem velmi nebo spíše. 22 % (2/9) z celkového počtu dotázaných zvolilo neutrální odpověď, tedy ani spokojen ani nespokojen.

S kvalitou zdravotní péče poskytované všeobecnou sestrou je spokojeno celkem 89 % (8/9) z celkového počtu respondentů, ať s přívlastkem spíše nebo velmi. 1 z respondentů uvedl neutrální odpověď, tedy ani spokojen ani nespokojen.

S kvalitou ubytování je 100 % respondentů spokojeno, a to jak s přívlastkem velmi nebo spíše, průměrná hodnota odpovědí je 1,89.

S kvalitou stravování je celkem 55 % (5/9) respondentů spokojeno, ať s přívlastkem velmi nebo spíše. 45 % (4/9) respondentů uvedlo, že kvalitu jídla nedokáže posoudit.

S ochotou pracovníků vyhovět potřebám a přáním klientů je spokojeno celkem 89 % (8/9) respondentů, 1 z respondentů zvolil neutrální odpověď, tedy ani spokojen ani nespokojen.

S komunikací pracovníků s příbuznými je spokojeno 78 % (7/9) všech dotázaných, 22 % (2/9) respondentů vybralo neutrální odpověď, tedy ani spokojen ani nespokojen.

Otázka č. 5: Ohodnoťte chování a přístup pracovníků Hospice škálou 1 – 5 (1 nejlepší, 5 nejhorší)

V následující tabulce je uvedeno jednotlivé hodnocení pracovníků HH škálou 1 – 5, kdy jednotlivé škály odpovídají známce jako ve škole.

Pracovníci	1	2	3	4	5	Celkem	Ø známka
	Počet odpovědí						
Lékaři	5	3	1	0	0	9	1,56
Zdravotní sestry	7	2	0	0	0	9	1,22
Sociální pracovníci	6	2	1	0	0	9	1,44
Pracovníci v sociálních službách	4	5	0	0	0	9	1,56
Vedení	5	3	1	0	0	9	1,56

56 % (5/9) z celkového počtu dotázaných ohodnotilo *přístup a chování lékařů* známkou **1**, 33 % (3/9) respondentů je ohodnotilo známkou **2** a 11% (1/9) respondentů jim přiřadilo známku **3**.

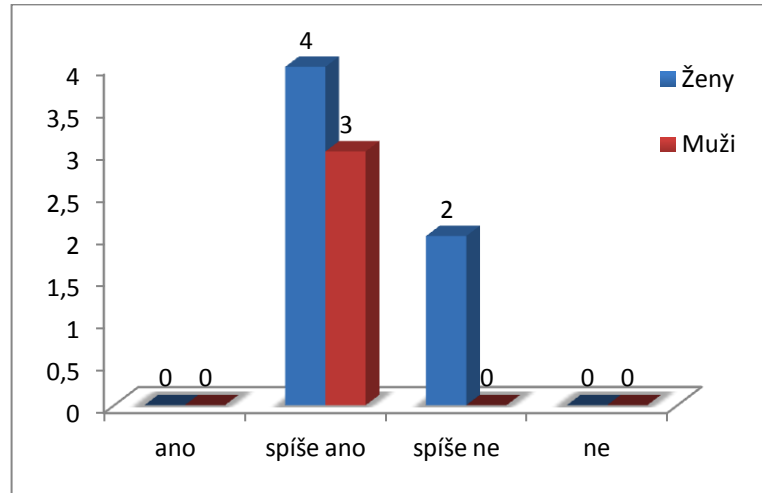
Chování a přístup zdravotních sester ohodnotilo 78 % (7/9) respondentů známkou **1**, 22 % (2/9) dotázaných je ohodnotilo známkou **2**. Právě chování a přístup byl nejlépe hodnocen, průměrná známka je 1,22.

67 % (6/9) respondentů ohodnotilo *chování a přístup sociálních pracovníků* známkou **1**, 22 % (2/9) dotázaných je ohodnotilo známkou **2** a 11% (1/9) dotázaných jim přiřadil známku **3**.

Chování a přístup pracovníků v sociálních službách ohodnotilo 44 % (4/9) respondentů známkou **1** a 56 % (5/9) respondentů je ohodnotilo známkou **2**.

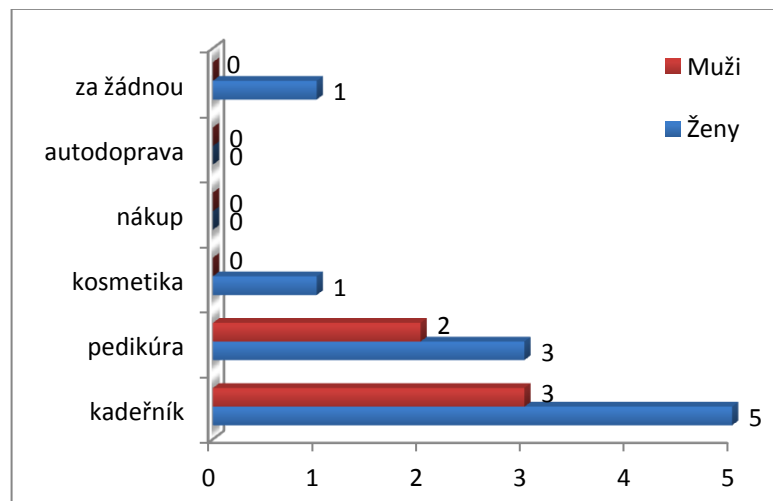
56 % (5/9) respondentů ohodnotilo *přístup vedení* známkou **1**, 33 % (3/9) respondentů ho ohodnotilo známkou **2** a 11 % (1/9) respondentů uvedli známku **3**.

Otázka č. 6: Považujete čas, který tráví personál s Vaším příbuzným za dostačující?



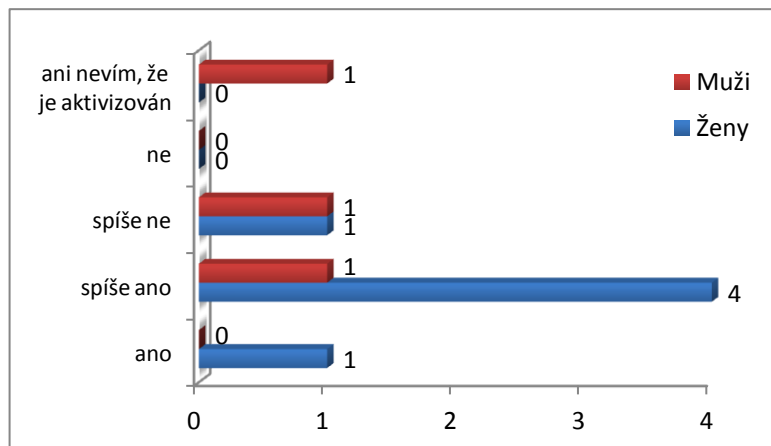
Celkem 78 % (7/9) všech dotázaných považuje čas, který tráví personál s klienty za *dostačující*, a to s přívlastkem *spíše*. 22 % (2/9) respondentů uvedlo, že čas, který tráví personál s klienty HH považují za *nedostatečný*, opět s přívlastkem *spíše*.

Otázka č. 7: Za které uvedené doplňkové služby jste ochoten/a připlatit?



Celkem 89 % (8/9) dotázaných je ochotno připlatit za služby *kadeřníka*, 56 % (5/9) z dotázaných je ochotno připlatit za *pedikúru* a 1 z respondentů za *kosmetiku*. Taktéž 1 z respondentů uvedl, že není ochoten připlatit *za žádnou* z uvedených doplňkových služeb. Individuální nákup a autodopravu nezvolil žádný z respondentů.

Otázka č. 8: Považujete aktivizaci (volnočasové aktivity pod vedením odborného pracovníka) svého rodinného příslušníka za dostačující?

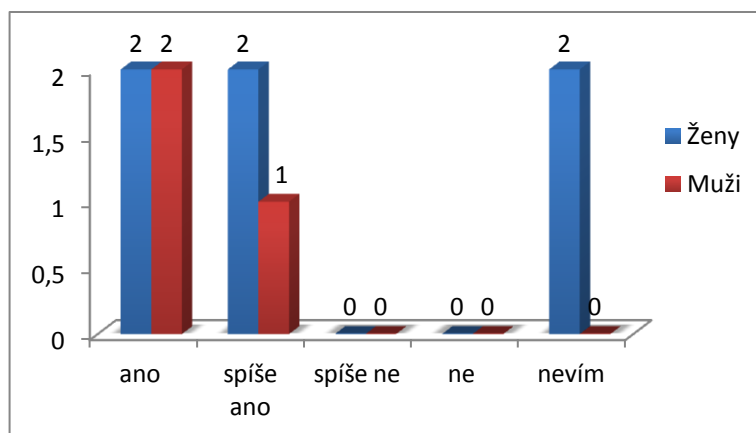


Celkem 67 % (6/9) respondentů považuje aktivizační činnosti jejich příbuzného za *dostačující*, ať zcela nebo spíše. 22 % (2/9) z celkového počtu dotázaných považuje aktivizační činnosti za *nedostačující*, s přívlastkem spíše. 1 z respondentů uvedl, že *ani neví, že je jeho příbuzný aktivizován*.

Otázka č. 9: Setkal/a jste se během návštěvy v zařízení s jednáním, které se Vás nebo Vašich příbuzných jakkoliv dotklo? Pokud ano, mohl/a byste prosím popsat tuto situaci?

Tato otázka umožňovala případné verbální vyjádření respondentů, všichni dotázaní zde ovšem shodně uvedli, že se s takovým jednáním v HH zatím neseťkali.

Otázka č. 10: Doporučil/a byste služby Hospice Hvězda svým známým, přátelům?



Na tuto otázku odpovědělo 78 % (7/9) respondentů *kladně*, tedy že by služby HH doporučili svým známým či přátelům, 22 % (2/9) respondentů uvedli, že *neví*. Z těchto odpovědí jasně vyplynulo, že příbuzní klientů HH jsou spokojeni se službami HH, protože pouze ten, kdo je se službou opravdu spokojen, ji doporučí svým přátelům.

Otázka č. 11: Chybělo Vám něco v dotazníku, na co byste ještě rádi upozornili?

V tomto případě pouze jeden respondent uvedl poznámku: „ *Velmi často se střídá obsluhující personál – míněno v rámci fluktuace pracovníků.*“

6. Ohodnořte chování a přístup pracovníků domova škálou 1- 5 (1 nejlepší, 5 nejhorší)

Lékaři	1	2	3	4	5
Zdravotní sestry	1	2	3	4	5
Sociální pracovníci	1	2	3	4	5
Pracovníci v sociálních službách	1	2	3	4	5
Vedení	1	2	3	4	5

7. Je personál domova k dispozici vždy, když ho potřebujete?

- a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

8. Respektuje personál Vaše přání a potřeby, jsou ochotni Vám vyjít vstříc?

- a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne → v čem je nerespektují?.....

9. Je pro Vás důležité udržovat dobré vztahy s lidmi v domově?

- a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

10. Kdybyste měl/a svoji spokojenost v domově označkovat jako ve škole na stupnici od 1 do 5, kdy jednička je nejlepší a pětka nejhorší známka, jakou byste dal/a?

.....

11. Výše úhrady za pobyt v domově se Vám zdá?

- a) příliš vysoká – uvítal/a bych snížení, i kdyby to mělo znamenat omezení služeb
b) přiměřená
c) příliš nízká – rád/a si připlatím za rozsáhlejší služby
d) nedokážu posoudit

12. Chybí Vám v domově nějaká konkrétní služba nebo služby, za které jste ochoten/ochotna si připlatit a kolik? (např. možnost výběru jídel, speciální masáže atd.)?

- a) ano (prosím uveďte která?)

Služba	Jsem ochoten/ochotna si připlatit	Kolik?
.....	ANO * NE
.....	ANO * NE
.....	ANO * NE
.....	ANO * NE

- b) ne

13. Které z následujících doplňkových služeb nejčastěji využíváte?

- a) kadeřník
b) pedikúra
c) kosmetika
d) individuální nákup
e) autodoprava
f) žádnou

14. Pokud doplňkové služby využíváte, jste spokojen/a s jejich kvalitou?

- a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne → vadí mi.....

15. Poskytuje Vám zařízení dostatečný kontakt se společenským prostředím (např. dostupnost informačních zdrojů – televize, internet, rozhlas, noviny aj.)?

- a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne → chybí

16. Účastníte se v domově aktivizačních činnostech (volnočasové a zájmové aktivity pod vedením odborného pracovníka)?

- a) ano (prosím uveďte kterých)
- b) ne → proč?

17. Považujete rozsah těchto volnočasových aktivit za dostačující?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne → co byste uvítali?

18. Chybělo Vám něco v dotazníku, na co byste ještě rádi upozornili?

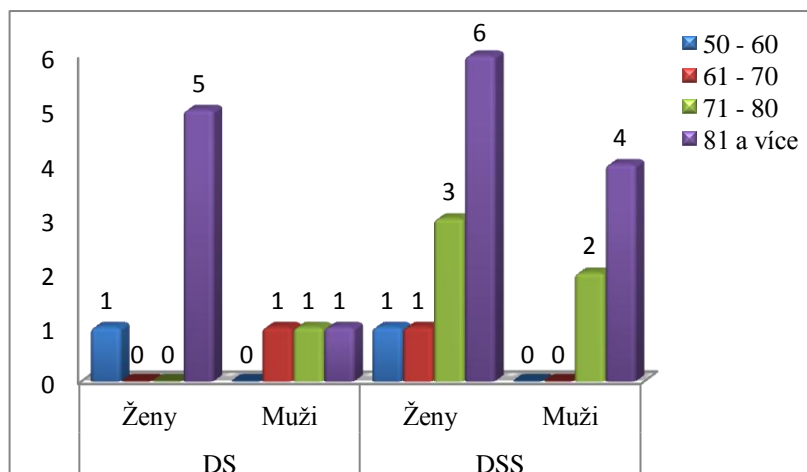
.....
.....
.....

Děkuji za Váš čas strávený vyplněním tohoto dotazníku.

Bc. Kateřina Nevařilová

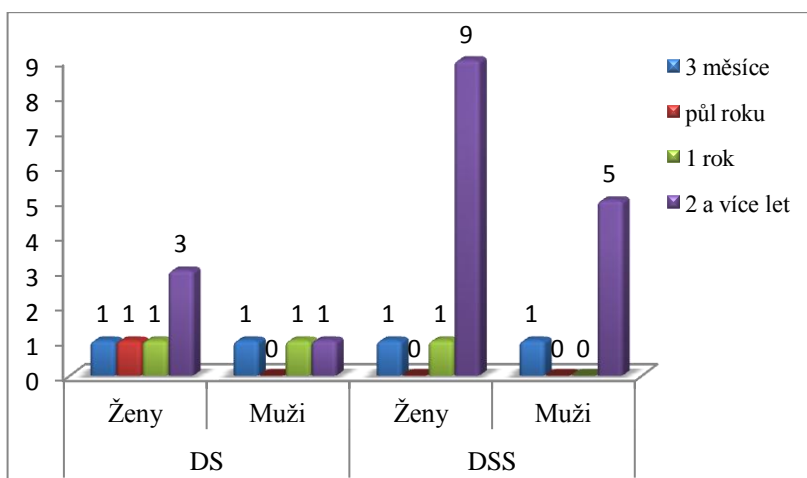
PŘÍLOHA P VI: VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU PRO DS A DSS

Z odevzdaných dotazníků **DS** jich bylo celkově 6 (tedy 67 %) vyplněno ženami a 3 (tedy 33 %) muži. Ve středisku **DSS** jich bylo celkově 11 (tedy 65 %) vyplněno ženami a 6 (tedy 35 %) muži, následující graf zobrazuje věkové kategorie respondentů podle uvedených středisek.



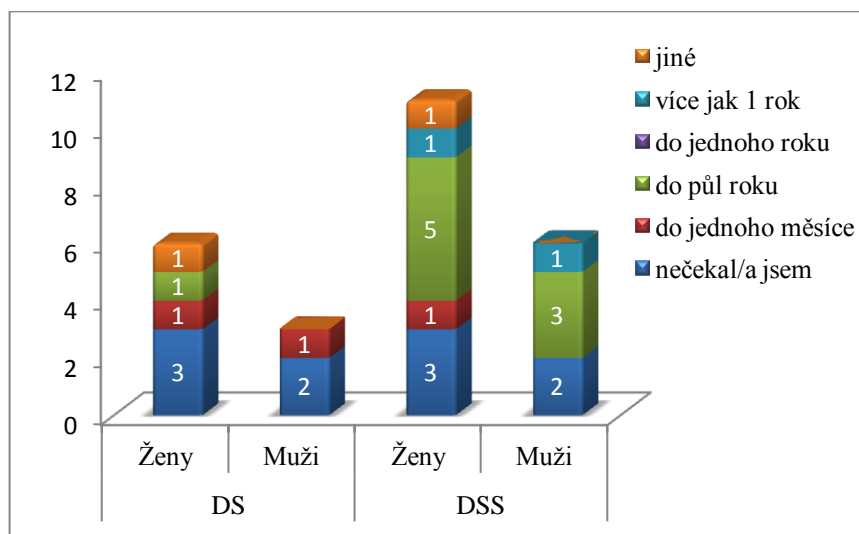
Ve středisku **DS** tvořili nejpočetnější skupinu respondenti ve věkové kategorii *81 a více*, a to 67 % (6/7). Dále následují věkové kategorie *50 – 60 let*, *61 – 70 let* a *71 – 80 let*, všechny shodně s 11 %. Ve středisku **DSS** tvořili taktéž nejpočetnější skupinu respondenti ve věkové kategorii *81 a více*, a to 59 % (10/17). Dále následuje věková kategorie *71 – 80 let*, a to 29 % (5/17). Věkové kategorie *50 – 60 let* a *61 – 70 let* mají obě shodně 6 % (1/17).

Otázka č. 3: Jak dlouho žijete v tomto zařízení?



Ve středisku **DS** tvořili nejsilnější skupinu respondenti s délkou pobytu *2 a více let*, a to s 45 % (4/5). 22 % (2/9) respondentů odpovědělo, že žije v zařízení *jeden rok*, shodný počet respondentů uvedl dobu *3 měsíce*. 1 z dotázaných žije v zařízení *půl roku*. Ve středisku **DSS** tvořili nejpočetnější skupinu taktéž respondenti s délkou pobytu *2 a více let*, a to 82 % (14/17). 12 % (2/17) odpovědělo, že žije v zařízení *3 měsíce* a 1 z respondentů uvedl dobu pobytu *1 rok*.

Otázka č. 4: Jak dlouho jste čekal/a na přijetí do domova?



Ve středisku **DS** uvedlo 56 % (5/9) respondentů, že na přijetí *nečekali*. 22 % (2/9) dotázaných uvedli, že čekali *do jednoho měsíce*. 1 z dotázaných uvedl dobu čekání *do půl roku*. Jeden respondent uvedl možnost *jiné* a v dodatku uvedl, že neví, protože žádost vyřizovali příbuzní.

Ve středisku **DSS** uvedlo 47 % (8/17) respondentů, že čekali *do půl roku*. 29 % (5/17) dotázaných uvedlo, že na přijetí *nečekali*, 12 % (2/17) respondentů zvolili možnost *více jak 1 rok* a 1 z respondentů uvedl dobu *do jednoho měsíce*. Taktéž 1 respondent zvolil možnost *jiné* a ve vlastním dodatku uvedl, že si dobu nepamatuje.

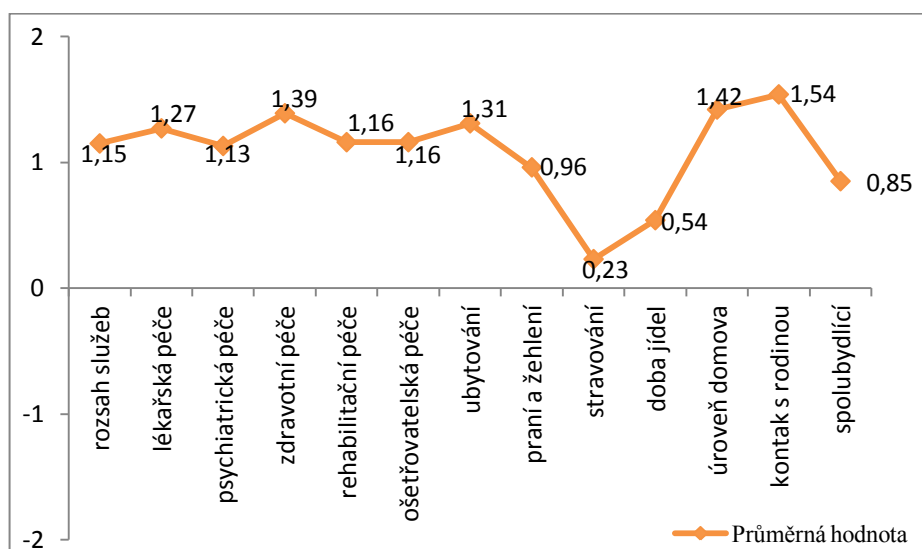
V mnoha případech se stalo, že respondenti měli zkreslenou představu o době čekání na přijetí, protože za ně žádost vyřizovali jejich příbuzní.

Otázka č. 5: Hodnocení kvality poskytovaných služeb

Tato otázka zjišťovala spokojenost s kvalitou poskytovaných služeb v DS a DSS, na otázku odpovídali respondenti na základě stejné škály, jako příbuzní klientů HH.

Výsledky odpovědí jsou uvedeny v následující tabulce, v grafu níže je uvedena průměrná hodnota jednotlivých odpovědí.

Škála	Počet odpovědí u jednotlivých otázek												
	a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)	h)	ch)	i)	j)	k)	l)
+2 velmi spokojen	11	12	6	14	11	9	13	10	3	7	12	17	7
+1	9	9	6	8	10	7	9	8	10	7	13	7	1
0	5	5	2	4	2	4	3	2	3	5	1	1	2
-1	1	0	1	0	1	0	1	0	10	7	0	1	2
-2 velmi nespokojen	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	1
Nedokáži posoudit	0	0	11	0	1	6	0	3	0	0	0	0	13



S rozsahem poskytovaných služeb je spokojeno 77 % (20/26) všech respondentů, ať s přívlastkem spíše nebo velmi. 19 % (5/26) zvolilo neutrální odpověď, tedy ani spokojen ani nespokojen a 1 respondent uvedl, že s rozsahem poskytovaných služeb je nespokojen, s přívlastkem spíše.

S kvalitou lékařské péče je spokojeno 81 % (21/26) respondentů, ať s přívlastkem spíše nebo velmi. 19 % (5/26) respondentů zvolilo neutrální odpověď, tedy ani spokojen ani nespokojen.

S kvalitou psychiatrické lékařské péče je spokojeno 46 % (12/26) respondentů, opět s přívlastkem velmi nebo spíše. 8 % (2/26) dotázaných zvolilo neutrální odpověď, 1 respondent uvedl, že s kvalitou psychiatrické lékařské péče je spíše nespokojen. 42 % (11/26) respondentů nedokáže kvalitu posoudit.

S kvalitou zdravotní péče poskytované všeobecnou sestrou je spokojeno 85 % (22/26) respondentů, s přívlastkem velmi nebo spíše. 15 % (4/26) dotázaných zvolilo neutrální odpověď.

S kvalitou rehabilitačně ošetrovatelské péče je spokojeno 81 % (21/26) respondentů, ať s přívlastkem spíše nebo velmi. 8 % (2/26) respondentů uvedlo neutrální odpověď, 1 respondent nedokáže kvalitu služby posoudit, taktéž 1 respondent je s kvalitou rehabilitačně ošetrovatelské služby spíše nespokojen a jeden velmi nespokojen. Ve vlastních dodatcích tito respondenti uvedli, že by uvítali více intenzivnějšího cvičení.

S kvalitou ošetrovatelské péče je spokojeno 62 % (16/26) respondentů, opět s přívlastkem spíše nebo velmi. 15 % (4/26) respondentů zvolili neutrální odpověď a 23 % (6/26) respondentů nedokáže kvalitu posoudit.

S kvalitou ubytování je spokojeno 85 % (22/26) všech respondentů. 12 % (3/26) respondentů zvolilo neutrální odpověď a 1 respondent uvedl, že je spíše nespokojen, protože vedení již považuje téměř všechny pokoje za nadstandardní.

S kvalitou praní a žehlení prádla je spokojeno 69 % (18/26) respondentů, 8 % (2/26) dotázaných zvolilo neutrální odpověď. 12 % (3/26) respondentů zvolilo možnost velmi nespokojen a ve vlastním dodatku někteří uvedli, že se jim oblečení ztrácí. Taktéž 12 % (3/26) respondentů uvedlo, že tuto službu nevyužívají a tudíž nemohou posoudit jejich kvalitu.

S kvalitou stravování je spokojeno 50 % (13/26) všech respondentů. 12 % (3/26) respondentů zvolilo neutrální odpověď a 38 % (10/26) dotázaných uvedlo, že jsou s kvalitou stravování spíše nespokojeni.

S dobou podávání jídel je spokojeno celkem 54 % (14/26) respondentů, ať s přívlastkem spíše nebo velmi. 19 % (5/26) respondentů uvedlo neutrální odpověď a 27 % (7/26) dotázaných je s dobou podávání jídel spíše nespokojeno. Ve vlastním dodatku někteří uvedli, že by uvítali snídaně dříve a večere naopak později.

S úrovní a zázemím domova je spokojeno 96 % (25/26) všech respondentů. Pouze 1 respondent zvolil neutrální odpověď, tedy ani spokojen ani nespokojen.

S kontaktem s rodinou je spokojeno 92 % (24/25) všech respondentů, ať s přívlastkem velmi nebo spíše. 1 respondent zvolil neutrální odpověď a taktéž 1 respondent zvolil možnost spíše nespokojen.

Se svým spolubydlícím je spokojeno celkem 31 % (8/26) respondentů, opět s přívlastkem velmi nebo spíše. 8 % (2/26) respondentů zvolilo neutrální odpověď, stejný počet respondentů zvolilo možnost spíše nespokojen a 1 respondent je se svým spolubydlícím velmi nespokojen. Celkem 50 % (13/26) respondentů spolubydlícího nemá.

Otázka č. 6: Ohodnoťte chování a přístup pracovníků domova škálou 1- 5 (platí jako ve škole, 1 nejlepší - 5 nejhorší)

V následující tabulce je uvedeno jednotlivé hodnocení pracovníků středisek DS a DSS škálou 1 – 5, kdy jednotlivé škály odpovídají známkám jako ve škole.

Středisko DS:

Pracovníci	1	2	3	4	5	Celkem	Ø známka
	počet odpovědí						
Lékaři	7	2	0	0	0	9	1,22
Zdravotní sestry	7	2	0	0	0	9	1,22
Sociální pracovníci	4	5	0	0	0	9	1,56
Pracovníci v sociálních službách	5	4	0	0	0	9	1,44
Vedení	2	5	2	0	0	9	2

78 % (7/9) z celkového počtu dotázaných ohodnotilo *přístup a chování lékařů* známkou **1**, 22 % (2/9) respondentů je ohodnotilo známkou **2**.

Chování a přístup zdravotních sester ohodnotilo 78 % (7/9) respondentů známkou **1**, 22 % (2/9) dotázaných, je ohodnotila známkou **2**. Ve vlastním dodatku uvedli dva respondenti, že jsou sestřičky občas neochotné.

44 % (4/9) respondentů ohodnotilo *chování a přístup sociálních pracovníků* známkou **1**, 56 % (5/9) dotázaných je ohodnotilo známkou **2**.

Chování a přístup pracovníků v sociálních službách ohodnotilo 56 % (5/9) respondentů známkou **1** a 44 % (4/9) respondentů je ohodnotilo známkou **2**.

22 % (2/9) respondentů ohodnotilo *přístup vedení* známkou **1**, 56 % (5/9) respondentů ho ohodnotilo známkou **2** a 22 % (2/9) respondentů uvedli známku **3**. Přístup vedení byl hodnocen nejhůře, průměrná známka je 2.

Nejhorší známky, tedy 4 ani 5, nevedl nikdo z respondentů střediska DS.

Středisko DSS:

Pracovníci	1	2	3	4	5	Celkem	Ø známka
	počet odpovědí						
Lékaři	6	6	4	1	0	17	2
Zdravotní sestry	7	8	2	0	0	17	1,71
Sociální pracovníci	5	8	4	0	0	17	1,94
Pracovníci v sociálních službách	6	8	2	1	0	17	1,88
Vedení	6	4	5	2	0	17	2,18

35 % (6/17) z celkového počtu dotázaných ohodnotilo *přístup a chování lékařů* známkou **1**, shodný počet respondentů je ohodnotilo známkou **2**, 24 % (4/17) respondentů jim přiřadilo známku **3** a jeden respondent známku **4**.

Chování a přístup zdravotních sester ohodnotilo 41 % (7/17) respondentů známkou **1**, 47 % (8/17) dotázaných je ohodnotilo známkou **2** a 12 % (2/17) respondentů jim přiřadilo známku **3**.

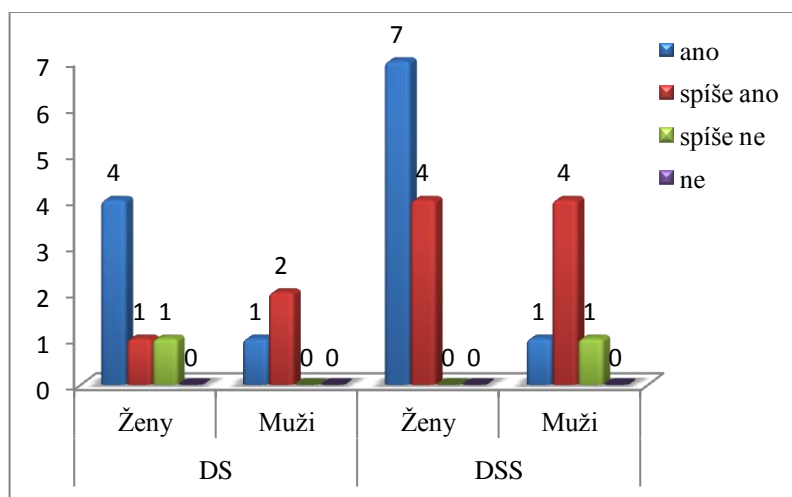
29 % (5/17) respondentů ohodnotilo *chování a přístup sociálních pracovníků* známkou **1**, 47 % (8/17) dotázaných je ohodnotilo známkou **2** a 24 % (4/17) dotázaných jim přiřadilo známku **3**.

Chování a přístup pracovníků v sociálních službách ohodnotilo 35 % (6/17) respondentů známkou **1**, 47 % (8/17) respondentů je ohodnotilo známkou **2**, 12 % (2/17) respondentů jim přiřadilo známku **3** a jeden respondent je ohodnotil známkou **4**.

35 % (6/17) respondentů ohodnotilo *přístup vedení* známkou **1**, 24 % (4/17) respondentů ho ohodnotilo známkou **2**, 29 % (5/17) respondentů uvedli známku **3** a 12 % (2/17) dotázaných mu přiřadilo dokonce známku **4**.

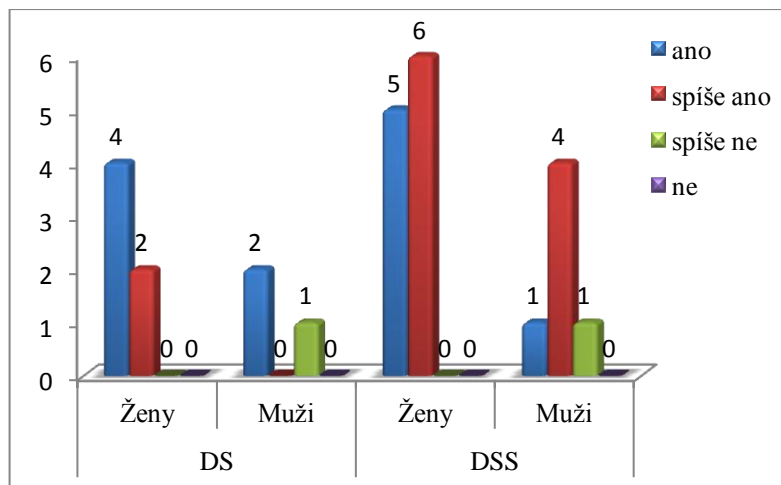
Nejhorší známkou (5) neohodnotil chování a přístup pracovníků zařízení DSS žádný z respondentů.

Otázka č. 7: Je personál domova k dispozici vždy, když ho potřebujete?



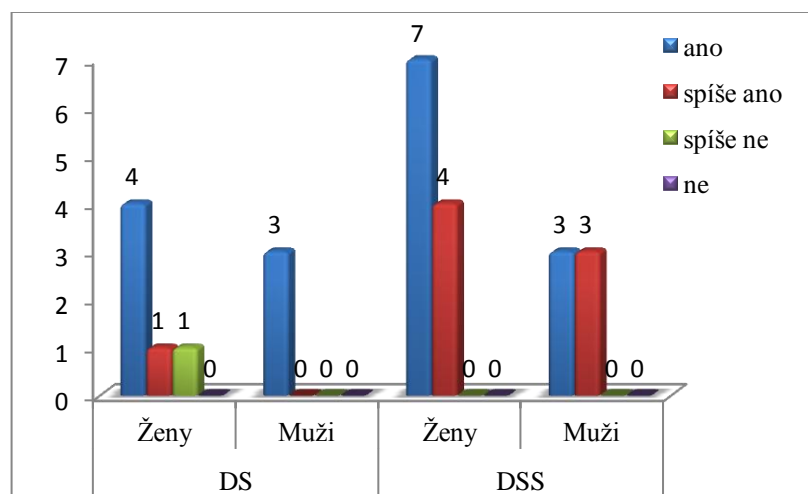
Ve středisku **DS** zvolilo 89 % (8/9) respondentů kladnou odpověď, tedy že personál je k dispozici vždy, a to s přívlastkem zcela nebo spíše. Jeden respondent zde uvedl, že personál spíše k dispozici není, protože musí dlouho zvonit. Ve středisku **DSS** zvolilo 94 % (16/17) respondentů kladnou odpověď, a to s přívlastkem zcela nebo spíše. Pouze jeden respondent uvedl možnost spíše ne.

Otázka č. 8: Respektuje personál Vaše přání a potřeby, jsou ochotni Vám vyjít vstříc?



Ve středisku **DS** zvolilo 89 % (8/9) respondentů kladnou odpověď, ať s přívlastkem zcela nebo spíše. 1 z dotázaných zvolil možnost spíše ne. V uvedené poznámce uvedl, že se to týká zejména individuálního nákupu, protože mu pracovníci nikdy nekoupí to, co požadoval. Ve středisku **DSS** zvolilo 94 % (16/17) kladnou odpověď, ať s přívlastkem spíše nebo velmi. Pouze jeden respondent uvedl možnost spíše ne.

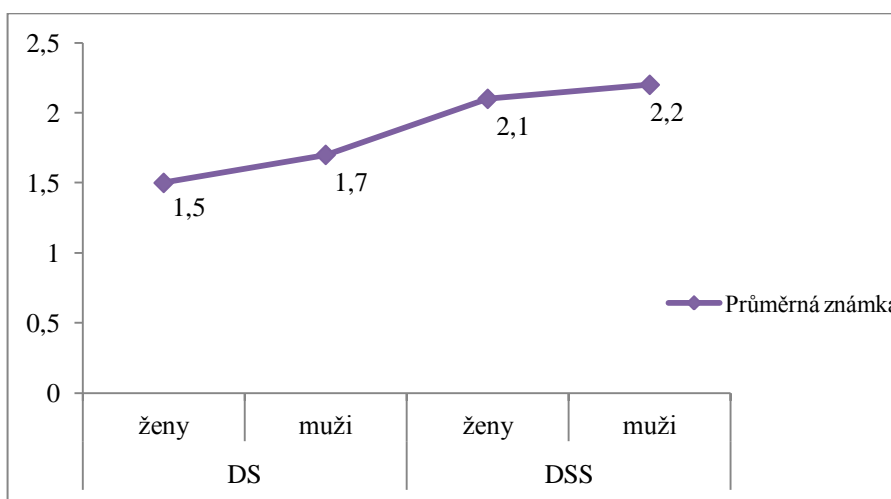
Otázka č. 9: Je pro Vás důležité udržovat dobré vztahy s lidmi v domově?



Ve středisku **DS** uvedlo 89 % (8/9) respondentů odpověď kladnou, ať s přívlastkem zcela nebo spíše a je pro ně tudíž důležité udržovat dobré vztahy s ostatními lidmi v domově. 11 % (1/9) dotázaných uvedl, že to pro něj spíše důležité není, protože je samotář.

Ve středisku **DSS** uvedlo 100 % dotázaných, že je pro ně důležité udržovat dobré vztahy v domově, ať s přívlastkem zcela nebo spíše.

Otázka č. 10: Kdybyste měl/a svoji spokojenost v domově oznámkovat jako ve škole na stupnici od 1 do 5, kdy jednička je nejlepší a pětka nejhorší známka, jakou byste dal/a?



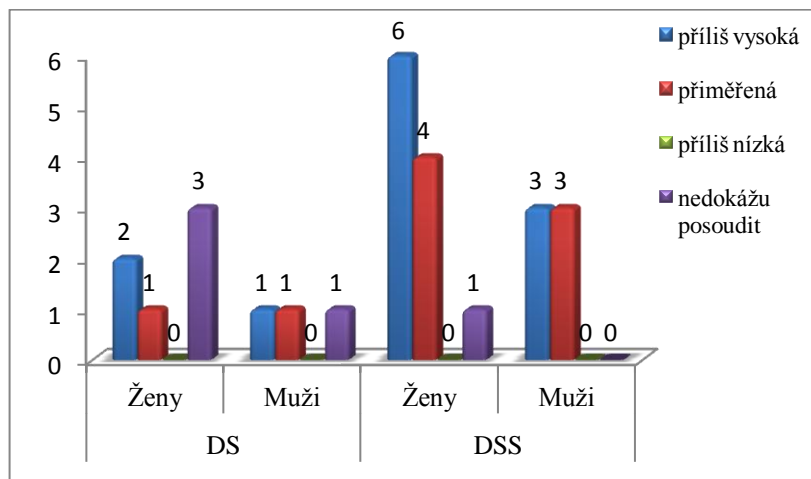
Středisko DS:

Ženy svou celkovou spokojenost ve středisku Domov seniorů ohodnotily průměrnou známkou 1,5 a muži průměrnou známkou 1,7.

Středisko DSS:

Ženy svou celkovou spokojenost ve středisku Dům služeb seniorům ohodnotily průměrnou známkou 2,1 a muži průměrnou známkou 2,2.

Otázka č. 11: Výše úhrady za pobyt se Vám zdá?



Ve středisku **DS** 44 % (4/9) oslovených klientů *nedokáže* výši úhrady za pobyt *posoudit*, protože se o jejich úhrady starají příbuzní a také nemohou výši úhrady porovnat s jiným zařízením. 33 % (3/9) respondentů uvedli, že se jim výše úhrady zdá *příliš vysoká* a 22 % (2/9) dotázaných uvedl, že výši úhrady považují za *přiměřenou*. Ve středisku **DSS** považuje 53 % (9/17) respondentů výši úhrady za *pobyt za příliš vysokou*, 42 % (7/17) respondentů ji považuje za *přiměřenou* a jeden respondent *nedokáže* výši úhrady za pobyt *posoudit*.

Otázka č. 12: Chybí Vám v domově nějaká konkrétní služba nebo služby, za které jste ochoten/ochotna připlatit? A kolik? (např. možnost výběru jídel, speciální masáže, atd.)?

Středisko DS:

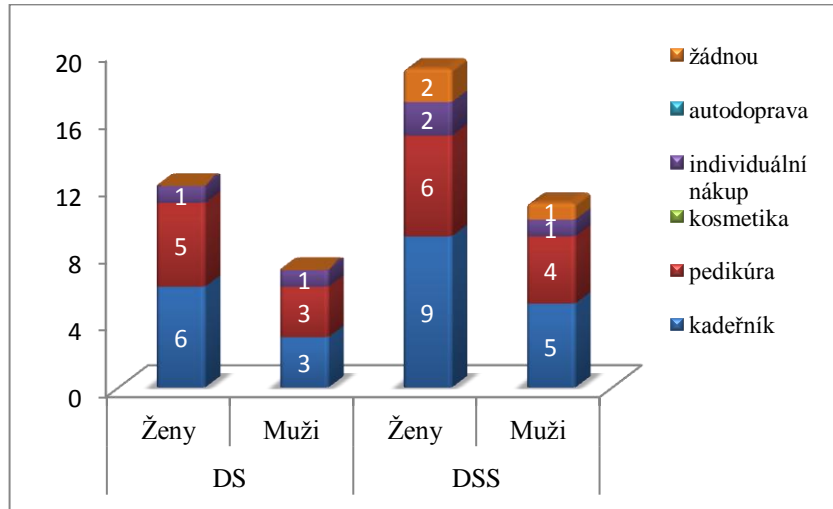
U této otázky, která vyžadovala verbální vyjádření, pouze jeden klient DS uvedl, že by si přál *masáže*, za které je ochoten si 150 Kč doplatit. V ostatních případech lidé odpověděli, že jim žádná služba buď nechybí, nebo už si nemají další služby z čeho připlatit.

Středisko DSS:

Ve středisku DSS uvedli 4 respondenti, že by uvítali možnost *výběru jídel*, za které jsou 2 z nich ochotni připlatit dle potřeby, jeden respondent je ochoten připlatit 20 Kč/den

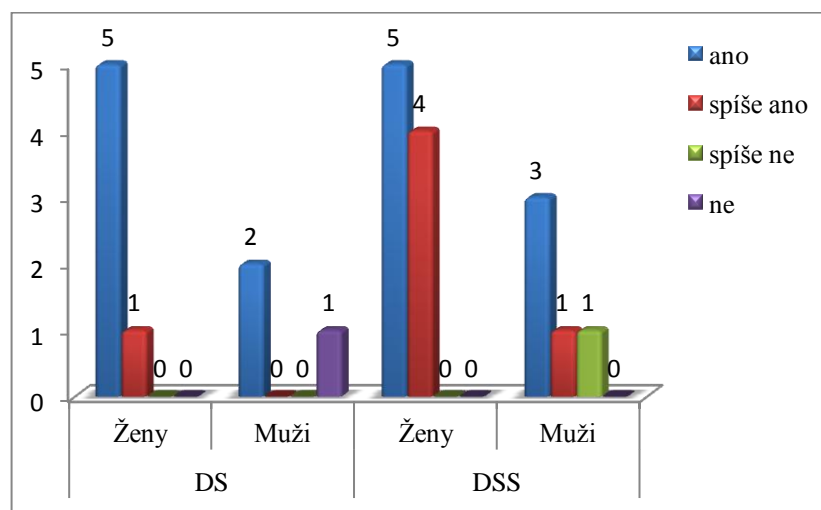
a jeden 300 Kč/měsíc. Taktéž 4 respondenti (24 % z celkového počtu) střediska DSS by opět uvítali *masáže*, za které jsou ochotni připlatit dle potřeby.

Otázka č. 13: Které z následujících doplňkových služeb nejčastěji využíváte?



Ve středisku **DS** uvedlo 100 % respondentů, že využívají služby *kadeřníka*, 89 % (8/9) dotázaných využívá služby *pedikérky* a 22 % (2/9) respondentů využívá služby *individuálního nákupu*. Kosmetiku nebo autodopravu neuvedl žádný z klientů DS. Ve středisku **DSS** uvedlo 82 % (14/17) respondentů, že využívá služby *kadeřníka*, 59 % (10/17) respondentů využívá služeb *pedikérky*, 18 % (3/17) využívá služeb *individuálního nákupu* a stejný počet respondentů uvedl, že nevyužívá *žádnou* z doplňkových služeb.

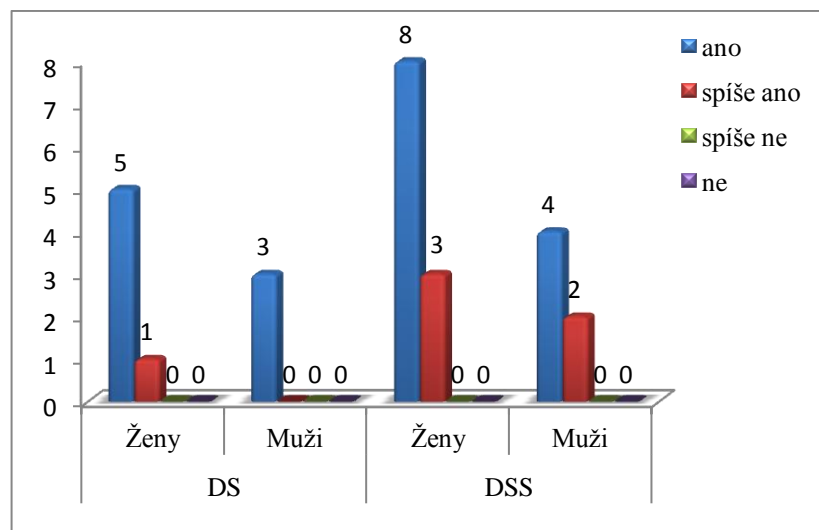
Otázka č. 14: Pokud doplňkové služby využíváte, jste spokojen/a s jejich kvalitou?



Ve středisku **DS** je s kvalitou doplňkových služeb spokojeno 89 % (8/9) klientů, ať s přívlastkem zcela nebo spíše. Pouze 11 % (1/9) dotázaných uvedl, že s jejich kvalitou spokojen není. V poznámce uvedl, že není spokojen s individuálním nákupem, protože mu není nikdy nakoupeno to, co si žádal.

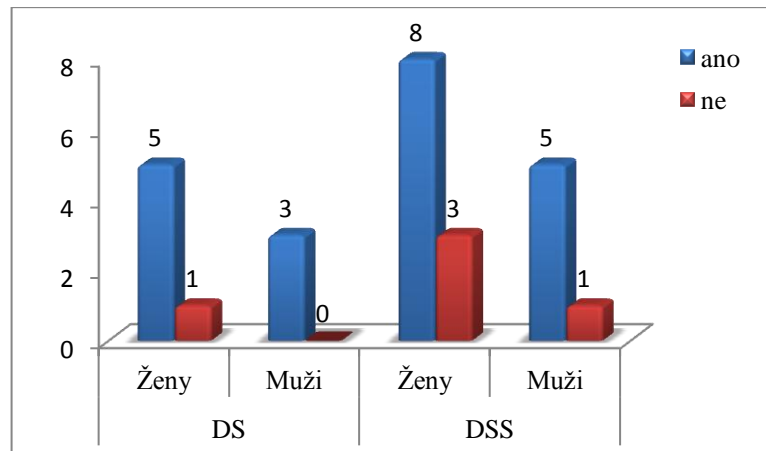
Ve středisku **DSS** je s kvalitou doplňkových služeb spokojeno celkem 76 % (13/17) respondentů, ať s přívlastkem zcela nebo spíše. Pouze jeden respondent uvedl, že s jejich kvalitou spíše spokojen není, ovšem v dodatku neuvedl, s čím konkrétně. 3 respondenti se k této otázce nevyjádřili, protože doplňkové služby nevyužívají.

Otázka č. 15: Poskytuje Vám zařízení dostatečný kontakt se společenským prostředím (např. dostupnost informačních zdrojů – televize, internet, rozhlas, noviny aj.)?



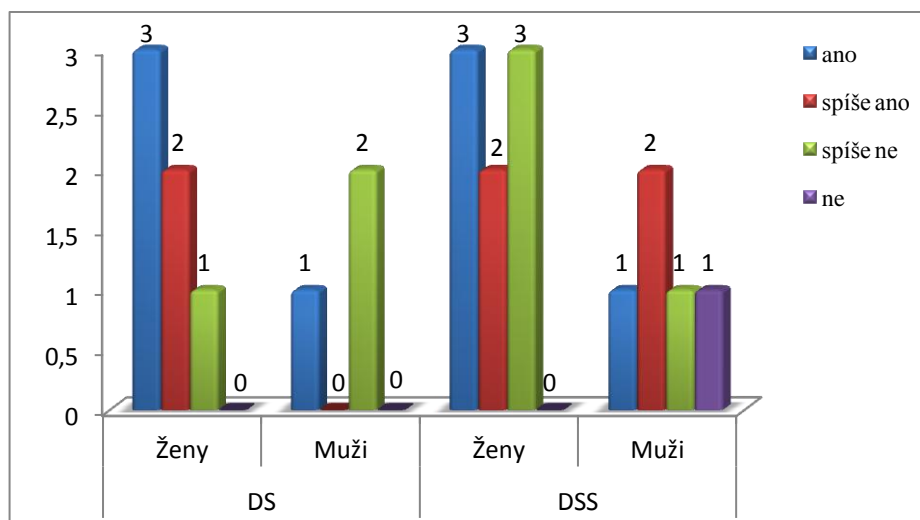
Ve středisku **DS** a **DSS** na tuto otázku odpovědělo 100 % respondentů kladně, ať s přívlastkem spíše nebo zcela. Střediska jim tedy podle názorů všech respondentů poskytují dostatečný kontakt se společenským prostředím.

Otázka č. 16: Účastníte se v domově aktivizačních činností (volnočasové a zájmové aktivity pod vedením odborného pracovníka)?



Ve středisku **DS** se volnočasových aktivit účastní 89 % (8/9) respondentů. V dodatku uváděli například koncerty, zájezdy nebo ergoterapii. Mnoho respondentů uvedlo, že se účastní všech volnočasových aktivit, pokud jim to čas umožní. Pouze jeden dotázaný odpověděl, že se volnočasových aktivit zatím moc neúčastnil, protože je v domově krátce a kvůli zdravotnímu stavu zatím neměl ani příležitost. Ve středisku **DSS** se volnočasových aktivit účastní 76 % (13/17) všech respondentů. V dodatku uvedli, že se účastní například koncertů, zájezdů, artterapie, výstav, atd. 24 % (4/17) respondentů se volnočasových aktivit neúčastní z důvodu vysokého věku.

Otázka č. 17: Pokud se volnočasových aktivit účastníte, považujete jejich rozsah za dostačující?



Ve středisku **DS** uvedlo 67 % (6/9) respondentů, že volnočasové aktivity považují za dostačující, ať s přívlastkem zcela nebo spíše. 33 % (3/9) dotázaných uvedlo, že je považuje za spíše nedostačující a uvítali by například více skupinových aktivit.

Ve středisku **DSS** odpovědělo 47 % (8/17) respondentů kladně, ať s přívlastkem zcela nebo spíše. 29 % (5/17) respondentů odpovědělo záporně, s přívlastkem spíše nebo velmi, ovšem v dodatku neuvedli, co konkrétně postrádají. 4 respondenti se k otázce nevyjádřili, protože se těchto aktivit neúčastní.

Otázka č. 18: Chybělo Vám něco v dotazníku, na co byste ještě rádi upozornili?

Tato otázka poskytovala respondentům možnost verbálního vyjádření, pouze 2 respondenti střediska DS zde uvedli poznámku, že chování a přístup pracovníků je hodně individuální a museli by hodnotit každého pracovníka zvlášť.

**PŘÍLOHA VII: PLÁN VZDĚLÁVACÍCH AKCÍ PROJEKTU
KOVPIC II PRO KVĚTEN A ČERVEN 2012**

Název vzdělávacího programu	Počet volných míst	Datum a místo konání	Počet akreditovaných hodin
Základy problematiky osob s tělesným postižením (3)	18	28. a 29. 6. 2012, Vsetín, Závěše Kalandry 1419	16
Jednání s klientem (2)	18	21. a 22. 6. 2012, Vsetín, Masarykova veřejná knihovna	16
Základy muzikoterapie (3)	18	20. - 22. 6. 2012, Vsetín, Závěše Kalandry 1419	20
Základy arteterapie a artefiletiky (4)	16	18. a 19. 6. 2012, Vsetín, Závěše Kalandry 1419	20
Individuální plánování v sociálních službách (4)	18	30. a 31. 5. 2012, Vsetín, Závěše Kalandry 1419	16
Prevence syndromu vyhoření (6)	16	28. a 29. 5. 2012, Vsetín, Závěše Kalandry 1419	15
Základy tanečně pohybové terapie (3)	16	21. - 23. 5. 2012, Vsetín, Závěše Kalandry 1419	15
Individuální plánování v sociálních službách (3)	18	14. a 15. 5. 2012, Vsetín, Masarykova veřejná knihovna	16
Pracovní rehabilitace (4)	18	14. a 15. 5. 2012, Vsetín, Závěše Kalandry 1419	16
Základy problematiky osob s tělesným postižením (2)	18	10. a 11. 5. 2012, Vsetín, Závěše Kalandry 1419	16
Základy dramaterapie pro pracovníky sociálních služeb (4)	18	2. - 4. 5. 2012, Vsetín, Závěše Kalandry 1419	20