

Univerzita Karlova v Praze

1 0 -04- 2009

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky



Seniorská problematika z pohledu pečovatelské služby

Diplomová práce

Autor: Soňa Šobíšková

Vedoucí diplomové práce: PaedDr. Blanka Housarová, Ph.D.

MUDr. Kalvach Zdeněk, CSc.

Studijní obor: Speciální pedagogika - obor

Praha 2009

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně
s použitím uvedené literatury

V Praze dne 10. 4. 2009

Podpis: k

Poděkování

Chtěla bych poděkovat PaedDr. Blance Housarové, Ph.D. a MUDr. Zdeňku Kavlachovi CSc. a všem přednášejícím z fakulty. Dále děkuji Mgr. Slukové za podnětné diskuse při vzdělávání pracovníků v sociálních službách a především všem pečovatelkám z CSOP Prahy 10.

Anotace

Tématem diplomové práce je poskytování pečovatelské služby seniorům. Cílem poskytovaných služeb je mimo jiné umožnit lidem žít ve svém domácím prostředí. Na základě prostudované literatury představuji pojem stáří, stárnutí, komunikace. Poukazuji na komunikační zvláštnosti a techniky u vybraných skupin seniorů. V praktické části vycházím ze svých pracovních zkušeností v poskytování terénní pečovatelské služby seniorům. Ve své práci se zaměřuji na období v letech 2006 - 2008, kdy došlo k legislativní změně v poskytování pečovatelské služby.

Annotation

Subject of diploma thesis is administration minder services for seniors. Aim of coming services is, among others, provide for seniors full-value life in their native environment. On the basis of peruse literature I present terms like age, senescence and communication. I point out communication specialities and techniques for choice groups of seniors. In practical parts I go out of own working experience in administration field minder services for seniors. In my diploma thesis I concentrate for the period between 2006 - 2008, when the legislation of administration minder services was changed.

Obsah:

Anotace.....	4
Annotation.....	5
Obsah:.....	6
Úvod.....	8
1. Obecná charakteristika, stárnutí, stáří.....	9
1.1. Demografie stáří.....	10
1.2. Geriatrické syndromy.....	11
2. Obecná charakteristika komunikace, zásady komunikace	
koordinátora, pečovatele s klientem.....	14
2.1. Formy komunikace.....	14
2.2. Komunikace s úzkostným klientem.....	16
2.3. Komunikace s depresivním klientem.....	16
2.4. Komunikace s klientem s demenčním syndromem.....	17
2.5. Komunikace s agresivním klientem.....	19
2.6. Komunikace se seniorem.....	20
3. Pečovatelská služba jako jeden z druhů sociálních služeb ...	22
3.1. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.....	23
3.2. Příspěvek na péči.....	24
3.3. Pečovatelská služba.....	25
3.4. Tísňová péče.....	30
3.5. Registrace.....	31
3.6. Inspekce poskytování sociálních služeb.....	31

3.7.	Působnost obce, kraje při zajišťování sociálních služeb	32
3.8.	Financování sociálních služeb.....	34
4.	Cíl výzkumu.....	35
4.1.	Terénní pečovatelská služba.....	36
4.2.	Činnost koordinátora terénní pečovatelské služby.....	40
4.3.	Legislativní změny v letech 2006 až 2007 v oblasti poskytování terénní pečovatelské služby.....	44
5.	Hypotézy.....	53
5.1.	Popis zkoumaného vzorku u hypotézy č. 1.....	54
5.1.1.	Popis a interpretace výsledků u hypotézy č. 1.....	54
5.1.2.	Ověření hypotézy č. 1.....	56
5.2.	Popis zkoumaného vzorku u hypotézy č. 2.....	56
5.2.1.	Popis a interpretace výsledků u hypotézy č. 2.....	57
5.2.2.	Ověření hypotézy č. 2.....	58
5.3.	Popis zkoumaného vzorku u hypotézy č. 3.....	58
5.3.1.	Popis a interpretace výsledků u hypotézy č. 3.....	59
5.3.2.	Ověření hypotézy č. 3.....	62
5.4.	Popis zkoumaného vzorku u hypotézy č. 4.....	62
5.4.1.	Popis interpretace výsledků u hypotézy č. 4.....	63
5.4.2.	Ověření hypotézy č. 4.....	64
	Závěr.....	65
	Seznam použité literatury.....	66
	Přílohy.....	68

Úvod

„Je dvojí soucit. Jeden ten zbabělý a sentimentální, který je vlastně jen netrpělivostí srdce, aby se co nejrychleji zbavilo trapného dojetí cizím neštěstím, soucit, který vůbec není soucítěním, nýbrž jen instinktivním odvrácením cizího utrpení od vlastní duše. A ten druhý, který jediný má smysl - ten nesentimentální, avšak tvořivý soucit, který ví, co chce, a je odhodlán trpělivě a s účastenstvím vydržet až do konce svých sil a ještě za něj.“

S. Zweig

Tato práce popisuje nelehký úkol pečovatelské služby zajistit pomoc a péči klientům v jejich domácím prostředí.

Obsahem praktické části práce jsou mé pracovní zkušenosti v této oblasti. Zajišťovala jsem péči pro klienty na území Prahy 10. V této městské části žije největší procento starých lidí nad 70 let ze všech městských částí hl. m. Prahy. Měla jsem tedy možnost pracovat s velkým počtem klientů, poznat jejich přání, potřeby, problémy. V neposlední řadě jsem tuto práci zajišťovala v období velkých legislativních změn, které rovněž ve své práci popisují.

1 .Obecná charakteristika stárnutí, stáří

Pojem stárnutí označuje involuční změny organismu. Změny postihují tkáně a orgány, ovšem tyto změny neprobíhají u každého člověka stejně. Odráží se zde životní styl člověka, genetické dispozice. Jednotlivé systémy v těle zaznamenávají zpomalení a oslabení dřívějších funkcí a pokles adaptačních mechanismů. Funkční změny lze rozdělit do tří skupin. Úbytek funkcí na úrovni molekulární, tkáňové, orgánové a systémové. Vyčerpání buněčných rezerv, které se projevují při reakci na zátěžovou situaci, zpomalení většiny funkcí.(Pacovský V. 1994)

Na stárnutí lze pohlížet dle chronologického (kalendářního) věku, který je nejběžnějším měřítkem pro širokou veřejnost. Ovšem tento údaj „kolik je člověku let“, tento údaj je pouze údaj časový. „Věk například koreluje relativně slabě s tělesnými změnami. Chronologický věk proto nemůže být pokládán za spolehlivý predikátor životního stavu konkrétního jedince, přinejlepším může naznačovat stav průměrného člověka.“(Stuart-Hamilton I, Psychologie stárnutí, 1999, str.19). Stárnutí dle kalendářního věku se označuje období mezi 60 - 75 lety, vlastní stáří nastupuje kolem 75 let. Za dlouhověkost se označuje věk nad 90 let a více. Další uváděnou kategorií je extrémní dlouhověkost 110 let a více.

Dalším rozšířeným měřítkem je sociální věk. Kdy široká veřejnost spojuje zátek stárnutí s odchodem do starobního důchodu. Ovšem stárnutí a stáří z pohledu kalendářního věku je relativní pojem. Stárnutí má individuální charakter. Kalendářní věk nekoresponduje s věkem funkčním.

1.1. Demografie stáří

Evropská komise vydala zprávu s názvem Nová mezigenerační solidarita jako odpověď na demografické změny o stárnutí evropské populace. Zpráva se mimo jiné zabývá prognózou složení evropského obyvatelstva v letech 2025 - 2050 a očekávané problémy jež by mohly nastat kvůli nepříznivým demografickým údajům.

Prognóza Evropské komise uvádí, že seniorů ve věku 65 až 79 let bude výrazně přibývat po roce 2010 o doby kolem roku 2030 (+ 37%). Tito lidé budou stále aktivnější a zdravější a budou stále aktivnější, zdravější a budou finančně lépe zajištěni než jejich předchůdci. Specifickou oblastí je pak růst počtu velmi starých lidí ve věku nad 80 let. Předpokládá se zvýšení počtu lidí ve věku nad 80 let mezi roky 2010 až 2030 o 57 %, v roce 2030 se tedy předpokládá, že lidí ve věku nad 80 let bude kolem 34,7 milionů oproti dnešními 8.8milionům. (<http://europa.eu.int./yourvoice/consultations/indexen.htm>, <http://eu.europortal.cz>).

Dle demografických prognóz vyplývají do budoucna otázky nad nutností zajištění péče o seniory. Umožnit podmínky pro poskytování péče pro seniory pro pečující rodinné příslušníky, terénní sociální služby, odlehčovací péči a ústavní péči.

1. 2. Geriatrické syndromy

(Pacovský V., 1990), (Kalvach Z., Zadák Z., Jiráček R., Závazalová H., Holmerová I., Weber P., a kol. 2008) (Schreiber M., a kol. 1998)
(Hrdlička, M., Hrdličková, D., 1999)

Ve stáří se projevují zdravotní problémy a příznaky (symptomy), které jsou časté. Příčina obtíží může vycházet z primárního onemocnění nebo jde o kombinaci příčin. Na přelomu 60. a 70. let se vyčlenily geriatrické syndromy jako je **instabilita, imobilita, intelektové poruchy** (delirium, demence), **inkontinence**.

Následně se vyčleňovaly další syndromy jako jsou např.:

- **iatrogenní poškození** (v důsledku vedlejších účinků léků)
- **syndrom anorexie a malnutrice** (nechutenství s hubnutím a rozvojem podvýživy na základě špatného složení potravy).
- **syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka a zneužívaného**
- **syndrom dehydratace**
- **syndrom maladaptace**
- **syndrom duálního senzorního deficitu** (současné postižení dvou hlavních smyslů různým stupněm, sluchu a zraku).

Stářím a stárnutím se zabývá biomedicínský teoretický obor gerontologie. Jeho medicínským odvětvím je geriatric.

Syndrom kognitivního deficitu, demence a poruch paměti

Paměť je schopnost ukládat, udržet a vybavovat si informace. Paměť se integruje i s dalšími funkcemi CNS, s vnímáním, emotivitou, jednáním.

Podle doby, po kterou se informace uchovává má paměť tyto formy.

- paměť ultrakrátká: zahrnuje vše co vnímáme smysly (senzorní).
- paměť krátkodobá: trvá sekundy až minuty, není tedy trvalá. Většina paměťových obsahů mizí nebo může být přesunuta do jiného druhu paměti (příkladem krátkodobé paměti je např. míjení značek při řízení auta).

- střednědobá paměť: informace je uchovávána minuty až hodiny, část paměťových obsahů spontánně vymizí, ostatní informace mohou být přesunuty do dlouhodobé paměti- zvláště informace s výrazným emočním zabarvením. Realizuje se zde učení, opakováním podnětu dochází k jeho zapamatování.

- dlouhodobá paměť: uchová informace dlouhodobě (několik dní, let) i trvale. Záznamy paměťových obsahů mohou vymizet spontánně nebo druhotnými procesy pouze ztíženo nebo znemožněno jejich vybavení. Informace v dlouhodobé paměti jsou řazeny sémanticky v okruzích podle podobnosti a vzájemných logických vazeb. Vybavují se různě rychle, záleží to na frekvenci používání a době od uložení. Do dlouhodobé paměti jsou zařazovány informace, které se opakují (telefonní číslo), nebo které mají silné emoční zabarvení. Zvláštní formou dlouhodobé paměti jsou paměťové stopy, které se vyznačují vysokou stabilitou. Vznikají mnohonásobným opakováním a jsou snadno rychle vybavitelné. Takto jsou uloženy vědomosti (vlastní jméno a jména svých blízkých, datum narození, adresa bydliště, názvy věcí atd.) a základní praktické dovednosti (schopnost číst, psát). Paměťová stopa se musí posilovat opakováním nebo emočně, jinak dochází k procesu zapomínání.

Věk je rizikovým faktorem pro řadu poruch, včetně poruch kognitivních funkcí (jako jsou paměť a učení) . S věkem se snižuje plasticita myšlení, zpomaluje se vybavnost. Vliv na poruchy kognitivních funkcí má i psychická stránka (ovdovění, osamělost), polymorbidita (omezená hybnost, postižení smyslů).

S věkem roste riziko vzniku neurodegenerativních onemocnění (např. Alzhemairova choroba, Parkinsonova choroba). Nebo se na kognitivních poruchách může podílet sekundárně jiné onemocnění (demence při mozkových nádorech, po mozkových příhodách, demence na podkladě intoxikací (abúzu alkoholu, metabolicky podmíněné demence při selhávání jater, ledvin), demence na podkladě infekčního onemocnění (AIDS), (viz. příloha č. 1,2 a 8)

Syndrom demence

Demence (F00-F03) je podle desáté revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů definována jako:

„syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, céberovaskulárních onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.“

Pro demence je charakteristické celkové zhoršení kognitivních funkcí, tedy paměti, schopnosti se vypořádat s požadavky každodenního života. Zhoršují se sensorické a motorické funkce, kontrola emočních reakcí. U člověka s demencí dochází postupně k ztrátě zájmů a aktivit, zhoršuje se schopnost komunikace, sociálních a hygienických návyků až k neschopnosti provádět základní úkony. Demence ve svém důsledku vede k těžkému společenskému handicapu (viz. přílohy viz. přílohy č. 3, 4, 5, 6, a 7).

2. Obecná charakteristika komunikace, zásady komunikace koordinátora, pečovatele s klientem

(Linhartová V., 2007), (Klevetová D., Dlabalová I., 2008), (Kelnerová J., Matějková E., 2009), (Čechová V., Rozsypalová M., 1996)

„COMUNICARE EST MULTUM.“

Komunikace znamená mnoho dát. (Mareš, Kňvohlavý, 1995)

K porozumění k tomu, co si sdělujeme nestačí společný jazyk, předpokladů je více. Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělování informace prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků. Komunikací rozumíme takovou sociální interakci, při které mluvčí i příjemce (nebo více přítomných lidí) získávají a předávají si důležité informace. Napomáhá každému jedinci se začlenit do společnosti. Ztráta komunikace může ohrozit vztahy v sociální skupině.

„Člověk, jako jedinečná a neopakovatelná bytost, jako sociální tvor, se liší od ostatních živočichů tím, že je schopen pomocí řeči, ale i mimikou, gesty, pohyby se dorozumívat a přenášet myšlenky." (Kelnerová J., Matějková E.,.: Psychologie a komunikace, Praha, Grada 2009, str. 11).

2.1. Formy komunikace

a) Verbální komunikace

Specificky lidská verbální, slovní komunikace je zabezpečena především mluvenou orální řečí či psaným projevem. Nejčastější cestou k dorozumívání s ostatními je mluvená řeč. „Základem řeči (mluvené, psané) nejsou jenom slova, ale především věty. Seřazení slov do vět dává řeči smysluplný, přesný a úplný význam." (Kelnerová J., Matějková E.,.: Psychologie a komunikace, Praha, Grada 2009, str. 12). Komunikace je více než schopnost mluvení, jedná se o příležitost kontaktu s někým druhým.

Komunikace tvoří podstatnou část v běžném životě každého z nás. Schopnost komunikace je dovednost, kterou lze rozvíjet, cvičit své

komunikační dovednosti ve standardních situacích, posléze i v situacích náročných. Stále více se zdůrazňuje potřeba nácviku různých komunikačních dovedností u pomáhajících profesí. Při této práci si pomáhající nevystačí „pouze s komunikací“, kterou si osvojil v běžném životě. Komunikace v rámci profese vyžaduje specifické dovednosti, které se musejí s citem používat při práci s klientem, soustavně procvičovat a zdokonalovat tyto dovednosti. Nácviky „úspěšné komunikace“ mezi klientem a pomáhajícím znamenají mj. naučit se vyslechnout druhého (klienta), dát mu dostatečný prostor pro vyjádření svých potřeb a problému.

Informace si nepředáváme pouze a výhradně slovy, ale i mimo slovně - neverbálně.

b) Neverbální komunikace (nonverbální)

Je mimoslovní komunikace, kterou sdělujeme 60 až 80% informací sami o sobě. Neverbální komunikace doprovází náš verbální projev. Neverbální komunikace zahrnuje gesta, pohyby hlavou a těla, postoj těla, výraz tváře-mimiku, pohledy očí, tělesný kontakt, tón hlasu a další nonverbální projevy hlasu, oblečení, úprava zevnějšku, vůně těla a další.

Mimika je jednou z důležitých forem při navázání prvního kontaktu s klientem. Úsměv usnadňuje navázání kontaktu, oproštuje klienta obav a nedůvěry. Například způsob podání ruky by neměl vyjadřovat pouze vžitá společenská pravidla, ale vyjádřit i určitou míru srdečnosti. Rukou a prsty lze vyjádřit širokou škálu emocí. Pokud se podaří úspěšně navázat první kontakt s klientem, znamená to získání si jeho důvěry, je to jedním ze základů budoucí poskytované péče.

Komunikací jak verbální tak neverbální působíme a ovlivňujeme druhé, vědomě či nevědomě, záměrně či zcela bez záměru. V pomáhajících profesích by měla převažovat komunikace vědomá, záměrná, jejímž cílem je navázání kontaktu s klientem a především snaha o vytvoření důvěry.

c) Činem

„Činy za nás a druhé hovoří mnohem srozumitelnější řečí než komunikace verbální a neverbální. K řadě vykonaných činů nejsou slova vůbec potřebná např. poskytnutí první pomoci při autonehodě). Jsou však

slova, která mohou být činem, mají svoji hodnotovou stránku (např. někdo se mě za mými zády zastal, aniž by mi o tom cokoliv řekl). Činy slovem na nás působí pozitivně, ale i negativně, hovoříme o evalvací a devalvací (Křivohlavý J.,: Jak si navzájem lépe porozumíme. Praha: Svoboda, 1988, str. 25).

2.2. Komunikace s úzkostným klientem

„**Úzkost** je nepříjemný emoční stav provázený obdobnými psychickými i somatickými znaky jako strach, s tím rozdílem, že příčina úzkosti není známa, proto je označována jako „strach z ničeho.“ (Hartl P., Hartlová H.,: Psychologický slovník, Praha: Portál 2000, str. 80).

Základní zásadou při komunikaci s úzkostným klientem je klidná a trpělivá komunikace. „Pozor na neverbální komunikaci, nemocný pozorně sleduje mimiku, gesta, naše „ach“ nad laboratorními výsledky může pro něj znamenat, že upadne do deprese.“ (Kelnerová J., Matějková E.,: Psychologie a komunikace: Praha, GRADA Publishing 2009, str. 37). Pro komunikaci s úzkostným klientem je nutné klidné prostředí, nejlépe soukromí jejich domova. Velmi je i vhodný kontakt s rodinou klienta. U úzkostného klienta dochází ke zmírnění pocitu opuštěnosti. Důležité je **naslouchání** - tedy pochopení klienta. Při **aktivním naslouchání** je klient **podněčován**, tedy **stimulován k hovoru**. Jednou z technik rozhovoru je **zrcadlení (reflexe)** - dáváme jí klientovi najevo, že ho posloucháme, že mu rozumíme a že dokážeme pochopit a pojmenovat jeho pocity. Při reflexi používáme slovní obraty, které dovolují se mýlit a opravit svůj názor. U těchto klientů je i vhodná technika komunikace **sumarizování, částečné shrnování**. Je velmi důležité přesvědčit klienta, že je mu dobře nasloucháno, porozuměno a vždy i provedeme částečnou bilanci toho, co klient řekl. Tím i podněcujeme klienta, aby měl možnost pokračovat dále, příp. končíme podněcující otázkou.

2.3. Komunikace s depresivním klientem

„Deprese zbavuje člověka radosti z čehokoliv, především ze života. Smutek, nezáměr, bezmoc, nerozhodnost, beznaděj, zpomalená řeč a hlas, v němž je slyšet trvalé trápení, mluvení o odchodu ze života a někdy i pokusy

o sebevraždu." (Linhartová V.,: Praktická komunikace v medicíně - pro mediky, lékaře a ošetřující personál. Praha: Grada Publishing, 2007, str. 80).

Při pečovatelské péči se ve velkém procentu setkáváme s klienty, kterým již v jejich vysokém věku zemřeli blízcí - a to jak rodiče, tak partneři, jejich sourozenci, jejich přátelé - vrstevníci, často i jejich děti. Depresivní klienti jsou skleslí, smutní, vyhaslí, bez energie a nemají ani zájem dále žít. Při prvním pohovoru je nutno se vyvarovat okřikování depresivního klienta, aby nebyl smutný, nevymlouvat klientovi jeho smutek - právě naopak je nutno se do jeho smutku vcítit. Při **naslouchání** je nutno klientovi v první řadě porozumět, pochopit ho. Tedy naslouchat aktivně. Většina depresivních klientů nebude mnohomluvných, ale právě naopak je nutno je **podněcovat a stimulovat k hovoru**.

Velmi důležité je kladení otázek. U **kladení otázek** rozlišujeme **tři základní typy otázek**: uzavřené, polouzavřené a otevřené. U depresivních klientů není vhodná komunikace pomocí uzavřených otázek, které umožňují odpověď: ano - ne. Nedávají prostor k navázání dostatečného kontaktu. Ani otevřené otázky nejsou vhodnou komunikací s depresivním klientem. Každá otázka by měla být položena tak, aby dotazovaného nasměřovala k určitému tytu odpovědi a umožnila odpovědět objektivně. Polouzavřená otázka umožňuje širší odpověď, která je ale ohraničena. (Čechová V., Rozsypalová M.,: Speciální psychologie, Institut pro vzdělávání pracovníků, Brno 1996).

Při komunikaci s depresivním klientem se musíme chovat **evalačně**. „Evalace jsou projevy úcty a vážnosti ve vzájemném styku". (Křivohlavý J.,: Jak si navzájem lépe porozumíme, Praha: Svoboda, 1988, str. 95). Pomáhající svým verbálním či neverbálním projevem (záměrným či zcela bezděčným, nevědomky) sděluje klientovi určitou míru úcty, vážnosti. Snažit se být ve svém přístupu a projevu ke klientovi empatičtí a vždy vážit každé slovo, protože depresivní klienti jsou velmi vztahovační.

2.4. Komunikace s klientem s dementním syndromem

U klientů s dementním syndromem dochází ke změnám osobnosti, která výrazně ovlivňuje jejich chování a jednání, které se odráží v jejich

komunikaci. Komunikace neprobíhá podle určitých pravidel, jelikož si klient neuvědomuje, co po něm chceme. Na pokládané otázky reaguje nepřiměřeným, nepochopitelným způsobem. Odpovědi nesouvisí s položenou otázkou. (Honzák R., 1997). U osob s demencí se postupně mění schopnost **aktivně používat jazyk**, verbální vyjadřování je obtížnější. Později člověk ztrácí schopnost **porozumět významu** slov, jejich smyslu. Důležité je sledovat, co nám člověk trpící demencí říká svým tělem, musíme se učit číst nové významy skryté za jeho slovy.

Personál pečující o lidi postižené demencí bývá často **vyčerpán**, pokud jeho snaha má negativní odezvu. Uvádějí, že klienti o něž pečují jim „často dělají něco naschvál“ záměrně. Někdy to tak opravdu může působit, není to pravda, lidé s demencí často nejsou schopni **jinak vyjádřit svůj vnitřní neklid, napětí**. Někteří pečovatelé mají pocity viny, za to, že v některých situacích neobstojí. Berou si za své klienty příliš velkou odpovědnost. Pečovatel nemůže mít zodpovědnost za chování někoho jiného. Tuto skutečnost nemůže měnit a proto by se za ni neměl obviňovat. Může pečující pracovat sám na sobě a vytvářet tak podmínky pro to, aby se mohlo něco změnit i u člověka s demencí.

V některých případech člověk trpící demencí může začít pečovatele obviňovat z toho, že mu ukradl věci, nebo mu ubližuje. Tyto poruchy mohou vyvolat násilné reakce. A to jak na straně pečovatele - vnímá to tak, že klient jej svým chováním zraňuje, ubližujeme tím, tak i nestraně klienta, protože zmíněné reakce u něj často vyvolávají **nejistotu a strach**. Základní pravidla: Nezpochybujeme pravdivost jeho tvrzení. Nezvyšujeme hlas, ale pokusíme se klienta uklidnit. Pokusme se odvést pozornost od daného problému. Nikdy neztrácet trpělivost a **nedopustit, abychom se neoprávněnými obviněními cítili dotčeni a uraženi**.

Zásady při komunikaci s člověkem s demenčním syndromem

(Klevetová D, Dlabalová I., 2008)

- Mluvit klidně, pokusit se o nižší tón hlasu, vysoký tón hlasu či hlasitá mluva může volat úzkost a napětí.
- Používat krátké jednoduché věty. Vyhýbat se pokynům, otázkám, které vyžadují více kroků nebo nabízejí více možností volby

- Nevysmívat se způsobu chování a vyjadřování člověka s demenčním syn. jeho projevy chování, řeč má svůj skrytý význam, reaguje na své pocity, vzpomínky, obavy.
- Nepoužívat věty typu: „Už jsem Vám to říkala“ „zapomněl jste..“

2.5. Komunikace s agresivním klientem

„**Agrese**, je útočné či výbojné jednání, projev nepřátelství vůči určitému objektu, úmyslný útok na překážku, osobu, předmět stojící v cestě uspokojení potřeby.“ (Hartl P., Hartlová H.: Psychologický slovník. Praha: Portál 2000, str. 85).

S agresivním chováním klientů se pečovatelky nesečkáávají příliš často, přesto k situacím i velké agrese dochází. Klienti mohou být agresivní z důvodu ze strachu, zklamání, bezmoci nebo i bolesti. Agresivní chování se může projevit vulgárním slovníkem klienta vůči pečovatelce, odmítáním léků, boucháním dveří, házením misek s jídlem, sebepoškozováním. V ojedinělých případech dochází i k fyzickému napadení, kdy dojde i k úrazu pečovatelky - shozením ze schodů v domě. „Komunikace s agresivním klientem vyžaduje **klidné a profesionální chování**. Hlas pečujícího „má být klidný, vlídný a níže položený, tišší. Pohyby mají být pomalé. „Je možno také zvolit jako odpověď na agresivní chování pacienta „**zrcadlovou reakci**“ (na hrubý pytel hrubá záplata).“ (Linhartová V.: Praktická komunikace v medicíně - pro mediky, lékaře a ošetřující personál. Praha: Grada Publishing, 2007, str. 84). Tito klienti jsou většinou mnohomluvní, často odbíhají od tématu. Bývají často osamělí, mají pocit, že se o ně nikdo nezajímá. Často jsou k nezastavení, když je někdo ochoten jim naslouchat. Necháme je tedy mluvit - často se osvědčí i jedna z forem verbální komunikace - **mlčení**. I umění mlčet má mít pečovatelka mezi svými základními technikami rozhovoru. Pokud se klient sám uklidní - můžeme se ho zeptat: Co se vám přihodilo? Nebo: Co vás trápí? Je vždy nutno dodržovat od agresivního klienta bezpečnou vzdálenost, nenechat se strhnout k hrubému chování, nepoužívat vulgární slova - i když je klient sám používá. Hovoříme klidně, jasně, stručně a srozumitelně. Další z hlavních zásad při jednání s agresivním klientem si dávat pozor na svou

neverbální komunikaci (neděláme prudká gesta, neboucháme s předměty jako klient, neděláme grimasy, nezvedáme obočí apod.). Snažíme se udržovat s klientem oční kontakt. Velké zklidnění klienta docílíme omluvou za pečovatelku, která podle klienta byla příčinou jeho agrese.

2.6. Komunikace se seniorem

(Klevetová D, Dlabalová I., 2008)

Základ vybudování vztahu při péči o seniora je získat si jeho důvěru. Základem je umění **naslouchat**, udělat si **čas**, aby se senior mohl plně vyprávět o svých problémech. Tím dáváme najevo, že nám na člověku záleží, respektujeme jej, chceme získat informace o jeho problémech. Dát prostor k tomu, aby mohl senior říci nám svůj **životní příběh**. Seznámení se vzpomínkami, bilancováním přispívá k navázání vztahu, spolupráce. Senior, který již potřebuje pomoc druhé osoby, se potřebuje vyrovnat s touto situací. Senior si potřebuje ověřit, že pomáhajícímu na něm záleží, že stále má možnost **rozhodovat si o svém životě**. Je to zase čas, který věnujeme tomu, aby se senior vyrovnal se změnami ve svém životě, dát prostor k tomu, aby zpracoval informace, kterému předává pečující, seznámení se s podmínkami a možnostmi poskytované pomoci „Nejenom starý člověk, ale každý z nás potřebuje sdělit, co ho trápí, ulevit si nahlas a uvolnit tak energii, která vzniká neuspokojením životních potřeb. Jsou to situace, kdy nepotřebujeme, aby nám druhý radil, dával poučení, rozhodoval o tom, co jsme měli a neměli udělat. Jde hlavně o to mít potvrzeno, že pro druhého něco znamená.“(Klevetová D, Dlabalová I.: Motivační prvky při práci se seniory, Grada Publishing, 2008, str. 94). Pečující o seniora musí mít stále na paměti, že nelze za seniora přebrat na svá bedra všechny jeho problémy, ale snažit se mu usnadnit řešení určitých životních situací a potřeb, být jeho průvodcem. Pečující si musí uvědomit, především v počátku péče, že jej

senior může vnímat jako moc nad jeho bytím. Může se objevit odmítání, zloba ze strany seniora nebo naopak apatie. Pečující si musí především uvědomit, že zloba či apatie je z důvodu vyrovnání se s faktem, že si už senior nedokáže zajistit péči o sebe sám, potřebuje pomoc druhého, mění se mu tím dosavadní život, zvyky, narušuje se mu tím soukromí.

Komunikační zlozvyky při péči o seniory

- Radíme a hledáme řešení v okamžiku, kdy jej klient nepotřebuje. Vyvoláme tím u něj zlost a smutek (př. klient podotkne, že mu dcera dnes nezavolala v obvyklou hodinu. Pečující hledá překotně důvody, proč se tomu tak stalo).
- Ukvapeně klienta zklidňuje, nedovolí mu uvolnit napětí. („Neplačte, všechno bude v pořádku).
- Moralizujeme a kritizujeme způsob reakcí seniora. („Nejste tady sám..", „Co vyvádíte..").
- Odmítáme klienta neverbálně. Mávnutí rukou může klient vnímat, že jej odmítáme, nezajímá nás.
- Vnucujeme mu svůj názor

3. Pečovatelská služba jako jeden z druhů sociálních služeb

Pečovatelská služba (dále jen PS) má v České republice dlouholetou tradici. Pětadvacet let starý systém pečovatelské služby změnil nový Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který v současné době upravuje legislativně PS. Účinnost tohoto zákona nabyla k 1. 1. 2007. Pečovatelská služba je zajišťována registrovanými poskytovateli sociálních služeb nebo osobou blízkou (např. rodinnými příslušníky). Povinná registrace poskytovatelů sociálních služeb by měla mimo jiné do budoucna zlepšit přehled o rozsahu a typu služeb PS v daném regionu. Stát není v roli poskytovatele, ale i nadále by měl určovat parametry soc. služeb, podmínky pro poskytování sociálních služeb by měly vytvářet kraje a obce.

Definice PS v Zákoně o soc. službách § 40: Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb.

§ 3 Vymezení některých pojmů

- a) sociální službou se rozumí činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení,
- b) nepříznivou sociální situací se rozumí oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením,
- c) dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem se rozumí nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok, a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost.

3.1. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon o sociálních službách upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci **prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči**. Hlavním cílem poskytované pomoci by měla být její dostupnost, efektivnost, kvalita, bezpečnost a hospodárnost.

Tato právní úprava sociálních služeb vznikala řadu let (příprava probíhala cca 15 let). Hlavním cílem autorů tohoto zákona je **podporovat proces sociálního začleňování a sociální soudržnosti společnosti**.

Vytyčení cílů této právní úpravy:

- Ochrana oprávněných zájmů osob, které jsou oslabeny ve schopnosti je prosazovat.
- Jednotnost systému objektivního hodnocení potřeb osob, ze kterého by bylo možné vycházet při vytváření nabídky služeb odpovídajícím potřebám.
- Ochrana uživatelů služeb před poškozováním jejich individuálních zájmů, nesprávným postupem orgánů veřejné správy a neodborným poskytováním sociálních služeb.
- Vytvoření právního rámce rozvoje lidských zdrojů v oblasti poskytování sociálních služeb.
- Vyjasnění vztahů a kompetencí jednotlivých úrovní veřejné správy, které nesou zodpovědnost za vytváření podmínek pro uspokojování potřeb osob, dále mezi poskytovateli a uživateli služeb.
- Vymezení práv a povinností poskytovatelů a povinnosti poskytovatelů služeb bez ohledu na jejich právní formu.
- Vytvoření systému dohledu nad kvalitou poskytovaných sociálních služeb.
- Vytvoření transparentní informační základny o síti sociálních služeb
- Právní úprava jednotlivých druhů sociálních služeb a jejich základních činností.

Zákon o soc. službách je rozdělen do 10 částí:

- Úvodní ustanovení
- Příspěvek na péči
- Sociální služby

- Inspekce poskytování sociálních služeb
- Mlčenlivost
- Financování sociálních služeb
- Správní delikty
- Předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka
- Předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách
- Společná, přechodná a závěrečná ustanovení

3. 2. Příspěvek na péči

část druhá zákona o sociálních službách

Poskytuje se osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti, za účelem zajištění této pomoci.

O příspěvku rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností (typu III.) na základě podání žádosti nebo z moci úřední.

U osob starších 18 let se rozlišují čtyři stupně závislosti podle počtů úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti, při kterých potřebuje osoba každodenní pomoc nebo dohled jiné fyzické osoby (úkony jsou uvedeny v § 9, viz. příloha č. 9) Úkony, které osoba samostatně nezvládá a potřebuje pomoc nebo dohled.

- I. stupeň-lehká závislost (více než u 12-ti úkonů potřebuje osoba každodenní pomoc nebo dohled z celkových 36)

Měsíční výše příspěvku na péči (u osob starších 18 let) činí 2000 Kč

- II. stupeň- středně těžká závislost (více než u 18-ti úkonů potřebuje osoba každodenní pomoc nebo dohled)

Měsíční výše příspěvku na péči (u osob starších 18 let) činí 4000 Kč

- III. stupeň- těžká závislost (více než u 24-ti úkonů potřebuje osoba každodenní pomoc nebo dohled)

Měsíční výše příspěvku na péči (u osob starších 18 let) činí 8000 Kč

- IV. stupeň -úplná závislost(více než u 30-ti úkonů potřebuje osoba každodenní pomoc nebo dohled).

Měsíční výše příspěvku na péči (u osob starších 18 let) činí 11000 Kč

Příjemce příspěvku na péči je povinen využívat příspěvek na zajištění potřebné pomoci. Žádost o příspěvek na péči musí kromě dalších náležitostí obsahovat také označení blízké nebo jiné fyzické osoby anebo právnické osoby, která osobně poskytuje nebo bude poskytovat péči, pokud je tato skutečnost známa při podání žádosti. Oznámit, kdo poskytuje péči, je příjemce příspěvku povinen nejpozději do 15 dnů od nabytí právní moci rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči.

Obecní úřad III. typu může ustanovit tzv. **zvláštního příjemce příspěvku** v případě, jestliže oprávněná osoba příspěvek nemůže přijímat (nutnost souhlasu osoby), nebo v případě, že oprávněná osoba nevyužívá příspěvek k zajištění potřebné pomoci (obec může ustanovit zvláštního příjemce příspěvku bez souhlasu osoby).

Posouzení poskytnutí příspěvku na péči provádí jednak sociální pracovník obce III. typu na základě sociálního šetření. Zjišťuje schopnost samostatného života osoby v přirozeném prostředí z hlediska péče o vlastní osobu a soběstačnost. Dále rozhoduje posudkový lékař příslušného úřadu práce, který na základě předložených materiálů posoudí (žádost, sociální šetření, doklady o zdravotním stavu) stupeň závislosti osoby.

Kontrolu využívání příspěvku na péči provádí sociální pracovník obce III. typu. Kontroluje, zda byl příspěvek využit na zajištění pomoci, zda poskytovaná pomoc odpovídá stanovenému stupni závislosti. Sociální pracovník je oprávněn za účelem kontroly využívání příspěvku vstupovat do obydlí osoby.

Příspěvek na péči-problematické okruhy

- Zneužívání příspěvku na péči

Vyvstává teoretické riziko, že někteří příjemci příspěvku na péči mohou chápat příspěvek „jako zvýšení příjmů k důchodu“. Další obavou je, aby příspěvek na péči nebyl zneužit osobou blízkou, která má poskytovat péči.

Riziko, že osoba blízka příspěvek na péči použije pro své osobní účely (např. lidé s demencí), popř. vyvstává obava, že poskytovaná péče osobou blízkou bude nedostačující, či její úplná absence.

- Nejasný způsob kontroly využívání příspěvku

Vyplývající ze zákona, kontrola formulována velmi obecně.

Další otázkou je, kolik kontrol může sociální pracovník prakticky uskutečnit v daném měsíci. Sociální pracovník obce III. typu- může provádět pouze namátkové kontroly. Zvláště v době účinnosti zákona o soc. službách, byly obce „zahlceny“ žádostmi o příspěvek na péči. Sociální pracovník byl a je pracovně vytížen- jednak zpracováním žádostí (sociální šetření), administrativou a stávající agendou sociálního pracovníka (např. ne jednoho sociálního pracovníka ÚMČ Prahy 10 připadá v průměru 200 klientů).

3.3. Pečovatelské služba

Rozsah základních služeb, které poskytovatel musí zajistit (tzn. jejich zajištění nebo pomoc při zprostředkování daných služeb)

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu**
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu**
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy**
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti**
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím**

(1) Základní činnosti při poskytování pečovatelské služby se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu:

1. pomoc a podpora při podávání jídla a pití,
2. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
3. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru,
4. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,

Maximální výše úhrady za poskytování pečovatelské služby činí 85 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času k zajištění úkonů.

b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

1. pomoc při úkonech osobní hygieny,
2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
3. pomoc při použití WC,

Maximální výše úhrady za poskytování pečovatelské služby činí 85 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času k zajištění úkonů.

c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:

1. zajištění stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování,

Maximální výše úhrady za poskytování pečovatelské služby činí 140 Kč denně za poskytnutí celodenní stravy v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel.

Maximální výše úhrady za poskytování pečovatelské služby činí 70 Kč oběd včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy

2. dovoz nebo donáška jídla,

Maximální výše úhrady za poskytování pečovatelské služby činí 20 Kč.

3. pomoc při přípravě jídla a pití,

Maximální výše úhrady za poskytování pečovatelské služby činí 85 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času k zajištění úkonů.

4. příprava a podání jídla a pití (tato základní činnost může být zajišťována jen v rozsahu úkonů podle bodu 3 a 4)

Maximální výše úhrady za poskytování pečovatelské služby činí 85 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času k zajištění úkonů.

d) pomoc při zajištění chodu domácnosti

1. běžný úklid a údržba domácnosti,
2. údržba domácích spotřebičů

3. pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti, například sezónního úklidu, úklidu po malování,

4. donáška vody

5. topení v kamnech včetně donášky a přípravy topiva, údržba topných zařízení,

6. běžné nákupy a pochůzky,

Maximální výše úhrady za poskytování pečovatelské služby činí 85 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času k zajištění úkonů.

7. velký nákup, například týdenní nákup, nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti,

Maximální výše úhrady za poskytování pečovatelské služby činí 100 Kč za úkon.

8. praní a žehlení ložního prádla, popřípadě jeho drobné opravy,

9. praní a žehlení osobního prádla, popřípadě jeho drobné opravy,

Maximální výše úhrady za poskytování pečovatelské služby činí 50 Kč za kilogram prádla.

e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

1. doprovázení dětí do školy, školského zařízení, k lékaři a doprovázení zpět,

2. doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět.

Maximální výše úhrady za poskytování pečovatelské služby činí 85 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času k zajištění úkonů.

Kromě uvedených úkonů je možné domluvit i **fakultativní činnosti**, tj. činnosti poskytované nad rámec úkonů stanovených vyhláškou č. 505/2006 Sb., Vyhledávanou fakultativní činností je dohled nad dospělou osobou. Než vyšel v účinnost Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., byl dohled nad dospělým občanem z jedním z poskytovaných úkonů pečovatelské

služby (na základě vyhl. MPSV č. 132/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

Poskytovatelé pečovatelské služby

- Organizační složky obcí
- Příspěvkové organizace zřízené obcí nebo krajem
- Církevní organizace
- Občanská sdružení
- O.p.s.
- s.r.o.

Pečovatelská služba se poskytuje bezplatně osobám 5 5 odst. 2:

- Účastníkům odboje (podle zákona č. 255/1946 Sb.) a pozůstalým manželům/kám nad 70 let.
- Jsou účastny rehabilitace podle zákona č. 119/1990 Sb., a pozůstalým manželům/kám nad 70 let.
- Byly zařazeny v táboře nucených prací nebo v pracovním útvaru a pozůstalým manželům/kám nad 70 let.
- Rodinám, kde se narodily současně 3 nebo více dětí.

Problematické okruhy- poskytování pečovatelské služby bez úhrady iak stanovuje zákon o soc. službách č. 108/2006 Sb..

Než vyšel v účinnost zákon O sociálních službách č.108/2006 Sb., byla pečovatelská služba poskytována bezplatně ještě sociálně potřebným osobám. Vycházelo se ze životního minima osoby. V současné době již nemá vliv výše příjmů osob na bezplatnost PS. Pečovatelskou službu již hradí v plném rozsahu. Když vyšel v platnost Zákon o sociálních službách 106/2008 vyvstala obava, jak budou lidé s nízkými příjmy hradit úhradu za pečovatelskou službu. Zda z důvodu finanční tísně nebudou nuceni služby PS zúžit či úplně ji zrušit.

Zákon ovšem neuvádí, kdo bude hradit úhrady poskytovateli za poskytnutou pečovatelskou službu osobám uvedeným v § 5 odst. 2 (viz. výše citováno).

Smlouva o poskytnutí pečovatelské služby

Zájemce o službu může požádat o poskytnutí služby poskytovatele nebo se může obrátit na obec, kde má trvalé bydliště, a tam požádat o zprostředkování možnosti poskytnutí služby nebo kontaktu s poskytovatelem. U pečovatelské služby se vyžaduje písemná forma smlouvy (viz. příloha č.10).

Smlouva musí obsahovat náležitosti jako je druh sociální služby, rozsah poskytované sociální služby, místo a čas poskytování sociální služby, výši úhrady za službu, výpovědní důvody a lhůty, dobu platnosti smlouvy.

Poskytovatel může odmítnout uzavřít smlouvu, pokud neposkytuje sociální službu, o kterou osoba žádá nebo nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby anebo zdravotní stav osoby vylučuje poskytnutí takové služby (stanoveno vyhl. č. 505/2006 Sb.,).

3. 4. Tísňová péče

Definice Tísňové péče v Zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb.. 5 41:

(1) tísňová péče je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností.

(1) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci,
- b) sociální poradenství,
- c) sociálně terapeutické činnosti,
- d) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- e) pomoc při prosazování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních příležitostí.

Maximální výše úhrady za poskytování tísňové péče se rovná skutečným nákladům na provoz technických komunikačních prostředků.

3. 5. Registrace

Sociální služby lze poskytovat jen na základě **oprávnění k poskytování sociálních služeb**, které vzniká **rozhodnutím o registraci**. O registraci si musí žádat jak právnické osoby, tak fyzické osoby-podnikatelé. Registrace se **nevyžaduje**, poskytuje-li osobě pomoc osoba blízká nebo jiná fyzická osoba, která tuto činnost nevykonává jako podnikatel. O registraci rozhoduje příslušný krajský úřad, který vede registr poskytovatelů.

Krajský úřad může mj. **zrušit** registraci, pokud poskytovatel přestane splňovat podmínky pro registraci a také pokud poskytovatel sociálních služeb **nesplňuje standardy kvality** a k nápravě nedošlo ani na základě uložených opatření při inspekci sociálních služeb.

Z podmínek registrace je mimo jiné: podání písemné žádosti, bezúhonnost a odborná způsobilost všech fyzických osob, které budou přímo poskytovat sociální služby, zajištění hygienických, materiálních a technických podmínek, bezdlužnost.

Žádost o registraci musí mimo jiné obsahovat: druhy poskytovaných sociálních služeb, okruh osob, pro které je služba určena, popis realizace poskytování sociálních služeb, popis personálního zajištění poskytovaných služeb, kapacitu poskytovaných služeb.

3. 6. Inspekce poskytování sociálních služeb

Inspekci u poskytovatelů provádí krajský úřad, popř. Ministerstvo práce a sociálních věcí u těch poskytovatelů, kde zřizovatel je kraj. Předmětem inspekce je plnění podmínek registrace, plnění podmínek poskytovatele, posuzuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb dle standardů kvality sociálních služeb (soubor kritérií definující kvalitu).

Inspekce se řídí zákonem o státní kontrole. Provádí ji inspekční tým, který tvoří nejméně tři členové, alespoň jeden musí být zaměstnanec kraje (popř. kde je zřizovatel kraj, jeden člen z komise musí být zaměstnancem MPSV) a mohou být i přizváni specializovaní odborníci.

Z povinností poskytovatele sociálních služeb jsou mimo jiné:

- Zajistit dostupnost informací o druhu, místě, cílech, okruhu osob, kapacitě a způsobu poskytování sociálních služeb srozumitelným způsobem pro všechny osoby.
- Informovat zájemce o službu o všech právech a povinnostech vyplývajících z poskytování služby.
- Zajistit naplňování občanských i lidských práv v rámci poskytování služby.
- Zpracovat vnitřní pravidla pro vyřizování stížností.
- Plánovat a hodnotit průběh služby dle osobních cílů, potřeb a schopností osob a vést o tom individuální záznamy.
- Vést evidenci žadatelů o službu.
- Dodržovat standardy kvality sociálních služeb.
- uzavírat smlouvy o poskytnutí sociální služby.

Problematické okruhy - inspekce poskytování soc. služeb:

Inspekce jako úřední činnost. Ze zákona není povinnost přizvat odborníky, pouze možnost. Velký vliv kraje při inspekcích.

3. 7. Působnost obce, kraje při zajišťování sociálních služeb

Zajišťování sociálních služeb - obec v samostatné působnosti

Zajišťuje potřeby poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na svém území. Zajišťuje dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování soc. služeb na svém území.

Spolupracuje s dalšími obcemi, kraji a poskytovateli při zprostředkování pomoci osobám, popř. zprostředkování kontaktu mezi poskytovatelem a osobou.

Může zpracovat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb.

Působnost obecního úřadu s rozšířenou působností při zajišťování soc. služeb

Obecní úřad s rozšířenou působností zajišťuje sociální služby osobě, které není poskytována sociální služba, a je v takové situaci, kdy neposkytnutí okamžité pomoci by ohrozilo její život nebo zdraví. Poskytnutí

sociální služby nebo jiné formy pomoci musí být v nezbytném rozsahu, (pozn. pomoc poskytuje ten obecní úřad s rozšířenou působností dle místní příslušnosti trvalého nebo hlášeného bydliště osoby).

Koordinuje poskytování sociálních služeb a poskytuje odborné sociální poradenství osobám ohroženým sociálním vyloučením z důvodu předchozí ústavní nebo ochranné výchovy nebo výkonu trestu.

Na základě oznámení zdravotního zařízení zjišťuje, zda je nezbytné poskytnout osobě umístěné ve zdravotnickém zařízení služby sociální péče a zprostředkovává možnost jejich poskytnutí. V případě, že nelze služby sociální péče osobě poskytnout, sděluje neprodleně tuto skutečnost zdravotnickému zařízení, ve kterém je osoba umístěna.

Působnost krajského úřadu při zajišťování soc. služeb

Zajišťuje ve spolupráci s ostatními poskytovateli sociálních služeb a obecním úřadem obce III. typu, poskytnutí sociálních služeb v případě, kdy poskytovatel sociálních služeb ukončil poskytování z důvodu zrušení a osoba (která využívala sociální služby od poskytovatele, který ukončil svoji činnost) se z tohoto důvodu ocitá v ohrožení a není schopna si zajistit sama pokračující poskytování sociálních služeb.

Koordinuje poskytování sociálních služeb osobám, jejichž práva a zájmy jsou ohroženy trestnou činností jiné osoby.

Kraj v samostatné působnosti

Zajišťuje potřeby poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na svém území. Zajišťuje dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování soc. služeb na svém území.

Spolupracuje s obcemi, dalšími kraji a poskytovateli při zprostředkování pomoci osobám, popř. zprostředkování kontaktu mezi poskytovatelem a osobou.

Zpracovává střednědobý plán rozvoje sociálních služeb a sleduje a vyhodnocuje jeho plnění a informuje o tom Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Problematické okruhy- působnost obce při zajišťování soc. služeb:

Obce nemají povinnost komunitě plánovat.

3. 8. Financování sociálních služeb

N Dotace ze státního rozpočtu na zajištění poskytování sociálních služeb zaregistrovaným poskytovatelům (v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb). Poskytuje se prostřednictvím kraje.

B/ Dotace ze státního rozpočtu na služby s celostátním charakterem, na vzdělání pracovníků v soc. službách, na podporu kvality, na zpracování střednědobých plánů a na mimořádné situace (př. živelná pohroma).

C/ Obec nebo kraj může poskytnout ze svého rozpočtu účelové dotace k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb na jejich území.

Na dotace není právní nárok.

Problematické okruhy

- Proti neposkytnutí dotace se nelze odvolat.
- Velký vliv krajů při rozhodování o dotacích.
- Není povinnost krajů a obcí v samostatné působnosti financovat sociální služby.

4. Cíl výzkumu

Cílem praktické části je popsat rozsah činnosti pečovatelské služby z pohledu koordinátora. Zaměřila jsem se na sledování dopadu legislativní změny v poskytování pečovatelské služby, kdy k 1. 1. 2007 nabyl účinnosti Zákon o sociálních službách č. 108/2006, Sb.,. Zkoumaný vzorek byl složen ze všech mých cca 240 svěřených klientů využívající pečovatelskou službu. Statistické údaje posuzovaných roků 2006, 2007 a 2008 vycházejí z měsíčních statistických výkazů, které jsem pravidelně zpracovávala pro zřizovatele Ú MČ Praha 10.

4.1 . Terénní pečovatelská služba

Chtěla bych se zde pokusit popsat rozsah činností terénní pečovatelské služby. Vycházím ze svých poznatků jako zaměstnanec Centra sociální a ošetřovatelské pomoci v Praze 10. V roce 2005 jsem zde pracovala na pozici pečovatelka: tísňového volání (signalizační zařízení) - výjezdové práce dle dispečinku a zajištění případných nutných opatření. Následně jsem přešla u tohoto zaměstnavatele na pozici koordinátora terénní pečovatelské služby. Ve své diplomové práci budu popisovat terénní pečovatelskou službu v letech 2006 - 2008. Zaměřím se především na přelomové období roku 2006 a 2007, kdy k 1. lednu 2007 nabyl účinnosti Zákon o sociálních službách č. 108/2006, Sb.,. Budu sledovat dopad tohoto zákona na činnost terénní pečovatelské služby na Praze 10 v letech 2007-2008.

Terénní pečovatelská služba je poskytována přímo v domácnostech klienta. Jedná se o lidi, kteří dosáhli důchodového věku, mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, zdravotního postižení, chronického onemocnění a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Všechny služby PS jsou zaměřeny na cílovou skupinu, tj. senioři, kteří tvořili v mém okrsku 98 % klientů. Zbylé 2% tvořili zdravotně postižení občané, kteří ještě nedosáhli důchodového věku. Škála druhů postižení u této skupiny byla rozličná - tělesné postižení a s ní spojená mobilita, duševní nemoc - v některých případech zbavení způsobilosti k právním úkonům, spolupráce s veřejným opatrovníkem, smyslová vada - zrakové postižení. Zájem o PS měli výhradně dospělí občané, pouze jeden klient byl nezletilý. Jednalo se o desetiletého chlapce, kterému jsme dováželi dietní stravu (bezlepkovou dietu) do základní školy, kterou navštěvoval (jídlna základní školy mu nemohla zajistit dietní stravování).

Služby PS jsou zaměřeny na konkrétní potřeby klienta, s cílem zabezpečení plnohodnotného života a pomoc při zachování přirozené sociální vazby a životních návyků. PS zajišťuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Všechny tyto činnosti jsou poskytovány v rozsahu

dle § 6 vyhl. č. 505/2006 Sb. Nad rámec úkonů PS stanovených vyhláškou byla poskytovatelem zavedena i tzv. fakultativní činnosti - jednalo se o dohled nad dospělým občanem. Veškeré úkony PS jsou poskytovány na základě uzavřené smlouvy „O poskytnutí pečovatelské služby“ a sazebníku úhrad za úkony PS. Služby jsou poskytovány ve vymezeném čase. Cílem poskytování PS je kromě smluvených úkonů také podpora a pomoc při upevňování kontaktu s rodinou a ostatním sociálním prostředím, s důrazem na sociální začleňování. Dále podpora soběstačnosti a samostatnosti klientů, pomoc při zachování možnosti žít ve svém domácím prostředí.

Než se zaměřím na svoji činnost - terénní pečovatelskou službu, je nutné zmínit a přiblížit všechny služby, které poskytuje Centrum sociální a ošetrovatelské pomoci (dále jen CSOP). Při poskytování PS se úzce spolupracuje s ostatními provozovny a úseky CSOP. Centrum poskytuje sociální a ošetrovatelské služby seniorům, zdravotně postiženým občanům a občanům zbavených způsobilosti k právním úkonům. CSOP je příspěvkovou organizací zřízenou Městkou částí Praha 10 a je určena pro osoby s bydlištěm na území Prahy 10. CSOP zajišťuje provoz dvou domů s pečovatelskou službou (dále jen **DPS**). Jedná se o domy tzv. **domy zvláštního určení**. Jedná se o kvalitativně vyšší formu jedné ze služeb sociální péče. DPS umožňuje bydlení v objektech **neústavního charakteru**, kde je jim poskytována pečovatelská služba tak, aby mohli alespoň částečně a podle svých možností zajišťovat své životní potřeby se zachováním vlastního soukromí. Bydlení v DPS může v některých případech vyloučit potřebu ústavního umístění popř. ji oddálit. Jedná se o byty o dvou místnostech. K dispozici je i několik bezbariérových bytů. V jednom domě DPS je i **možnost mít v bytě domácí zvíře**. Nájemníci v DPS mají v bytech svůj vlastní nábytek. Pro řadu seniorů je kromě poskytovaných služeb výhodou i **regulované nájemné**. V DPS je možnost zajistit soustavnou denní péči, možnost zavedení do bytu tísňové volání, které funguje 24 hod denně. Svými podmínkami DPS snižuje možnou psychickou tenzi při nutnosti odstěhovat se z vlastního bytu z důvodu pravidelné pomoci jiné osoby do domu DPS.

Zlepšení podmínek pro adaptaci v novém prostředí přispívá fakt, že klient má možnost zařídit si byt v DPS svým nábytkem. Vlastní nábytek a

věci, ke kterým se váží vzpomínky - zlepšují adaptaci, a byt v DPS mu pak nepřipadá tak „cizí“. Mít v DPS své domácí zvíře je v České republice spíše výjimkou. Krátce bych zmínila případ 65-leté paní Marie D., rozvedená, bezdětná. Od narození nevidomá. Ve 40-letech diagnostikován diabetes mellitus. V roce 2002 po amputaci pravé dolní končetiny vysoko nad kolením kloubem (komplikace diabetu mellitu). Od té doby pohyb pomocí invalidního vozíku. Paní Marie D. bydlela ve 2. patře domu bez výtahu. Od amputace neopustila byt (pouze převozy k lékaři), neměla možnost vycházek a kontaktu se širším sociálním okolím. Využívala terénní PS. Vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu byla terénní péče nedostačující, limitována velmi bariérovostí jejího bytu, především v podmínkách pro osobní hygienu. Stav paní Marie D. potřeboval soustavnou denní péči, v bezbariérových podmínkách. Byla s ní konzultována její situace ze strany pracovníku CSOP. Paní Marie D. měla především obavy o svého psa, kterého měla přes pět let a byla na něj citově vázána. Péči o psa (vycházky) jí zajišťovala sousedka z domu, která již byla řadu let v důchodu. Paní Marie D. měla obavy, co se stane, až „sousedka nebude moci“. Ze strany CSOP byla paní Marie D. několikrát ujištěna, že pravidla DPS umožňují nastěhování i s domácím zvířetem. Paní Marie D. si požádala o přidělení bytu do DPS, bezbariérový byt jí byl přidělen. Její poskytována denní péče PS a denní domácí zdravotní péče. Využívá možnosti vycházek s doprovodem - bezbariérový přístup do bytu, přilehlý park. Hlavní roli sehrál fakt, že si do bytu mohla vzít svého psa. Pravidelné venčení psa je zajištěno dobrovolníky + suplováno pečovatelkami. Dobrovolníci jsou z řad studentů z nedaleké střední školy, kam CSOP podalo svoji žádost o pomoc. Studenti berou na vycházky se psem i paní Marii D, což mělo nesmírný pozitivní dopad na psychiku klientky. Pozn. s paní Marií D. jsem se osobně setkala v r. 2005, pracovala jsem v DPS jako pečovatelka tísňového volání + o víkendech jsem poskytovala i denní pečovatelskou službu obyvatelům DPS (mimo jiné i paní Marii D.)

Do DPS dochází masér, pedikérka a kadeřnice (je využívána i terénní PS, dochází do domácností klientů). K vybavení domu patří prádelna (je určena i pro terénní PS), jídelna (určena i pro terénní PS- odběr dietního stravování, a následný rozvoz obědů do domácností klientů), středisko osobní hygieny (využíváno i terénní PS, dovoz klientů automobilem CSOP do střediska

osobní hygieny), v DPS je vyhrazena místnost pro Klub seniorů. V DPS je možnost zavedení tísňového volání tzv. nouzová signalizace (využíváno i terénní PS - na žádost zavedení nouzové signalizace i v bydlišti klientů).

O kritériích a přidělení bytu v DPS rozhoduje ÚMČ Praha 10.

Stanovená kritéria pro přidělení bytu v DPS (usn. rady Městské části):

- Trvalý pobyt na území městské části Praha 10.
- Věk 65 let nebo mladší s plně invalidním důchodem nevyžadující celodenní péči.
- Zavedena pečovatelská služba minimálně v rozsahu 3 úkonů.
- Přiznaný příspěvek na péči 1.-2. stupně.
- Evidenčně i fakticky jediný bydlící v bytě.
- Žadatel žije ve společné domácnosti a spolubydlící se o něho nemohou prokazatelně starat (z vážných, osobních, sociálních nebo zdravotních důvodů).
- Klient musí být částečně soběstačný, schopen pohybu po bytě.
- Zdravotní stav vylučující poskytování pobytových sociálních služeb dle vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

CSOP dále provozuje dva **Domy pro seniory**. Zde se poskytují pobytové služby v nepřetržitém provozu na přechodnou dobu šesti měsíců. Jedná se o osoby, které **potřebují 24 hodinovou komplexní ošetrovatelskou péči**. Poskytovaná péče je směřována **k aktivizaci** klienta a k možnosti návratu do domácího prostředí. Klienti jsou přijímáni na základě smlouvy, jedná se o péči za úhradu. Kritéria k přijetí je přiznaný příspěvek na péči, snížená soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení. Celkem je k dispozici v těchto zařízeních 65 lůžek, jedná se o dvoulůžkové pokoje s vlastním sociálním zařízením. Personál se skládá ze zdravotních sester, ošetrovatelek, fyzioterapeuta a ergoterapeuta.

Dále CSOP zajišťuje provoz **půjčovny kompenzačních pomůcek** za úhradu stanovenou ceníkem. (Je využíváno terénní PS).

CSOP zajišťuje **Domácí zdravotní péči**, která je nedílnou součástí terénní pečovatelské služby a poskytované pečovatelské služby v DPS. Domácí zdravotní péče je určena pro klienty všech věkových skupin, žijících na území Prahy 10. Domácí zdravotní péče je zaváděna na základě

písemné žádosti s praktickým lékařem klienta a nemocnicemi. V mém okrsku jsem zprostředkovávala domácí zdravotní péči nejčastěji pro nutnost aplikace inzulínu, převazů bércových vředů a následné rehabilitace.

K dispozici má CSOP celkem **čtyři jídelny**, které jsou zřízeny přímo v domech DPS a v Domech pro seniory. Kromě normální stravy se připravují i dietní jídla - dieta žlučnicková a diabetická. Jídelny, kromě uživatelů DPS a uživatelů z Domů pro seniory mohou využívat i senioři z Prahy 10, kteří docházejí se do jídelen stravovat. Jídelna je s obsluhou „jako v restauraci“ - pečovatelky prostírají stoly, jídlo s pitím roznášejí. Jedna z jídelen umožňuje stravování docházejícím seniorům i o víkendech, zbylé tři jídelny pouze ve všední dny. Z jídelen se odebírá strava i pro účely terénní PS. Ve svém okrsku jsem využívala všechny čtyři jídelny pro dovoz jídla do domácnosti klientů. Dovoz jídla byl nejžádanějším úkonem terénní PS.

CSOP dále provozuje čtyři **Kluby seniorů**, které nabízejí kulturní programy jako jsou koncerty, odborné přednášky, tanec při živé hudbě. Probíhají zde kurzy např. trénování paměti, tělesné cvičení pro seniory. CSOP pořádá **pobytové i jednodenní zájezdy pro seniory z Prahy 10**. Vydává **Měsíčník CSOP**, který informuje o rozsahu sužeb, který CSOP poskytuje, informuje o programech Klubů seniorů, zájezdech a rekreacích, které pořádá, odborné články vztahující se k seniorské problematice.

4. 2. Činnost koordinátora terénní pečovatelské služby

Obsahem mé práce bylo poskytování terénní pečovatelské služby na území Prahy 10 v lokalitě Vršovice. Terénní pečovatelská služba byla poskytována devíti pečovatelkami, které zajišťovaly přímou péči u klientů v domácnostech. K zajištění dovozů obědů jsem měla k dispozici čtyři automobily s řidiči a tzv. „autoobědovými“ pečovatelkami. Po rozvozu obědů tyto pečovatelky zajišťovaly svoz klientů do střediska osobní hygieny a poskytovaly klientům celkovou koupel.

S žádostí o poskytnutí terénní pečovatelské služby mě buď přímo kontaktovali klienti (nejčastěji telefonicky), nebo zprostředkovaně ze strany

rodinných příslušníků klientů či osob blízkých, sociálních pracovních nemocnic, sociálních pracovních úřadu MČ. Než jsem klientovi připravila smlouvu o poskytnutí PS, navštívila jsem ho v domácnosti. Zde jsem měla podrobný rozhovor s novým klientem, ověřila jsem si jeho rodinnou situaci, s důrazem na zvládání všedních činností o svoji osobu a domácnost, bezbariérovost bytu, umístění bytu v domech s výtahem, bez výtahu, možnost klienta vycházek a kontaktu s okolím (sousedy, rodinou, se širším okolím apod.). S klientem jsem podrobně probrala možnosti pomoci ze strany terénní PS a celkovou výši úhrad za poskytování služeb. Po vzájemné dohodě o rozsahu úkonů PS bylo nutno zajistit technické provedení. Týká se to především zajištění vstupu do domu a bytu klienta, tzn. ověření funkčnosti zvonku (vč. telefonické otvírání vchodových dveří domu), v některých případech funkčnost světelného zvonku (u sluchově postižených klientů), u výrazně snížené soběstačnosti klienta i zajištění náhradních klíčů pro pečovatelky a to vždy na základě písemného souhlasu klienta.

Po každém místním šetření u nového klienta jsem již vše zajišťovala v praxi. V první řadě administrativní činnost: vyhodnocení a sepsání sociálního šetření, vč. testů soběstačnosti, vytvoření plánu poskytování PS, založení spisu, vyhotovení návrhu smlouvy o poskytnutí PS. Následně jsem zajistila organizaci a technickou složku poskytování PS s ohledem na dané úkony. Tzn. seznámení přísl. pečovatelky s požadavky nového klienta, informovat ji o sociální situaci a rozsahu pomoci novému klientovi, seznámení s plánem poskytování PS na kterém se následně bude podílet. Pokud je nutno zajišťovat stravu - dovozem obědů je nutné obratem kontaktovat hospodářku dané jídelny, sdělit jí dietu klienta, frekvenci jídel v týdnu a složit vybranou finanční zálohu klienta na stravné. Současně kontaktovat řidiče, který bude o nového klienta rozšiřovat plán trasy auta, informovat „autoobědovou“ pečovatelku o zavedení klienta do měsíčního výkazu dovozu obědů. V případě zajišťování praní a žehlení prádla klientovi - kontaktovat vedoucí prádelny o zavedení nového klienta do měsíčního výkazu praní prádla a současně kontaktovat řidiče o svozu prádla novému klientovi. U zajišťování celkové koupele nového klienta jsem informovala přísl. pečovatelku, která bude koupel zajišťovat - seznámit ji s nutnými

informacemi o tomto klientovi a zároveň informovat přísl. řidiče o zavedení nového klienta ke svozu k celkové koupeli do střediska osobní hygieny.

Následovalo uzavření smlouvy O poskytování PS s novým klientem. Vždy jsem každého nové klienta opakovaně seznamovala a vysvětlovala praktický průběh dohodnuté PS v praxi. S řadou klientů jsem musela text této smlouvy dopodrobna rozebrat a vysvětlit a ověřit si zpětně dotazy, že „rozumí“ rozsahu a způsobu poskytování PS. Po té probíhal již praktický výkon PS.

Každý měsíc jsem zpracovávala měsíční vyúčtování klientů za poskytované úkony PS. Vyúčtování úhrad jsem zpracovávala na zákl. měsíčních výkazů všech pečovatelek. Zodpovídala jsem za vybírání stanovených úhrad od klientů prostřednictvím pečovatelek a jejich složení na účet centra CSOP. U některých klientů po jejich opakovaných nesouhlasech s vyúčtováním daných služeb (týkalo se to počtů vykázaných úkonů ze strany pečovatelky v daném měsíci) jsem zavedla tzv. „sešit klienta“. Pečovatelka zapisovala den, daný úkon, který poskytla. Klient se k danému zápisu podepsal, po roce 2006, se do „sešitu klienta“ zapisoval i čas, který byl nezbytný pro zajištění daného úkonu. Metoda „sešitu klienta“ se mi v praxi osvědčil. Již nebyly výtky k danému vyúčtování služeb. Pozitivní dopad to mělo především na vztah klienta a pečovatelky. Klient, si daný „sešit klienta“ porovnal s úhradou za daný měsíc. Již neměl pochybnosti, zda pečovatelka v daný účetní měsíc opravdu poskytla všechny úkony.

Zpracovával jsem týdenní rozpis služeb všech mých podřízených pečovatelek a řidičů. Každé ráno v 7 hodin probíhala cca $\frac{1}{4}$ hodinová porada s pečovatelkami. Vždy jsem se ujistila, že na daný den je zajištěna smluvená péče u všech klientů, příp. při nepřítomnosti některé z pečovatelek (např. náhlá nemoc, ošetřování člena rodiny apod.) jsem musela operativně zajistit nový rozpis služeb. Největší náročnost na sestavení náhradních denních rozpisů služeb vznikala v období dovolených, letních či zimních prázdnin dětí a v období vzdělávání pracovníků.

V průběhu každého měsíce jsem musela provést kontrolní činnost kvality a daného rozsahu práce pečovatelek minimálně u třech náhodně vybraných klientů. Tuto kontrolní činnost jsem musela administrativně zpracovat, vyhodnotit ji, popř. řešit doplnění požadavku klienta k jeho

spokojenosti. Závěr kontrolního hodnocení jsem vždy s přísl. pečovatelkou osobně projednala.

Obsáhlý díl mé práce spočíval v administrativní činnosti. Sepsání smluv O poskytnutí PS, vedení evidenčních listů klienta, individuálního plánu klienta. Měsíční zpracování statistických údajů o poskytnutí terénní PS pro zřizovatele pečovatelské služby, tj. pro ÚMČ Prahy 10. Jednalo se o celkový přehled počtu klientů, kteří využívali v daném kalendářním měsíci PS. Z celkového rozsahu poskytovaných úkonů PS se i do měsíční statistiky zařazovaly hlavní a nejfrekventovanější úkony PS.

Jedná se o tyto vybrané úkony PS:

- celková koupel, vč. mytí vlasů ve středisku osobní hygieny
- celková koupel, vč. mytí vlasů v domácnosti klienta
- dovoz nebo donáška jídla
- běžné nákupy a pochůzky
- běžný úklid a údržba domácnosti
- praní a žehlení prádla

Vyhotovení podkladů pro orgány státní správy a samosprávy. Písemné i osobní jednání na přísl. soudech při vyřizování pozůstalostních řízení (u zemřelých klientů bez pozůstalých, kdy jsem uplatňovala pohledávky za úhradu PS, popř. vrácení osobních věcí zemř. klienta, které mně byly předány pro zajištění výkonu PS, především se jednalo o klíče od domu a bytu klienta, složené finanční zálohy pro účel nákupu a zálohy na stravné). Zpracovávala jsem písemné podklady k účasti na jednání v zájmu klienta se správními orgány (např. žádosti klientů o poskytování sociálních dávek a spoluúčasti při jednáních).

Poskytovala jsem základní sociální poradenství uživatelům i zájemcům o PS.

Jednání s nestátními organizacemi (např. církevní organizace, které zajišťovaly doprovod klientů při procházkách, popř. na kulturní akce) a dalšími institucemi (pro zprostředkování zajištění služby pro klienta, např. odebírání dietního stravování - bezlepková strava od FN Královské Vinohrady). Úzká spolupráce s opatrovníkem. Jednalo se o dva klienty, kteří byli zbaveni způsobilosti k právním úkonům. U obou zajištěna denní terénní PS. Pro opatrovníka jsem zajišťovala především veškeré účetní podklady,

spolupráce a konzultace při uzavírání slovy o PS a jejích dodatcích. Byla jsem v kontaktu s ošetřujícími lékaři, především u dekompenzace duševního stavu klienta (psychiatrické on.), spolupráce při řešení zhoršení demenčních syndromů a zajištění komplexní a celodenní péče o tyto klienty, kdy terénní PS byla již nedostačující. Dle doporučení ošetřujícího lékaře zajištění vhodných a účelných kompenzačních pomůcek.

Před rokem 2007 se jednalo i o zpracování žádosti o poskytnutí PS a vyhotovení rozhodnutí O poskytování pečovatelské služby dle platných zák. předpisů.

4.3. Legislativní změny v letech 2006 až 2007 v oblasti poskytování terénní pečovatelské služby

V období přelomu roku 2006 a 2007, kdy k 1.1. 2007 nabyt účinnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách došlo ke změnám v poskytování terénní pečovatelské služby ve čtyřech hlavních oblastech: A/ Překlenutí Zvýšení důchodu pro bezmocnost na Příspěvek na péči, B/ Zrušení bezplatného poskytování pečovatelské služby lidem s nízkými příjmy tzv. sociálně potřebným osobám, C/ Uzavírání smluv O poskytování pečovatelské služby v souladu s novou právní legislativou a D/ Změny v rozsahu poskytovaných úkonů pečovatelskou službou a změny maximální výše úhrad za PS.

A/ Překlenutí Zvýšení důchodu pro bezmocnost na Příspěvek na péči

K 1. lednu 2007 nabyt účinnosti nový zákon č. 108/2008 Sb., o sociálních službách. Tento zákon zavedl novou dávku tzv. **Příspěvek na péči**, který nahradil **zvýšení důchodu pro bezmocnost** a příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu.

Vyplácené starobní a invalidní důchody mohly být před 1.1. 2007 zvýšeny pro bezmocnost. Na základě posouzení, že důchodce potřebuje

trvale pomoc a obsluhu jinou fyzickou osobou, byl mu zvýšen důchod pro bezmocnost. Rozeznávaly se tři stupně bezmocnosti: a) částečná bezmocnost, b) převážná bezmocnost a c) úplná bezmocnost. Cílem zákonné úpravy zvýšení důchodu pro bezmocnost bylo mimo jiné i určení příspěvku k úhradě pečovatelské služby. Zvýšení důchodu pro bezmocnost upravoval zákon o důchodovém pojištění č. 155/1995 Sb., dále prováděcí předpis k tomuto zákonu, jímž byla vyhl. č. 284/1995 Sb., ve znění vyhl. č. 157/1997 Sb.,.

Lidé, kteří před 1. 1. 2007 pobírali dávku zvýšení důchodu pro bezmocnost, se ode dne nabytí účinnosti zákona o sociálních službách považují za osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby, Příspěvek na péči bude automaticky poskytnut oprávněné osobě, které bylo přiznáno zvýšení důchodu pro bezmocnost, bez nutnosti podání žádosti o poskytnutí příspěvku na péči.

A) Osobě, které bylo přiznáno částečná bezmocnost, bude od 1. 1. 2007 automaticky pobírat příspěvek na péči v celkové výši 2000 Kč (I.stupeň, lehká závislost).

B) Osobě, které bylo přiznáno převážná bezmocnost, bude od 1. 1. 2007 automaticky pobírat příspěvek na péči v celkové výši 4000 Kč (II.stupeň, středně těžká závislost).

C) Osobě, které bylo přiznáno úplná bezmocnost, bude od 1. 1. 2007 automaticky pobírat příspěvek na péči v celkové výši 8000 Kč (III.stupeň, těžká závislost).

O přiznání vyššího stupně tj. IV. stupně - úplná závislost, musí po 1. 1. 2007 podat žádost oprávněná osoba (tj. žadatel, osoba „závislá na péči“) na příslušném úřadě dle místa svého trvalého bydliště.

B/ Zrušení bezplatného poskytování pečovatelské služby lidem s nízkými příjmy tzv. sociálně potřebným osobám

Pečovatelská služba byla k 31. 12. 2006 poskytována bezplatně tzv. sociálně potřebným osobám s příjmy do 1, 3 násobku životního minima, u osob s příjmy do 1, 6 násobku životního minima byla pečovatelská služba poskytována za částečnou úhradu.

Životní minimum klienta bylo tvořeno dvěma částmi. První část byla tvořena částkou k zajištění výživy a ostatních potřeb klienta. Byla odstupňována podle věku klienta. Druhá část životního minima byla tvořena částkou k zajištění nezbytných nákladů na domácnost. Životní minimum bylo jednotné. Jeho výše nebyla ovlivněna sociální situací např. zdravotním stavem ani majetkovými poměry. Životní minimum upravoval zákon č. 463/1991 Sb.

Sociální potřebnost občana je diferencovanější, na rozdíl od životního minima, které bylo jednotné pro všechny občany bez ohledu na jakékoliv další skutečnosti. Posuzování sociální potřebnosti upravoval zákon č. 482/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Podle zákona o sociální potřebnosti občana se klient pečovatelské služby považoval za sociálně potřebného, jestliže jeho příjem nedosahuje částek životního minima. Ovšem hranice sociální potřebnosti se zvyšovali u lidí s nutností dietního stravování-zvýšení částky na výživu. U občanů, jímž byly přiznány mimořádné výhody III. stupně (tj. průkaz ZTP/P) se hranice sociální potřebnosti zvyšovala o částku na domácnost. U žadatel o pečovatelskou službu u něhož se přihlíželo při výpočtu životního minima a sociální potřebnosti k dietnímu stravování, musel předložit potvrzení od lékaře o potřebě dietního stravování.

Dále za sociálně potřebného se považoval i klient, jehož příjem je větší než částky životního minima (tj. jeho příjmy jsou nad 1,6 násobku životního minima), ale bere se zřetel na skutečné náklady na domácnost. Náklady na domácnost jsou odůvodněně vyšší a klient nemůže tyto náklady uhradit vlastním přičiněním. Sledování tohoto typu-sociálně potřebný klient viz. případ klienta č. 2. sledovaný v průběhu roku 2007 viz. kapitola 5.3. Popis zkoumaného vzorku u hypotézy č. 3, kapitola 5.3.1. Popis a interpretace výsledků u hypotézy č. 3 a kapitola 5.3.2. Ověření hypotézy č. 3.

Po nabytí účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., k 1. 1. 2007 se nebral zřetel na životní minimum a neposuzovala se sociální potřebnost žadatele. Klienti, kteří byli do 31. 12. 2006 posuzováni jako tzv. sociálně potřební občané, již pečovatelskou službu musí hradit v plné výši. V mém svěřeném okrsku na Praze 10 lokalita Vršovice jsem šesti klientům poskytovala pečovatelskou službu bezplatně z důvodu sociální potřebnosti. Měla jsem

obavy, že tito klienti nebudou moci uzavřít smlouvu O poskytnutí pečovatelské služby, z důvodu finanční tísně. Obávala jsem se, že tito klienti ocitnou ve svých domácnostech bez pomoci a služeb jiné osoby. Viz. více kapitola č. 5. Stanovení hypotézy č. 3. a kapitola 5.3. Popis zkoumaného vzorku u hypotézy č. 3, kapitola 5.3.1. Popis a interpretace výsledků u hypotézy č. 3 a kapitola 5. 3. 2. Ověření hypotézy č. 3.

CI Uzavírání smluv O poskytování pečovatelské služby v souladu s novou právní legislativou

Pečovatelská služba byla před účinností zákona č. 108/2006 Sb., poskytována jednak na základě Žádosti o zvědění PS potvrzené ošetřujícím lékařem žadatele. Poskytování pečovatelské služby, rozsah úkonů a výše úhrady bylo uskutečněno na základě Rozhodnutí o poskytování pečovatelské služby příslušným úřadem.

V praxi to znamenalo, že klient kontaktoval přímo mě nebo zprostředkovaně (rodinnými příslušníky, sociální pracovníci nemocnice, odkud měl být klient propuštěn do domácího ošetření apod.). Klient si nechal potvrdit Žádost o zavedení PS svým ošetřujícím lékařem. Navštívila jsem nového klienta v jeho domácnosti, kde proběhlo místní šetření (zjišťovala jsem rodinnou situaci, zhodnotila jsem zvládání všedních činností klienta o svoji osobu, domácnost, bezbariérovost bytu, možnost vycházek klienta a kontaktu s okolím, dohodnutí rozsahu a frekvence poskytovaných služeb).

Na základě místního šetření jsem napsala návrh Rozhodnutí o poskytování pečovatelské (viz příloha č. 11), vypočítala jsem úhradu za pečovatelskou službu s ohledem na životní minimum a sociální potřebnost nového klienta. Návrh Rozhodnutí o poskytnutí pečovatelské služby jsem zaslala na příslušný úřad, tj. Ú MČ Praha 10 ke schválení a k podpisu. Pak následovalo technické zajištění pečovatelské služby a samotný výkon poskytovaných služeb v praxi. viz. shora uvedené kapitola 4. 2. Činnost koordinátora terénní pečovatelské služby.

K31. 12. 2006 pozbyla platnost všechna rozhodnutí vydaná Ú MČ Prahy 10 O poskytování pečovatelské služby. Poskytování pečovatelské služby bylo možno uzavřít od 1. 1. 2007 na základě písemné smlouvy O

poskytování pečovatelské mezi poskytovatelem (tj. CSOP) a klientem. Bylo ve veřejném podvědomí poskytovatelů pečovatelské služby, že od 1. 1. 2007 nabude v platnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ovšem zákon ještě v průběhu podzimu 2006 nevyšel ve Sbírce zákonů. Nebyl vytvořen dostatečně velký časový prostor, aby se klientům s dostačujícím časovým předstihem vysvětlily všechny změny vyplývající pro ně ze zákona.

Bylo to období velkého pracovního nasazení a vypětí všech pracovníků pečovatelské služby. Od 1. 1. 2007 jsem musela pro všechny mé svěřené klienty vyhotovit Smlouvy o poskytování pečovatelské služby. V přelomu roku 2006 až 2007 však musela být zajištěna péče o stávající klienty. Ovšem z řadou z nich nebyla uzavřena Smlouva o poskytování pečovatelské služby. V mnoha případech jsem musela opakovaně klienty navštívit a seznámit je s podmínkami smlouvy. K 28. 2. 2007 jsem měla uzavřené smlouvy se všemi 241 klienty využívající pečovatelskou službu.

DI Změny v rozsahu poskytovaných úkonů pečovatelskou službou a změny maximální výše úhrad za PS.

Vyhláškou č. 505/2006 Sb., se změnil rozsah některých úkonů pečovatelské služby a výše úhrad za pečovatelskou službu oproti platným právním úpravám platných do 31.12. 2006.

Pečovatelská služba již neposkytuje úkon: Jednoduché ošetřovatelské úkony - v mém svěřeném okrsku se jednalo především o podání léků pečovatelkou per orálně klientům s demenčním syn. Zde vyvstávala obava, že tito klienti by léky neužívali, popř. by se nedodržela frekvence podání léků apod.. Hrozila možná otrava z předávkování. Tento úkon se poskytoval ve všední dny sedmi klientům. Od 1. 1. 2007 tento úkon mohla provádět Domácí zdravotní péče. Podařilo zajistit převzetí plynulé péče o tyto klienty mezi kritickým obdobím měsíců prosince 2006 a leden 2007. Domácí zdravotní péče od 1. 1. 2007 zajišťuje podání léků u těchto klientů.

Do konce roku 2006 byla pečovatelská služba poskytována bezplatně:

- 1/ Účastníkům odboje (podle zákona č. 255/1946 Sb.) a pozůstalým manželům/kám nad 70 let.
- 2/ Jsou účastny rehabilitace podle zákona č. 119/1990 Sb., a pozůstalým manželům/kám nad 70 let.
- 3/ Byly zařazeny v táboře nucených prací nebo v pracovním útvaru a pozůstalým manželům/kám nad 70 let.
- 4/ Rodinám, kde se narodily současně 3 nebo více dětí.
- 5/ Sociálně potřebným osobám (jejichž příjem je do 1, 3 násobku životního minima)

Od 1.1. 2007 je pečovatelská služba je poskytována bezplatně:

- 1/ Účastníkům odboje (podle zákona č. 255/1946 Sb.) a pozůstalým manželům/kám nad 70 let.
- 2/ Jsou účastny rehabilitace podle zákona č. 119/1990 Sb., a pozůstalým manželům/kám nad 70 let.
- 3/ Byly zařazeny v táboře nucených prací nebo v pracovním útvaru a pozůstalým manželům/kám nad 70 let.
- 4/ Rodinám, kde se narodily současně 3 nebo více dětí.

CSOP od 1. 1. 2007 nastavilo maximální výši úhrad za pečovatelskou službu, kterou stanovuje vyhl. č. 505/2006 Sb., U nejžádanějšího úkonu pečovatelské služby Dovož oběda došlo ke zvýšení cen N dovoz oběda 20 Kč/úkon, do roku 2006 úhrada činila 10 Kč/úkon. Zvýšení ceny stravného B/ normální strava a žlučnicková dieta 55 Kč/jeden oběd , do roku 2006 činila úhrada normální stravy a žlučnickové diety 35 Kč, u diabetické diety 57 Kč/jeden oběd, do roku 2006 činila úhrada u diabetické stravy 37 Kč.

Vyvířovaly obavy, že v důsledku maximálního nastavení výše úhrad za PS dojde k rušení smluv O poskytování pečovatelské služby ze strany uživatelů z důvodu platební neschopnosti. Především u lidí s nízkými příjmy jsem měla strach, že zůstanou bez péče, pomoci druhé osoby a ocitnou se v ohrožení. Smlouvu O poskytnutí PS nebudou moci uzavřít z důvodu platební neschopnosti. Viz. kapitola 5. stanovení hypotézy č. 1. a 3. a kapitoly 5.1., 5.1.1., 5.1.2., 5.3., 5.3.1. a 5.3.2.

**Tabulka č. 1 Přehled poskytovaných úkonů CSOP pečovatelské služby
a přehled výše úhrady za úkony platné k 21.12. 2006**

Přehled úkonů	Bezplatně do 1,3 Ž.M.	Poloviční úhrada do 1,6 Ž.M.	Plná úhrada
Celková koupel vč. mytí vlasů v SOH nebo domácnosti	bezplatně	bezplatně	bezplatně
Pomoc při oblékání Pomoc při použití WC Pomoc při přesunu Na lůžko/vozik Ranní toaleta	bezplatně	10,- Kč/úkon	15,-Kč/úkon
Jednoduché ošetř. Úkony - podání léků	bezplatně	5,- Kč/úkon	7,- Kč/úkon
Donáška nebo dovoz oběda Pomoc při podání jídla a pití	bezplatně	7,- Kč/úkon 5,- Kč/úkon	10,- Kč/úkon 7,- Kč/úkon
Nákupy, nutné pochůzky	bezplatně	15,- Kč/úkon	20,- Kč/úkon
Práce spojené s udržováním domácnosti	bezplatně	50,- Kč/hod.	60,- Kč/hod.
Příprava snídaně popř. svačiny, večeře	bezplatně	30,- Kč/hod.	40,- Kč/hod.
doprovod	bezplatně	30,- Kč/hod.	40,- Kč/hod.
Praní a žehlení prádla	bezplatně	30,- Kč/kg	40,- Kč/kg
Dohled nad dospělým občanem	bezplatně	40,- Kč/hod	50,- Kč/hod

Přehled poskytovaných úkonů CSOP pečovatelská služba od 1.1.2007a přehled výše úhrad

Poskytované úkony úhrada

Pomoc při zvládnání běžných úkonu péče o vlastní osobu

- pomoc a podpora při podávání jídla a pití.....58,- Kč/hod.
- pomoc při oblékání a svlékání, vč. spec. pomůcek 85,- Kč/hod.
- pomoc při prostorové orientaci, pohybu v bytě.....85,- Kč/hod
- pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík85,- Kč/hod

Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro hygienu

- pomoc při osobní hygieny.....85,- Kč/hod
- pomoc při základní péči o vlasy a nehty.....85,- Kč/hod
- pomoc při použití WC.....85,- Kč/hod

Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy

- zajištění stravy - oběd;
cena oběda: normál, žluč.....55,- Kč/hod, dia 85,- Kč/hod
- dovoz nebo donáška jídla (oběda).....20,- Kč/úkon
- pomoc při přípravě jídla a pití.....85,- Kč/hod
- příprava a podání jídla a pití.....85,- Kč/hod
- podání jídla a pití v jídelně CSOP.....7,- Kč/úkon

Pomoc při zajištění chodu domácnosti

- běžný úklid a údržba domácnosti.....85,- Kč/hod
- údržba domácích spotřebičů.....85,- Kč/hod
- donáška vody.....85,- Kč/hod
- topení v kamnech, údržba.....85,- Kč/hod
- běžné nákupy a pochůzky.....85,- Kč/hod
- velký nákup.....100,- Kč/hod
- praní a žehlení ložního prádla.....50,- Kč/kg
- praní a žehlení osobního prádla.....50,- Kč/kg

Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

- doprovázení dětí do školy, škol. zařízení, k lékaři a zpět.. 85,- Kč/hod
- doprovázení dospělých do školy, škol. zařízení, zamést...85,- Kč/hod

Do úhrady za poskytnutý úkon se započítává i skutečný čas potřebný k zajištění služby.

Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, katedra speciální pedagogiky

**Kromě uvedených úkonů je možné domluvit fakultativní činnosti
(činnosti poskytované nad rámec stanovených vyhláškou) 85,- Kč/hod**
Poskytovaný úkon v praxi - Dohled nad dospělým občanem

5. Hypotézy:

Hypotéza č. 1.:

„Předpokládám, že v průběhu roku 2007- 2008 nastane markantní odliv klientů z důvodu maximálního nastavení výše úhrad za pečovatelskou službu. Klienti nebudou schopni hradit úhradu za pečovatelskou službu.“

Hypotéza č. 2.:

„Předpokládám, že zaměstnavatel nezajistí pro své zaměstnance zajišťující pečovatelskou službu akreditovaný kvalifikační kurz.“

Hypotéza č. 3.:

„Předpokládám, že klienti, kterým byla pečovatelská služba poskytována bezplatně z důvodu sociální potřeby před účinností zákona o soc. službách č. 108/2006, Sb., nebudou uzavírat smlouvy s poskytovatelem pečovatelské služby dle zákona č. 108/2006, Sb. z finančních důvodů.“

Hypotéza č. 4.:

„Klienti, kteří využívali bezplatný úkon Celková koupel ve středisku osobní hygieny od pečovatelské služby před účinností zákona o soc. službách č. 108/2006, Sb., nebudou chtít již tento zpoplatněný úkon využívat.“

5.1. Popis zkoumaného vzorku u hypotézy č. 1

„Předpokládám, že v průběhu roku 2007-2008 nastane markantní odliv klientů z důvodu maximálního nastavení výše úhrad za pečovatelskou službu. Klienti nebudou schopni hradit úhradu za pečovatelskou službu.“

Zkoumaný vzorek se týkal všech klientů z mého svěřeného okrsku - v lokalitě Prahy 10 - Vršovice. Statistické údaje posuzovaných roků 2006, 2007 a 2008 vycházejí z měsíčních statistických výkazů, které jsem pravidelně zpracovávala pro zřizovatele Ú MČ Praha 10. Jednalo se o celkový počet klientů, kteří využívali v daném kalendářním měsíci PS.

Předpoklad pro stanovení hypotézy č. 1 byl fakt, že po 1.1.2007 v souladu se zákonem byly nastaveny maximální výše úhrad za PS. Domnívala jsem se, že klienti nebudou schopni uhradit poskytované služby a z těchto důvodů uzavírat smlouvy, popř. budou rušit v průběhu let 2007-2008 rušit pečovatelskou službu z důvodu platební neschopnosti.

5.1.1 Popis a interpretace výsledků u hypotézy č. 1

Posoudila jsem celkový počet mých svěřených klientů, kteří využívali PS. Celkové počty jsem srovnávala v letech 2006, 2007 a 2008.

Dále v uvedených letech jsem srovnávala počty poskytované péče u vybraných úkonů dle statistických výkazů, které jsem měsíčně zpracovávala pro Ú MČ Praha 10. Tyto údaje jsou zpracovány v tabulkách dle přísl. let:

Tab. č. 1 celkový počet klientů v průběhu celého roku 2006.

Kalendářní měsíc	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.
Celkový počet klientů	239	244	237	248	242	234

Kalendářní měsíc	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
Celkový počet klientů	231	218	230	235	238	247

Tab. č. 2 celkový počet klientů v průběhu celého roku 2007.

Kalendářní měsíc	1.	II.	III.	IV.	v.	VI.
Celkový počet klientů	233	241	238	242	233	229

Kalendářní měsíc	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
Celkový počet klientů	212	214	225	232	236	241

Tab. č. 3 celkový počet klientů v průběhu celého roku 2008.

Kalendářní měsíc	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.
Celkový počet klientů	243	246	239	241	238	227

Kalendářní měsíc	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
Celkový počet klientů	221	216	222	237	243	245

Při porovnání výše uvedených údajů je zřejmé, že k poklesům klientů v průběhu let 2007 až 2008 nedošlo. Odchyly v uvedených kalendářních měsících jsou statisticky nevýznamné. Pokles v letních měsících tj. červen až v září byl pravidelný. Rodinný příslušníci a vzdálení příbuzní si přebírali osoby potřebné (tj. klienty využívající pečovatelskou službu) „do své péče“. Trávili s nimi dovolené, brali je na své chaty, chalupy, doprovázeli je na lázeňské pobyty, popř. trávili část své dovolené u klientů v bytech.

Statisticky nevýznamné odchyly ve všech kalendářních měsících byly na základě těchto skutečností: hospitalizace klienta v nemocničních zařízeních, lázeňské pobyty, exitus. V průběhu let 2006 až 2008 se mi

nestalo, že by některý z klientů zrušil zcela pečovatelskou službu a přešel by k jinému poskytovateli.

5.1.2. Ověření hypotézy č. 1

Z výše citované interpretace se hypotéza č. 1 nepotvrdila. V letech 2006 až 2008 byla plně naplněna maximální kapacita počtu klientů pro poskytování pečovatelské služby. Legislativní změna v roce 2007 neměla vliv na pokles klientů ve sledovaném období v letech 2007 až 2008. V průběhu těchto let i na základě nové legislativy byla plně naplněna maximální kapacita počtu klientů. Stanovení maximální kapacity počtu klientů se odvíjí od schopnosti udržet kvalitu poskytování služeb s ohledem na počet zaměstnanců, kapacity jídelen, prádelny, střídání klientů ve středisku osobní hygieny.

5.2. Popis zkoumaného vzorku u hypotézy č. 2.

Předpokládám, že zaměstnavatel nezajistí pro své zaměstnance zajišťující pečovatelskou službu akreditovaný kvalifikační kurz.

Absolvování výše zmíněného akreditovaného kurzu je podmínkou ze zákona č. 108/2006 Sb., pro pracovníky v sociálních službách - podmínka odborné způsobilosti pracovníka v sociálních službách. Pracovníkem v sociálních službách je mj. ten, kdo vykonává pečovatelskou činnost v domácnostech osoby. Odbornou způsobilostí pro tohoto pracovníka je základní, střední nebo vyšší vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu. Obsah a rozsah tohoto kurzu stanovuje vyhláška č. 505/2006 Sb.,. Odborná způsobilost všech fyzických osob, které budou přímo poskytovat sociální služby je jednou z podmínek registrace poskytovatele sociálních služeb.

Při stanovení své hypotézy jsem vycházela z předpokladu, že zaměstnavatel nebude mít k dispozici finanční prostředky k zajištění akreditovaného kurzu. Zaměstnanci si budou muset akreditovaný kvalifikační

kurz hradit zcela sami nebo se s částí podílet na jeho úhradě. Dalším předpokladem byla obava z technického zajištění terénní PS při nedostatku zaměstnanců, kdy nebudou moci všichni zaměstnanci v pracovní době kurz absolvovat a hrozila by možná nezastupitelnost pečovatelek. Mohlo by vyvstat riziko, kdy klientům by nemohly být v plném rozsahu zajištěny jejich požadované služby.

Výzkum se týkal celé pečovatelské služby poskytované CSOP. Výzkumný vzorek se skládal z 52 pečovatelek a 4 koordinátorů pečovatelské služby. Jednalo se o pečovatelky, které zajišťovaly terénní pečovatelskou službu na území Prahy 10 a pečovatelek zajišťující pečovatelskou službu v Domě s pečovatelskou službou.

5.2.1. Popis a interpretace výsledků u hypotézy č. 2

Poskytovatel CSOP si zažádal u Ú MČ Prahy 10 o finanční dotaci na zajištění tohoto nelehkého úkolu. Po řadě jednání byla tato dotace v plné výši CSOP poskytnuta a všem pracovníkům byla podána přihláška na absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu „Vzdělávání pracovníků sociální sféry“, který zajišťovalo Městské centrum sociálních služeb a prevence v Praze za podpory evropských strukturálních fondů. Rozsah kurzu byl v délce 150 hodin na pracovníka, cena kurzu 8.000,- Kč na pracovníka. Příklad obsahu kurzu:

- vztah mezi klientem a pomáháním
- komunikační dovednosti při práci s klientem
- řešení konfliktů, vyjednávání
- sociální pracovník pro seniory a zdravotně postižené
- organizace, řízení a provoz zařízení sociálních služeb v kontextu nové právní úpravy
- pečovatelská služba ve světle nového zákona o sociálních službách
- lidská práva v sociálních službách

V průběhu roku 2007 se podařilo zajistit absolvování tohoto kurzu všemi 56 pracovníky pečovatelské služby CSOP. Kurz probíhal ve frekvenci 1 x týdně po dobu celého pracovního dne v délce 6 měsíců. V průběhu

tohoto roku vznikla velká náročnost při zastupování chybějících pracovníků, zejména v terénní pečovatelské službě. Z řad studentů byly zajišťovány brigády pro donášku obědů, zajištění nákupů pro klienty. V řadě případů ani tyto brigádníci nepostačovali pokrýt naléhavou potřebu a musela jsem zastupovat pečovatelky v přímé péči.

5.2.2. Ověření hypotézy č. 2

„Předpokládám, že zaměstnavatel nezajistí pro své zaměstnance zajišťující pečovatelskou službu akreditovaný kvalifikační kurz“.

Tato hypotéza byla vyvrácena. Zaměstnavatel zajistil pro zaměstnance akreditovaný kvalifikační kurz „Vzdělávání pracovníků v sociálních službách“, který pořádalo Městské centrum sociálních služeb a prevence v Praze za podpory evropských strukturálních fondů. Zaměstnavatel proplatil všem 56 pracovníkům zajišťující pečovatelskou službu, a to v plné výši a v plném rozsahu 150 hodin na osobu. V průběhu roku 2007 všech 56 pracovníků zajišťující pečovatelskou službu akreditovaný kvalifikační kurz absolvovalo.

5.3. Popis zkoumaného vzorku u hypotézy č. 3

„Předpokládám, že klienti, kterým byla pečovatelská služba poskytována bezplatně z důvodu sociální potřeby před účinností zákona o soc. službách č. 108/2006, Sb., nebudou uzavírat smlouvy s poskytovatelem pečovatelské služby dle zákona č. 108/2006, Sb. z finančních důvodů.“

K 31. 12. 2006 byla v mém svěřeném okrsku na území Prahy 10 - Vršovice poskytována bezplatně pečovatelská služba u 6 klientů z důvodu, že tyto osoby byli dle platné právní úpravy tzv. sociálně potřebná osoba. Výše jejich příjmu byla do 1,3 životního minima s přihlédnutím na nutnost dietního stravování, přiznání mimořádné výhody průkazu ZTP/P, nákladů na

domácnost. Po nabytí účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách k 1.1.2007 osoby, kterým byla poskytována PS bezplatně z důvodu sociální potřeby, již dle nové legislativy pečovatelskou službu hradí plně. Můj předpoklad byl, že klienti s nízkými příjmy nebudou schopni uhradit služby PS při jejich maximální nastavení výše a ocitnou se v platební neschopnosti.

5.3.1. Popis a interpretace výsledků u hypotézy č. 3

Vycházela jsem z měsíčních statistických údajů, které jsem zpracovávala pro zřizovatele a z měsíční úhrady péče, kterou jsem vypočítávala a předepisovala danému klientovi. Tyto údaje jsem zpracovala do tabulek pro sledované období r. 2006 a 2007.

Tabulka č. 1 - stav k 31.12. 2006

Poskytované úkony	Výše úhrady za 1 úkon	Osoba č.1 frekvence úkonů PS	Osoba č.2 frekvence úkonů PS	Osoba č. 3 frekvence úkonů PS
Celková koupel	bezplatně	ne	1 x týdně	Ne
Dovoz jídla	bezplatně	5x týdně	7x týdně	5x týdně
Běžný úklid a údržba domácnosti	bezplatně	1x měsíčně	2x měsíčně	1x měsíčně
Běžné nákupy a pochůzky	bezplatně	1x týdně	1x týdně	1x týdně
Praní a žehlení prádla	bezplatně	ne	1x měsíčně	Ne

Poskytované úkony	Výše úhrady za 1 úkon	Osoba č.4 frekvence úkonů PS	Osoba č.5 frekvence úkonů PS	Osoba č.6 frekvence úkonů PS
Celková koupel	bezplatně	Ne	1x týdně	Ne

Dovoz jídla	bezplatně	5xtýdně	5xtýdně	5x týdně
Běžný úklid a údržba domácnosti	bezplatně	1xměsíčně	1xměsíčně	1xměsíčně
Běžné nákupy a pochůzky	bezplatně	1xtýdně	1xtýdně	1xtýdně
Praní a žehlení prádla	bezplatně	1x měsíčně	1xměsíčně	Ne

Tabulka č. 2. stav k 31.12. 2007

Poskytované úkony	Výše úhrady za 1úkon	Osoba č.1 frekvence úkonů PS	Osoba č.2 frekvence úkonů PS	Osoba č.3 frekvence úkonů PS
Celková koupel	85 Kč/hod	Ne	1 x týdně	Ne
Dovoz jídla	20 Kč/hod	5xtýdně	7xtýdně	5x týdně
Běžný úklid a údržba domácnosti	85 Kč/hod	1xměsíčně	2xměsíčně	1xměsíčně
Běžné nákupy a pochůzky	85 Kč/hod	1xtýdně	1xtýdně	1xtýdně
Praní a žehlení prádla	50 Kč/kg	Ne	1xměsíčně	Ne
Průměrná měsíční úhrada za PS		750 Kč	910 Kč	780 Kč

Poskytované úkony	Výše úhrady za úkon	Osoba č.4 frekvence úkonů PS	Osoba č.5 frekvence úkonů PS	Osoba č. 6 frekvence úkonů PS
Celková koupel	85 Kč/hod	Ne	1 x týdně	Ne
Dovoz jídla	20 Kč/hod	5xtýdně	5xtýdně	5x týdně
Běžný úklid	85 Kč/hod	1xměsíčně	1xměsíčně	1xměsíčně

a údržba domácnosti				
Běžné nákupy a pochůzky	85 Kč/hod	1xtýdně	1xtýdně	1xtýdně
Praní a žehlení prádla	50 Kč/kg	1x měsíčně	1x měsíčně	Ne
Průměrná měsíční úhrada za PS		890 Kč	935 Kč	730 Kč

V tabulce č. 1 jsou zahrnuty údaje k 31. 12. 2006 o poskytování bezplatné pečovatelské služby všech osob, tzv. sociálně potřebná osoba, z důvodu nízkých příjmů u všech šesti osob, které jsem měla v péči. V tabulce je uveden u každé osoby druh a frekvence využívaných úkonů PS. Tento vzorek jsem sledovala i v průběhu celého roku 2007, tj. od 1. 1. 2007 do 31. 12. 2007. Jak je patrné z tabulky č. 2, která uvádí stav k 31. 12. 2007, všech šest klientů, kteří využívali v roce 2006 PS bezplatně, využívali PS i v roce následujícím. Všichni klienti uzavřeli smlouvu O poskytování pečovatelské služby k 1. 1. 2007 v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., Službu již hradili v plném rozsahu, u všech klientů byl zachován stejný typ úkonu i četnost jejich frekvence, jako v roce předcházejícím. Ve sledovaném roce 2007 se ani jeden z šesti klientů nedostal do platební neschopnosti. S každým klientem bylo před uzavřením smlouvy O poskytování pečovatelské služby i v průběhu poskytování PS (v rámci plánování poskytování PS u klienta) konzultováno finanční krytí měsíčních úhrad za PS. Bylo zjištěno, že u pěti osob (tj. osoba č. 1, 3, 4, 5 a 6) se na financování pečovatelské služby budou podílet rodinní příslušníci klientů. Pouze u osoby č. 2 byla tíživá situace řešena přestěhováním do bytu v domě s pečovatelskou službou (kde je regulované nájemné) a současně přispívali na poskytovanou PS rodinní příslušníci. V domě s pečovatelskou službou se klientovi č. 2 snížily výdaje na bydlení, výdaje za poskytování PS - úkonu dovozu oběda - který byl po nastěhování do DSP nadbytečný. Klient č. 2 docházel do jídelny přímo v domě DPS. Průměrná měsíční úhrada za PS se mu snížila o 450,- Kč. Pokud by osoba č. 2 zůstala ve své původní

domácnosti, průměrná měsíční úhrada za PS by činila při zachování daných úkonů a jejich frekvenci - 1.135,- Kč. Po nastěhování klienta č. 2 v červenci 2007 do DPS činila průměrná měsíční úhrada za PS 685,- Kč.

5.3.2. Ověření hypotézy č. 3

Hypotéza č. 3 byla vyvrácena. Nenastala situace, kterou jsem předpokládala. Celý sledovaný vzorek klientů uzavřel smlouvu O poskytnutí pečovatelské služby v původním rozsahu služeb i jejich frekvence, které využívali v roce 2006. Sledovaný vzorek klientů se v průběhu roku 2007 nedostal do platební neschopnosti, ani nebyla zrušena, či zúžena smlouva O poskytnutí pečovatelské služby. U všech šesti klientů se na úhradě pečovatelské služby spolupodíleli finančním krytím - rodinní příslušníci klientů. U jedné osoby (klient č. 2) bylo ještě řešeno i dlouhodobé snížení nákladů na bydlení a úhrady za PS - přestěhováním do bytu v Domě s pečovatelskou službou. Na finančním krytí poskytovaných služeb PS se rovněž podíleli rodinní příslušníci.

5.4. Popis zkoumaného vzorku u hypotézy č. 4

„Klienti, kteří využívali bezplatný úkon Celková koupel ve středisku osobní hygieny od pečovatelské služby před účinností zákona o soc. službách č. 108/2006, Sb., nebudou chtít již tento zpoplatněný úkon využívat.“

K31. 12. 2006 poskytovala jsem Celkovou koupel ve středisku osobní hygieny (dále jen SOH) pro 32 klientů. K tomuto datu byla tato služba pro všechny klienty bezplatná, a to bez výjimky. Domnívala jsem se, že po 1.1.2007, kdy tento úkon byl již zpoplatněn - nebude již mít řada klientů o tento úkon zájem. Vycházela jsem z předpokladu, že byla nastavena maximální cena za úhradu tohoto úkonu, tj. 85,- Kč/hod., kdy průměrná délka doby k zajištění tohoto úkonu je 1,5 hod. (což činí 127,50 Kč). Předpokládala jsem, že klienti se budou snažit ušetřit finanční prostředky na tomto úkonu. Vycházela jsem z mých vypracovaných měsíčních statistik pro zřizovatele. Vzorek 32 lidí, kteří k 31. 12. 2006 využívali bezplatný úkon Celková koupel v SOH jsem sledovala v průběhu celého roku 2007.

5.4.1. Popis a interpretace výsledků u hypotézy č. 4

V tabulce č. 1 je přehled průměrného celkového počtu klientů, kteří využívali úkon Celková koupel v SOH v průběhu celého roku 2006. Dále je zde uveden průměr počtu provedeného úkonu v průběhu celého roku 2006.

V tabulce č. 2 je přehled celkového počtu klientů, kteří využívali Celková koupel v SOH v průběhu celého roku 2007. Dále je zde uveden faktický počet tohoto provedeného úkonu v průběhu celého roku 2007.

V tabulce č.3. je přehled průměrného celkového počtu klientů, kteří využívali úkon Celková koupel v SOH v průběhu celého roku 2007. Dále je zde uveden průměr počtu provedeného úkonu v průběhu celého roku 2007.

Tabulka č. 1 - rok 2006 - Celková koupel v SOH

Rok	2006
Průměr celkového počtu klientů	30,9
Průměr provedeného počtu úkonů	30,2

Tabulka č. 2 - rok 2007 - Celková koupel v SOH

Kalendářní měsíc	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.
Celkový počet klientů	32	32	31	31	32	29
Provedený počet úkonu	31	30	29	31	28	27

Kalendářní měsíc	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
Celkový počet Klientů	30	28	30	31	30	31
Provedený počet úkonu	29	26	39	30	29	30

Tabulka č. 3 - rok 2007 - Celková koupel v SOH

Rok	2007
Průměr celkového počtu klientů	30,6
Průměr provedeného počtu úkonu	29,9

5.4.2. Ověření hypotézy č. 4

Hypotéza č. 4 se nepotvrdila. Sledovaný průměr celkového počtu klientů, kteří využívali Celkovou koupel v SOH v roce 2006 a v roce 2007 je statisticky nevýznamný. Druhý sledovaný údaj - průměr provedeného počtu úkonu v roce 2006 a v roce 2007 je též statisticky nevýznamný.

Statisticky nevýznamné odchylky ve všech kalendářních měsících byly na základě těchto skutečností: hospitalizace klienta v nemocničních atd. viz. hypotéza č. 1 - popis a interpretace výsledků.

Statisticky nevýznamné odchylka v letních měsících (tj. červen - září) byly na zákl. těchto skutečností; péče o klienta rodinnými příslušníky v době jejich dovolené apod. - viz. hypotéza č. 1 - popis a interpretace výsledků.

Závěr

V této práci jsem se snažila popsat alespoň částečně nelehkou práci v oblasti pečovatelské služby. Zajišťovala jsem pečovatelskou službu pro cca 240 klientů. K zvládnutí tohoto nelehkého úkolu mi velmi pomáhaly teoretické znalosti, které jsem získala při studiu - a to zejména v oblasti pédií, přednášky z psychologie, přednášky ze sociální práce, přednášky externích odborníků z lékařské fakulty, z právnické fakulty.

Fakt, že v dostatečném předstihu nebylo známo přesné znění změn připravovaného zákona č. 108/2006 Sb., měl velký vliv jak na klienty, tak i na pracovníky pečovatelské služby. U klientů tato situace vyvolávala nejistotu, velké obavy, často pláč, strach, až depresivitu. Nelehká situace byla i mezi pracovníky zajišťující pečovatelskou službu. Pracovníci předpokládali a brali za naprostou jistotu, že klientela po nabytí účinnosti tohoto nového zákona, klesne o 50% a o stejné procento klesne i počet pracovníků. Především pracovníci zajišťující přímou péči, tj. pečovatelky, měly obavu o jistotu svého zaměstnání, bály se možné reorganizace po 1.1.2007.

Negativní výsledek hypotéz mě osobně i všem pracovníkům zajišťující pečovatelskou službu, udělal radost. V přelomovém období roku 2006 až 2007 nebyla přerušena, ani snížena kvalita péče o klienty.

Seznam použité literatury

Baštěcký, J., Kiimpel, Q., Vojtěšovský, M. a kol.: Gerontopsychiatrie.

Praha, Grada Publishing 1994.

Čechová V., Rozsypalová M.: Speciální psychologie: Institut pro vzdělávání pracovníků, Brno 1996

Hartl P., Hartlová H.: Psychologický slovník, Praha, Portál 2000

Honzák R.: Komunikační pasti v medicíně, Praha Galén 1997

Hrdlička, M., Hrdličková, D.: Demence a poruchy paměti. Praha, Grada Publishing 1999.

Jiráček R., Koukolník, F.: Demence, Praha: Galén, 2003

Jiráček, R., Obenberger, J., Preiss, M.: Alzheimerova choroba. Olomouc, Maxdorf s.r.o. 1998.

Kalvach Z, a kol.: Geriatrie a gerontologie, Praha: Grada Publishing, 2004

Kalvach Z, Zadák Z, Jiráček R, Zavázalová H, Holmerová I, Weber P a kol.: Geriatrické syndromy a geriatrický pacient, Praha: Grada Publishing, 2008

Kelnerová J., Matějková E.: Psychologie a komunikace, Praha, Grada 2009

Klvetová D., Dlabalová I.: Motivační prvky při práci se seniory, Grada Publishing, 2008

Kolektiv autorů: Alzheimerova nemoc v rodině. Olomouc, Maxdorf s.r.o. 1998.

Koukolík, F., Jirák, R.: Alzheimerova nemoc a další demence. Praha, Grada Publishing 1998.

Křivohlavý J.: Jak si navzájem lépe porozumíme, Praha, Svoboda, 1998

Linhartová V., : Praktická komunikace v medicíně - pro mediky, lékaře a ošetřující personál, Praha: Grada Publishing, 2007

Pacovský V.: Geriatrie. Praha, Scientia Medica **1994.**

Pacovský V.: Geriatrická diagnostika. Praha, Scientia Medica **1994**

Pacovský V.: Ostárnutí a stáří, Praha, Avicenum, 1990

Preiss, M. a kol.: Klinická neuropsychologie. Praha, Grada Publishing 1998.

Schreiber M., a kol.: Funkční somatologie, Praha, Comp, 1998)

Stuart-Hamilton, I.: Psychologie stárnutí, Praha, Portál **1999.**

Topinková, E., Neuwirth, J.: Geriatrie pro praktického lékaře. Praha, Grada Publishing 1995.

Tošnerová, T.: Problematika poruch paměti. Praktický lékař.. Suppl., 76, 1996.

Seznam příloh

- Příloha č. 1 - Rozdělení demencí podle Diagnostické a statistické příručky
Americké psychiatrické společnosti (IC. Revize, DSM IV)
- Příloha č. 2 - Swedish Konsensus on Dementi and Dementi disease
Primární degenerativní demence
- Příloha č. 3 Test kognitivních funkcí Mimi- Mental State Examination
(MMSE)
- Příloha č. 4 Test hodin
- Příloha č. 5 Test instrumentálních všedních denních činností (IADL)
- Příloha č. 6 Barthel test základních všedních činností (ADL)
- Příloha č. 7 Hughesova stupnice
- Příloha č. 8 Hachinskeho skóre
- Příloha č. 9 Činnosti pro hodnocení schopnosti zvládat úkony péče o vlastní
osobu a úkony soběstačnosti a odchylný způsob hodnocení těchto úkonů
u osob nad 18 let věku - *Příloha č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb.*
- Příloha č. 10 - Smlouva o poskytnutí pečovatelské služby
- Příloha č. 11 - Rozhodnutí O poskytování pečovatelské služby

Příloha č. 1 - Rozdělení demencí podle Diagnostické a statistické příručky Americké psychiatrické společnosti (IC. Revize, DSM IV)

Demence Alzheimerova typu

- s časným začátkem
- pozdním začátkem
- s deliriem
- s bludy
- s depresivní náladou
- nekomplikovaná

Vaskulární demence

- s deliriem
- s bludy
- s depresivní náladou
- nekomplikovaná

Demence při onemocnění HIV

Demence v důsledku poranění hlavy

Demence při Parkinsonově nemoci

Demence při Huntingtonově nemoci

Demence při Pickově nemoci

Demence při Creutzfeldtově-Jakobově nemoci

Demence při jiných obecně medicínských poruchách

Perzistující demence v důsledku chemicky působících látek (alkoholu, drog, léků, inhalovaných látek, těžkých kovů, rozpouštědel, organofosfátů apod.)

Demence s mnohočetnou etiologií

Demence jinak neurčená

(Koukolík, Jirák, 1998)

Příloha č. 2 - Swedish Konsensus on Dementi and Dementi disease

Primární degenerativní demence

Frontotemporální převaha

Pickova nemoc

Non-Alzheimerova degenerace frontálního laloku

Amyotrofická laterální skleróza s demencí

Atypická Alzheimerova nemoc

Vzácnější familiární typ

Parietotemporální převaha

Raná forma Alzheimerovy nemoci

Pozdní forma Alzheimerovy nemoci

Downův syndrom s demencí Alzheimerova typu

Posttraumatická demence Alzheimerova typu

Subkortikální převaha

Huntingtonova nemoc

Progresivní supranukleární obrna

Shův-Dragerův syndrom

Mnohotná systémová atrofie s demencí

Progresivní subkortikální glióza

Hallervordenova-Spatzova nemoc

Ostatní

Parkinsonova nemoc s demencí

Vaskulární demence

Multiinfarktová demence

Strategicky umístěné infarkty

Subkortikální demence při postižení tepének: Binswangerova nemoc

Status lacunaris

Ischemicko-hypoxická demence

Jiná onemocnění v asociaci s vaskulární demencí

Smišená demence (vaskulární + Alzheimerova nemoc)

Sekundární demence

Normotenzní hydrocefalus

Metabolické poruchy

-poruchy výživy

Intoxikace

Infekce

-Creutzfeldtova-Jakobova nemoc

-bolerióza

-neurosyfilis

-AIDS

-jiné infekce

Nádory mozku

Úrazy

Jiné sekundární demence

Ostatní

Kombinace různých onemocnění způsobujících demenci

(Koukolík, Jirák, 1999)

Příloha č. 3 Test kognitivních funkcí Mimi- Mental State Examination i (MMSE)

<i>Oblast hodnocení</i>	<i>max. skóre</i>
1. Orientace Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod	
Který je teď rok?	1
Které je roční období?	1
Můžete mi říci dnešní datum?	1
Který je den v týdnu?	1
Který je teď měsíc?	1
Ve kterém jsme státě?	1
Ve které jsme zemi?	1
Ve kterém jsme městě?	1
Jak se jmenuje tato nemocnice (ordinace)?	1
Ve kterém jsme poschodí?	1
2. Všípivost Vyšetřující jmenuje 3 předměty (lopata, šátek, váza) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí se započítává jeden bod. Jestliže pacient nereprodukuje všechny 3, opakuje je tak dlouho, dokud se je nenaučí.	3
3. Pozornost a počítání Vyzvěte nemocného, aby od čísla 100 odečítal stále číslo 7 (93-86-79-65). Skončete po 5 odečetech. Každou správnou odpověď hodnoťte 1 bodem. Alternativou počítání může být hláskování slova „pokrm“ pozpátku po jednotlivých hláskách.	5
4. Výbavnost Vyzvěte nemocného, aby opakoval 3 slova, která si měl zapamatovat. 1 bod za každou správnou odpověď.	3
5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti Ukažte nemocnému dva předměty (tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Za správnou odpověď po jednom bodu. Vyzvěte nemocného, aby po Vás opakoval „Žádná ale, jestliže a kdyby“. Správné opakování hodnoťte jedním bodem. Dejte nemocnému třístupňový příkaz (vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho napůl a položte na podlahu). Za každý správně provedený stupeň započítejte 1 bod. Dejte nemocnému přečíst kartu s nápisem „Zavřete oči“. Započítejte 1 bod za zavření očí. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu. 1 bod za větu obsahující podmět a přísudek, která dává smysl. Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod, pouze jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.	2 1 3 1 1 1
<i>celkové skóre</i>	max. 30 bodů
Hodnocení: skóre 23 bodů a nižší svědčí pro kognitivní poruchu (delirium nebo demenci). Test má senzitivitu 87% a specifitu 82%.	

(Folstein, 1975 in Topinková, Neuwirth, 1995)

Příloha č. 4 Test hodin

v testu hodin je pacient dotazován, aby nakreslil ciferník hodin se všemi čísly a nastavil ručičky hodin na určitý čas. Pokud je nutné, je možné instrukci zopakovat, ale není dovoleno radit. Podle návodu se kresba hodnotí.

Integrita ciferníku (maximálně 2 body)

- 2= kruh je nakreslen bez hrubšího narušení
- 1 = kruh je nedokončen nebo porušený
- 0= schází nebo zcela nedostatečná kresba

Kresba a pořadí čísel (4 body)

- 4= čísla ve správném pořadí a minimální chyby v prostorovém uspořádání
- 3= čísla nakreslena ve správném pořadí, ale chyby v prostorovém uspořádání
- 2= některá čísla přidaná nebo naopak schází, ale zbývající nejsou výrazněji narušena. Čísla zařazena proti směru hodinových ručiček. Všechny čísla jsou přítomna, ale prostorové uspořádání je hrubě narušeno (např. částečné opomíjení, čísla umístěna mimo kruh).
- 1= scházející nebo přidaná čísla a hrubé narušení prostorového uspořádání
- 0= čísla schází nebo jsou nepatřičná

Kresba a nastavení ručiček (max. 4 body)

- 4= ručičky ve správné pozici a přiměřeně veliké
- 3= malé chyby v nastavení ručiček nebo nejsou rozdíly ve velikosti ručiček
- 2= výrazné chyby v nastavení ručiček (výrazně mimo správné nastavení)
- 1= pouze jedna ručička nebo špatné znázornění ručiček
- 0= ručičky schází

Zdravé osoby by měly mít 9 - 10 bodů. Nižší výkon je již nápadný.

Příloha č. 5 Test Instrumentálních všedních denních činnosti (IADL)

Činnost	Hodnocení	Bodové skóre
1. telefonování	Vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	Nedokáže použít telefon	0
2. transport	cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	cestuje, je-li doprovázen	5
	Vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod.	0
3. nakupování	dojde samostatně nakoupit	10
	Nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	Neschopen bez podstatné pomoci	0
4. vaření	uvaří samostatně celé jídlo	10
	jídlo ohřeje	5
	jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
5. domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	Provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	Potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
6. práce kolem domu	Provádí samostatně a pravidelně	10
	Provede pod dohledem	5
	Vyžaduje pomoc, neprovede	0
7. užívání léků	Samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	léky musí být podány druhou osobou	0
8. finance	Spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0

Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:

0-40 bodů: závislý v IADL

45-75 bodů: částečně závislý v IADL

80 bodů: nezávislý v IADL

Příloha č. 6 Barthel test základních všedních činností (ADL)

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas kontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas kontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. schůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Measurement in Neurological Rehabilitation, Derick T. Wade, 1992

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehká závislost

100 bodů: nezávislý

Příloha č. 7 Hughesova stupnice

Stupeň 0 - zdraví

Paměť není porušena nebo jsou jen malé nekonstantní výpadky. Vyšetřovaní lidé jsou plně orientováni. Dobře řeší každodenní problémy. V porovnání s minulostí mají nepoškozený úsudek - jsou sociálně nezávislí v zaměstnání, při nákupech apod. Život doma včetně zájmů a koníčků je beze změn. Jsou plně schopni o sebe pečovat.

Stupeň 0,5- podezření na demenci

Objevuje se trvalá lehká zapomnětlivost. Někdy se hovoří o tzv. „benigní zapomnětlivosti“. Pacienti jsou plně orientováni. Vyskytují se jemné, přechodné a lehké obtíže při řešení problémů spjatých s rozhodnutím o rozdílech a podrobnostech. Něco podobného platí pro společenské aktivity. Život doma, včetně zájmů, je nedotčen nebo jen velmi lehce. Pacienti o sebe plně pečují.

Stupeň 1 - lehká demence

Pacienti zapomínají čerstvé události, což poškozuje jejich každodenní aktivity. Objevují se první poruchy orientace v čase, pokud jde o místo a osobu, pacienti orientováni jsou, může se objevit lehká geografická desorientace. Projeví se obtíže s řešením složitějších problémů, sociální úsudek je zachován. Pacienti sice mohou při povrchním sledování vypadat v sociální interakci normálně, ale samostatné funkce schopno nejsou. Objevují se lehké, ale zřejmé poškození při výkonu domácích činností, pacienti opouštějí složitější zájmovou činnost. Pečují o sebe, nicméně péče vyžaduje občasné povzbuzení.

Stupeň 2 - střední demence

Nové informace se zapomínají velmi rychle, pamatují si jen dříve naučené věci. Nemocní jsou dezorientováni v čase, často i v místě. Řešení problémů, včetně sociální činnosti mimo domov. Zachovávají si jen jednoduché, velmi omezené zájmy. Potřebují pomoc s oblékáním a osobní hygienou.

Stupeň 3 - těžká demence

Z paměti zůstává jen fragmenty. Orientováni jsou jen pokud jde o osobu. Nejsou schopni řešit žádné problémy, usuzovat ani vykonávat samostatné činnosti mimo domov. Potřebují pomáhat s oblékáním, kontrolovat osobní hygienu, častá inkontinence.

Příloha č. 8 Hachinskeho skóre

1. náhlý začátek	2
2. Stupňovité zhoršení	1
3. Kolísavý průběh	2
4. Noční zmatenost	1
5. Zachovaná osobnost	1
6. Deprese	1
7. Somatické obtíže	1
8. Emoční inkontinence	1
9. Hypertenze	1
10. Doprovodná artetioskleróza	2
11. Fokální neurologické příznaky subjektivně	1
12. Fokální neurologické příznaky subjektivně	2
13. Fokální neurologické příznaky objektivně	2
Maximální počet bodů	18

V původním Hachinského skóre svědčil počet bodů nad 7 ve prospěch diagnózy multiinfarktové demence, počet bodů pod 4 ve prospěch diagnózy „primární degenerativní demence“. Počet bodů 5, 6 svědčí pro smíšenou formu demence.

Příloha č. 9 Činnosti pro hodnocení schopnosti zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti a odchylný způsob hodnocení těchto úkonů u osob nad 18 let věku

Příloha č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb.

I. Úkony péče o vlastní osobu

a) příprava stravy:

1. rozlišení jednotlivých druhů potravin a nápojů,
2. výběr nápojů,
3. výběr jednoduchých hotových potravin podle potřeby a účelu,
4. vybalení potravin,
5. otevírání nápojů;

u osob do 5 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

b) podávání a porcování stravy:

1. podávání stravy v obvyklém denním režimu,
2. schopnost dát stravu na talíř nebo misku a jejich přenesení,
3. rozdělení stravy na menší kousky za používání alespoň lžice,
4. míchání, lití tekutin,
5. uchopení nádoby s nápojem,
6. spolehlivé a bezpečné přenesení nápoje, lahve, šálku nebo jiné nádoby;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu:

1. přenesení stravy k ústům alespoň lžící,
2. přenesení nápoje k ústům,
3. konzumace stravy a nápojů obvyklým způsobem;

d) mytí těla:

1. umytí rukou, obličeje,
2. utírání se;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

e) koupání nebo sprchování:

1. provedení celkové hygieny, včetně vlasů,
2. péče o pokožku;

u osob do 6 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení:

1. čištění zubů nebo zubní protézy,
2. česání vlasů,
3. čištění nehtů, stříhání nebo opílování nehtů,
4. holení;

- u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;
- u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2 až 4
- u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodě 4;

g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny:

1. regulace vyprazdňování moče a stolice,
2. zaujetí vhodné polohy při výkonu fyziologické potřeby,
3. manipulace s oděvem před a po vyprázdnění,
4. očista po provedení fyziologické potřeby,
5. vyhledání WC;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh:

1. změna polohy těla z polohy v leže do polohy v sedě nebo ve stoji a opačně, popřípadě s přidržováním nebo s oporou,
2. změna polohy ze sedu a do sedu,
3. změna polohy z boku na bok;

i) sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě:

1. schopnost vydržet v poloze v sedě po dobu alespoň 30 minut,
2. udržování polohy těla v požadované poloze při delším sezení;

j) stání, schopnost vydržet stát:

1. stání, popřípadě s přidržováním nebo s oporou o kompenzační pomůcku,
2. setrvání ve stoji, popřípadě s přidržováním nebo s oporou po dobu alespoň po dobu 10 minut;

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnosti uvedené v bodě 2;

k) přemísťování předmětů denní potřeby:

1. vykonávání koordinovaných činností při manipulaci s předměty,
2. rozlišení předmětů,
3. uchopení předmětu rukou nebo oběma rukama,
4. zdvihnutí předmětu ze stolu, ze země,
5. přenášení předmětu z jednoho místa na druhé,
6. vyhledávání a rozeznání předmětů;

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 1, 2 a 4 až 6;

l) chůze po rovině:

1. chůze, popřípadě s použitím kompenzačních pomůcek krok za krokem,
2. chůze v bytě.
3. chůze v bezprostředním okolí bydliště,

4. udržení požadovaného směru chůze,
5. chůze okolo překážek;

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

m) chůze po schodech nahoru a dolů:

chůze po stupních směrem nahoru a dolů, popřípadě s použitím opory o horní končetiny nebo kompenzační pomůcky;

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení:

1. výběr oblečení odpovídajícího situaci, prostředí a klimatickým podmínkám,
2. rozeznání jednotlivých částí oblečení,
3. vrstvení oblečení ve správném pořadí;

u osob do 6 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání:

1. oblékání spodního a vrchního oděvu na různé části těla,
2. obutí vhodné obuvi,
3. svlékání oděvu z horní a dolní části těla,
4. zouvání;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

p) orientace v přirozeném prostředí:

1. orientování se v prostoru bytu, popřípadě i s použitím kompenzační pomůcky,
2. orientování se v okolí domu, školy nebo školského zařízení, popřípadě i s použitím kompenzační pomůcky,
3. poznávání blízkých osob,
4. opuštění bytu nebo zařízení, ve kterém je osoba ubytována,
5. opětovný návrat do bytu nebo do zařízení, ve kterém je osoba ubytována,
6. rozlišování zvuků a jejich směru;

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 1, 2, 4 a 5;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech v bodech 2, 4 a 5;

q) provedení si jednoduchého ošetření:

1. ošetření kůže,

2. výměna jednoduché pomůcky nebo zdravotnického prostředku,
3. přiložení ortézy nebo protézy,
4. dodržování diety,
5. provádění cvičení,
6. měření tělesné teploty,
7. vyhledání nebo přivolání pomoci;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

r) dodržování léčebného režimu:

1. dodržování pokynů ošetřujícího lékaře,
2. příprava léků, rozpoznání správného léku,
3. pravidelné užívání léků,
4. aplikace podkožních injekcí,
5. provádění inhalací, převazů,
6. rehabilitace;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

II. Úkony soběstačnosti

a) komunikace slovní, písemná, neverbální:

1. přijímání a vytváření smysluplných mluvených zpráv a srozumitelné řeči s použitím kompenzačních pomůcek, například naslouchadel,
2. přijímání a vytváření smysluplných písemných zpráv, popřípadě s použitím kompenzační pomůcky, například brýlí,
3. pochopení významu a obsahu přijímaných a sdělovaných zpráv a informací,
4. komunikace prostřednictvím gest a zvuků;

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 1 až 3;

u osob do 8 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodě 2;

b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí:

1. rozlišování známých osob a cizích osob,
2. znalost hodin,
3. rozlišení denní doby,
4. orientování se v místě bydliště, prostředí školy nebo zaměstnání,
5. zvládnutí pouličního provozu,
6. dosažení cíle své cesty,
7. rozlišení zvuků mimo přirozené prostředí;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2 a 4 až 6;

c) nakládání s penězi nebo jinými cennostmi:

1. znalost hodnoty peněz,
2. rozpoznání hodnoty jednotlivých bankovek a mincí,
3. rozlišení hodnoty vědí;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

d) obstarávání osobních záležitostí:

1. styk a jednání se školou, zájmovými organizacemi,
2. jednání se zaměstnavatelem, orgány veřejné moci, zdravotnickými zařízeními, bankou,
3. obstarání si služeb,
4. rozlišení a vyplnění dokumentů a tiskopisů;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodě 2 až 4;

e) uspořádání času, plánování života:

1. dodržování denního a nočního režimu,
2. plánování a uspořádání osobních aktivit během dne a během týdne,
3. rozdělení času na pracovní a domácí aktivity a na volný čas,
4. využití času podle potřeb a zájmů;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2 a 3;

f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku:

1. předškolní vzdělávání a výchova, školní vzdělávání a výchova, získávání nových dovedností,
2. mimopracovní aktivity podle zájmů a místních možností, zejména hry, sport, kultura, rekreace,
3. vstupování do vztahů a udržování vztahů s jinými osobami podle potřeb a zájmů;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

g) obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování):

1. plánování nákupu,
2. vyhledávání příslušného obchodu,
3. výběr zboží,

4. zaplacení nákupu,
5. přinesení běžného nákupu,
6. uložení nákupu;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla:

1. sestava plánu jídla,
2. očištění a nakrájení potřebných surovin,
3. dávkování surovin a přísad,
4. vlastní příprava jednoduchého teplého jídla s malým počtem surovin a přísad, na jehož úpravu jsou potřebné jednoduché postupy za použití spotřebiče;

u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

i) mytí nádobí:

1. umytí a osušení nádobí,
2. uložení použitého nádobí na vyhrazené místo;

u osob do 10 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

j) běžný úklid v domácnosti:

mechanická nebo přístrojová suchá a mokrá očista povrchů, nábytku, podlahy v bytě;

u osob do 12 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

k) péče o prádlo:

1. třídění prádla na čisté a špinavé,
2. skládání prádla,
3. ukládání prádla na vyhrazené místo,
4. drobné opravy prádla, například přišití knoflíku;

u osob do 10 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

l) přepírání drobného prádla:

1. rozlišení jednotlivých druhů prádla,
2. praní drobného prádla v ruce,
3. sušení prádla;

u osob do 10 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

m) péče o lůžko:

1. ustlání, rozestlání lůžka,
2. výměna lůžkovin;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;
u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnosti uvedené v bodě 2;

n) obsluha běžných domácích spotřebičů:

1. zapnutí, vypnutí běžných domácích spotřebičů, například rozhlasu, televize, ledničky, varné konvice, mikrovlnné trouby,
2. telefonování;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

o) manipulace s kohouty a vypínači:

1. ovládání manipulace s kohouty a vypínači,
2. rozlišení kohoutů a vypínačů,
3. ruční ovládání vodovodních kohoutů a elektrických vypínačů;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

p) manipulace se zámkem, otevírání, zavírání oken a dveří:

1. zamykání a odemykání dveří,
2. ovládání klik, otevírání a zavírání mechanismů u oken;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady:

1. udržování vybavení domácnosti v čistotě,
2. třídění odpadů,
3. vynášení odpadů na vyhrazené místo;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti:

1. obsluha topení,
2. praní prádla,
3. žehlení prádla;

u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

Příloha č. 10 - Smlouva o poskytnutí pečovatelské služby

**CENTRUM SOCIÁLNÍ A OŠETŘOVATELSKÉ POMOCI
V PRAZE 10, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE
Sámova 7,101 00 Praha 10**

Smlouva o poskytnutí pečovatelské služby

Pan (paní): nar: RČ:
Bydliště ,**Praha 10**
zastoupený(á):
(dále jen oprávněná osoba)

a

Centrum sociální a ošetřovatelské pomoci v Praze 10, příspěvková organizace
se sídlem: Sámova 7, Praha 10,
IČ: 708 732 41
DIČ: CZ 708 732 41
(dále jen poskytovatel)

uzavírají ve smyslu § 40 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, tuto
smlouvu o poskytnutí pečovatelské služby

(v textu této smlouvy dále jen "Smlouva")

I.

Rozsah poskytování pečovatelské služby

1. Oprávněná osoba touto smlouvou objednává poskytování pečovatelských služeb a poskytovatel se zavazuje zajistit oprávněné osobě jejich poskytování v níže uvedeném rozsahu:

a) Rozsah služeb :

Četnost:

b) Rozsah fakultativní činnosti:

Ve dnech :

n.

Místo a čas poskytování pečovatelské služby

1. Služby sjednané v čl. I. této smlouvy se poskytují na území Prahy 10.
2. Služby sjednané v čl. I. této smlouvy se poskytují ve dnech uvedených v čl. I. v době od 07:00 hodin ráno do 21:00 hodin večer.

in.

Výše úhrady za pečovatelskou službu a způsob jejího placení

Cena za poskytování pečovatelských služeb včetně služeb fakultativních je stanovena v souladu s vyhláškou č.505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Oprávněná osoba je povinna zaplatit Úhradu za poskytované služby takto:

a) služby dle článku 1 písm.a) této smlouvy ve výši :

b) služby dle článku 1 písm.b) této smlouvy ve výši:.....Kč/za úkon

2. Úhradu za poskytované služby platí oprávněná osoba vždy měsíčně a to zpětně, dle skutečně čerpaných služeb.
3. Poskytovatel je povinen předložit oprávněné osobě vyúčtování úhrady skutečně čerpaných služeb vždy zpětně za uplynulý kalendářní měsíc, a to nejpozději do 10. dne měsíce následujícího po poskytnutí služeb.
4. Oprávněná osoba se zavazuje a je povinna zaplatit úhradu v hotovosti nejpozději do 15 dnů po předložení vyúčtování čerpaných služeb.

IV.

Ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociální služby

1. Oprávněná osoba prohlašuje, že byla seznámena s vnitřními pravidly poskytovatele pro poskytování pečovatelské služby a dále prohlašuje, že vnitřní pravidla jí byla předána v písemné podobě, že tato pravidla přečetla a že jim plně porozuměla. Oprávněná osoba se zavazuje a je povinna tato pravidla dodržovat.
2. Oprávněná osoba bere na vědomí, že její osobní údaje jsou poskytovatelem v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v nezbytně nutném rozsahu evidovány a zpracovávány. Podpisem této smlouvy dává oprávněná osoba poskytovateli souhlas s evidencí a zpracováním těchto osobních údajů.

V.

Výpovědní důvody a výpovědní lhůty

1. Oprávněná osoba může smlouvu vypovědět i bez udání důvodu. Výpovědní lhůta pro výpověď danou oprávněnou osobou činí 7 dní a počíná běžet dnem následujícím po dni doručení výpovědi poskytovateli.
2. Poskytovatel může Smlouvu vypovědět pouze z těchto důvodů :
 - a) jestliže oprávněná osoba hrubě porušuje své povinnosti vyplývající z této smlouvy. Za hrubé porušení podmínek stanovených smlouvou se považuje zejména nezaplacení úhrady za poskytnutí pečovatelské služby po dobu delší než 1 měsíc.
 - b) jestliže oprávněná osoba i po opětovném napomenutí hrubě poruší povinnosti vyplývající z vnitřních pravidel poskytovatele pro poskytování pečovatelské služby.
 - c) jestliže se oprávněná osoba chová k pracovníci v přímé obslužné péči způsobem, jehož záměr vede ke snížení důstojnosti fyzické osoby nebo k vytváření nepřátelského, ponižujícího nebo zneklidňujícího prostředí.

3. Výpovědní lhůta pro výpověď danou poskytovatelem z důvodů uvedených v odst. 2 tohoto článku činí 1 měsíc a počíná běžet prvním dnem následujícím po dni doručení výpovědi oprávněné osobě.

VI.

Doba platnosti smlouvy

1. Tato smlouva se uzavírá na dobu neurčitou a nabývá platnosti a účinnosti okamžikem jejího podpisu oběma smluvními stranami.

VII.

Ostatní a závěrečná ustanovení

1. Smlouva je vyhotovena ve dvou exemplářích s platností originálu. Každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
2. Smlouva může být měněna nebo zrušena pouze písemně.
3. Smluvní strany prohlašují, že smlouva vyjadřuje jejich pravou a svobodnou vůli a že smlouvu neuzavřely v tísní a za nápadně nevýhodných podmínek.
4. Smluvní strany prohlašují, že smlouvu přečetly, jejímu obsahu rozumí a s jejím obsahem úplně a bezvýhradně souhlasí, což stvrzují svými vlastnoručními podpisy.

V Praze dne 2. 1. 2007

podpis oprávněné osoby

podpis poskytovatele

Vyřizuje:

Kontroluje:

Příloha č. 11 - Rozhodnutí O poskytování pečovatelské služby

MĚSTSKÁ ČÁST PRAHA 10
ÚŘAD MĚSTSKÉ ČÁSTI PRAHA 10
odbor státní sociální podpory a zřízených organizací
Vršovická 68,101 38 Praha 10, tel.: 267093111

C.j. Peč/.../06/Sob Paní
Rodné číslo
Vyřizuje
Tel./fax
V Praze dne

R O Z H O D N U T Í

Odbor státní sociální podpory a zřízených organizací Úřadu městské části Praha 10 projednal **Vaši žádost** a v souladu s ustanovením zákona ČNR č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů CR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, § 86 odst. 1 a § 88 zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, a § 49 odst. 3 vyhlášky č. 182 /1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů, **rozhodl o poskytování pečovatelské služby v níže uvedeném rozsahu a výši úhrady s účinností ode dne 22.11.2006**

<u>Poskytované úkony</u>	<u>Úhrada za úkon</u>
Nákupy, nutné pochůzky	20 Kč
Práce spojené s udržováním domácnosti	60 Kč

Náklady spojené s poskytováním pečovatelské služby budete hradit měsíčně, dle skutečně poskytnutých úkonů v uplynulém kalendářním měsíci.

Odůvodnění

Pečovatelská služba Vám bude poskytována na návrh Vašeho lékaře a vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu. Výše úhrady za úkony pečovatelské služby je stanovena s přihlédnutím k Vaší celkové sociální situaci.

Poučení

Proti tomuto rozhodnutí lze ve lhůtě 15 dnů ode dne jeho doručení podat odvolání k Magistrátu hl. m. Prahy prostřednictvím orgánu, který toto rozhodnutí vydal.

Jiřina V o n d r á k o v á
vedoucí OSSPO