



Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

**NÁVRH PROJEKTU SLUŽBY ODBORNÉHO
SOCIÁLNÍHO PORADENSTVÍ PRO
NEFORMÁLNÍ PEČUJÍCÍ V REGIONU
UHERSKOBRODSKO**

Bakalářská práce

Studijní program

Sociální práce

Autor: Libuše Mošťková DiS.

Vedoucí práce: Ing. Ester Danihelková

Olomouc 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci 24.04.2024

Libuše Moštková DiS.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce, paní Ing. Ester Danihelkové, za vstřícnost, připomínky a zpětnou vazbu v průběhu vedení práce.

Velmi si vážím i podpory mé rodiny po celou dobu studia.

Obsah

Úvod.....	7
Abstrakt.....	8
Abstract	8
1 Zdravotně sociální péče.....	9
1.1 Problematika zdravotně sociální oblasti	9
1.2 Vymezení pojmů	10
2 Rešerše výzkumů a zdrojů k danému tématu	13
3 Legislativní vymezení	15
3.1 Zákonná vymezení	15
3.2 Strategie, koncepce a metodické dokumenty	16
4 Propojení tématu se sociální politikou	18
4.1 Podpora pečujících na trhu práce	18
4.2 Podpora sociálního zabezpečení pečujících	19
5 Kontinuita s metodami sociální práce	21
5.1 Role systemického přístupu v poradenství.....	21
5.2 Case management	22
5.3 Komunitní plánování.....	23
5.4 Etické aspekty	23
6 Analýza potřebnosti projektu	25
6.1 Popis metod sběru dat	25
6.2 Příčiny problému	29
6.3 Cílová skupina.....	30
6.4 Důsledky problému	30
6.5 Specifikace stakeholderů.....	32
6.6 Příklady řešení dané problematiky v ČR	33
7 Vyhodnocení výchozího stavu v regionu	35
8 Projektová část	37
8.1 Cíl projektu	37
8.2 Poradenské aktivity	39
8.3 Cílová skupina projektu	40
9 Logický rámec projektu	42
10 Klíčové aktivity a indikátory splnění	45
11 Harmonogram – Ganttův diagram	53
12 Management rizik.....	54
13 Rozpočet.....	56
14 Výstupy a přidaná hodnota projektu	59
15 Závěr	61

Bibliografie.....	63
Seznam tabulek	70
Seznam příloh.....	71
Přílohy	72

Úvod

V souvislosti s predikcí demografického vývoje společnosti je nutné soustředit pozornost na poskytování péče o osobou závislou v přirozeném prostředí. Přestože poskytování domácí péče má v naší společnosti dlouhou tradici, tradiční sociální politika se této problematice věnuje pouze okrajově. Neformální péče není dostatečně legislativně vymezena a neformální pečující nejsou definováni cílovou skupinou sociální práce (dále jen „SP“). I když jsou legislativní kroky v kompetenci orgánů na národní úrovni, mnoho lze vykonat i v regionech. Klíčovou roli v tomto kontextu hraje cílená podpora pečujících osob poskytováním odborného zdravotně sociálního poradenství a realizace jejich vzdělávání.

Úvahy o hledání cest řešení problému vedly k napsání absolventské práce: *„Analýza potřebnosti zdravotně sociálního poradenství v regionu Uherskobrodsko“*. Na základě této prokázané potřeby koncipuji svoji bakalářskou práci: *„Návrh projektu služby odborného sociálního poradenství pro neformální pečující v regionu Uherskobrodsko“*.

V úvodu práce je objasněn cíl projektu, analyzovány potřeby neformálních pečujících a popsán výchozí stav. V další části je definován prospěch realizovaného projektu pro neformální pečující i pro příjemce péče. Následné části práce jsou věnovány založení, legislativnímu ukotvení neziskové organizace včetně základních náležitosti – vize, hodnoty a poslání. Navazuje teoretický popis klíčových aktivit návrhu projektu. Obsahem jiných kapitol je finanční a časový plán, analýza rizik i s návrhy opatření k jejich eliminaci. I když některé proměnné nelze relevantně vyhodnotit, úspěšnost projektu bude významně odvislá od zajištění finančních zdrojů na jeho realizaci. S ohledem na studovaný obor je práce zaměřuji na sociální hledisko projektu.

Vzhledem k předložení kvalifikační práci až nyní, bylo nutno v textu specifikovat identifikované změny ke dni 20.4.2024.

Pozitivním přínosem se stalo schválené navýšení Příspěvků na péči pro osoby se sníženou soběstačností od 1.7.2024. Zejména osoby s uznaným IV. stupněm závislosti, o které je pečováno mimo pobytové služby, pocítí nárůst nejvíce. Tato změna představuje důležitý krok správným směrem, který možná poskytovat péči osobám závislým na péči jiné osoby v jejich domácím prostředí na lepší úrovni.

Další významnou zněnu představuje změnový zákon o sociálně zdravotním pomezí, který společně prezentovali ministr práce a sociálních věcí Marian Jurečka a ministr zdravotnictví Vlastimil Válek. Cílem úpravy je eliminovat mezery v zákonných normách a řešit aktuální problémy způsobené oddělenými systémy zdravotní a sociální péče. Změna přinese efektivní propojení zdravotně sociálních služeb a umožní poskytovat komplexní péči občanům České republiky podle jejich individuálních potřeb.

Abstrakt

Cílem bakalářské práce je založení a registrace služby odborného sociálního poradenství pro neformální pečující v regionu Uherskobrodsko. Péče v přirozeném sociálním prostředí osoby nabývá na významu z důvodu predikce nepříznivé demografické situace. V krátkém horizontu bude mít tato forma péče zásadní význam při realizaci podpory o osoby se ztrátou soběstačnosti. První část práce představuje analýzu a nedostatky v zdravotně sociální oblasti v regionu. Specifikuje potřeby pečujících, možnosti jejich podpory a rozpracovává možnosti řešení na regionální úrovni. V navazující části je prezentován návrh projektu služby poskytující komplexní zdravotně sociální poradenství pro neformální pečující se všemi náležitostmi.

Klíčová slova: zdravotně sociální poradenství, neformální péče, rodinní pečující, služba zdravotně sociálního poradenství v regionu Uherskobrodsko.

Abstract

The aim of the bachelor thesis is the establishment and registration of a professional social counseling service for informal caregivers in the Uherskobrod region. Care in a person's natural social environment is gaining importance because of the prediction of an unfavorable demographic situation. In the short term, this form of care will be of fundamental importance in the implementation of support for persons with a loss of self-sufficiency. The first part of the work presents the analysis and shortcomings in the health and social field in the region. It specifies the needs of caregivers, the possibilities of their support and develops solutions at the regional level. In the subsequent part, a project proposal for a service providing comprehensive health and social counseling for informal caregivers with all the necessary details is presented.

Keywords: health and social counseling, informal care, family caregivers, health and social counseling service in the region Uherskobrodsko.

1 Zdravotně sociální péče

Zdravotně sociální péče bývá výstižně označována zdravotně sociální pomezím, tzn. oblastí dlouhodobé péče o klienty s různou mírou závislosti na jiné osobě a současnou potřebou sociální i zdravotní péče. Dnes místo souhry v této oblasti často dochází k neefektivnímu přesouvání klienta z jednoho systému do druhého.

Až současná spolupráce Ministerstva zdravotnictví (dále jen „MZd“) a Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen „MPSV“) umožní začít řešit péči na zdravotně sociálním pomezí adekvátně. Obě ministerstva v dubnu 2024 společně prezentovala nový změnový zákon o sociálně zdravotním pomezí. Legislativní předpis vytvoří podmínky pro efektivnější poskytování zdravotně sociálních služeb i aktualizaci úhradového systému dlouhodobé péče.

1.1 Problematika zdravotně sociální oblasti

Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025 (dále jen „NSRSS“ 2016, s.24) spatřuje úskalí v nepropojenosti sociálního a zdravotního systému. Kalvach (2014, s.21) shledává současný stav příčinou neúčelnosti výdajů, překrývání služeb i kompetenčních sporů mezi jejich poskytovateli. Průša (2019, s.7-9) za problematickou oblast pokládá rozdílné financování sociální a zdravotní péče. Provoz sociálních služeb je financován vícezdrojově, s participací státu, krajů, obcí v samosprávné působnosti a klientů. Zdravotní péče je zásadní měrou financována z veřejného zdravotního pojištění¹ prostřednictvím zdravotních pojišťoven a jen z malé části platbou pacienta a prostřednictvím státního, krajských a obecních rozpočtů. Dále Průša (2019, s.11) připomíná i další specifikum zdravotně sociálních služeb. A to je subjektivita hodnocení pacienta/klienta. V obou resortech totiž nejde jen o pouhé vyčíslení výdajů, výkonnosti, ale svou roli hrají i faktory, které nemají výhradně tržní hodnotu. Efektivním výsledkem zdravotně sociální péče může být zvýšení kvality života klienta nebo zpomalení dalšího nepříznivého vývoje. Horecký (2021, s.7) shrnuje, že snahy o reformu v pojetí dlouhodobé péče se začaly objevovat již od 80. let minulého století, ale přinesly pouze dílčí úspěchy. Pechová a kol. (2019, s.6) na současný stav reaguje návrhem komplexního řešení. Toto bude vyžadovat nejen spolupráci a koordinaci péče mezi institucemi a poskytovateli zdravotně sociálních služeb, ale i změnu v součinnosti příjemce péče, jeho blízkých i celé naší společnosti.

V současnosti úroveň zdravotně sociální péče nekoresponduje s predikcí stárnutí populace, zvyšováním počtu chronicky nemocných a současnými možnostmi zdravotního

¹ veřejné zdravotní pojištění-pojistné je odváděno z hrubé mzdy výdělečně činného občana, za tzv. státní pojištěnce platí pojistné stát

a sociálního systému. Jen velmi pomalu se daří bořit zažitě šablony v poskytování dlouhodobé péče. Je nutno mít na zřeteli, že současně s navýšením koordinace, návaznosti a prostupnosti zdravotně sociálních služeb se bude zvyšovat naléhavost zapojení neformálních pečujících a jejich systematické podpory.

1.2 Vymezení pojmů

V kapitole jsou objasněny často zmiňované pojmy.

Poradenství je vymezeno Zákonem o sociálních službách jako základní a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství je povinnou součástí každé sociální služby a je poskytováno bez ohledu na její zaměření. Odborné sociální poradenství je vymezeno řešením specifických nepříznivých sociální situací tradičních cílových skupin². V jeho rámci je zprostředkován kontakt se společenským prostředím, sociálně terapeutická činnost, pomoc v osobních záležitostech a podpora při uplatňování práv a oprávněných zájmů (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Zdravotně sociální poradenství „... usiluje o propojování sociálně zdravotní péče na regionální úrovni“ (Průša, 2019, s.23). Geissler (2019a, s.52) vymezuje zdravotně sociální poradenství pro pečující jako „zvyšování povědomí pečujících o systému podpory a jeho jednotlivých možnostech“. Jeho poskytování ovlivňuje skutečnost, že pečující nejsou vymezeni cílovou skupinou SP a stávající nabídka pomoci je orientována na péči o osobu závislou, ne přímo na podporu pečující osoby (Geissler, 2019a, s.33).

Zdravotně sociální pracovník je v současném systému zdravotně sociální péče součástí týmu zdravotně-sociálního oddělení či oddělení sociální péče ve zdravotnickém zařízení. Dle platné legislativy³ jeho činnost zahrnuje úkony zdravotní i sociální péče. Na práci kolegů ze zdravotnických zařízení by mohla v rámci zdravotně sociálního poradenství navazovat pozice **poradce pro rodinné pečující**. Toto označení výstižně definuje jeho působení, jako odborníka v sociální oblasti s dobrou orientací v problematice zdravotní. Pechová (2019, s.28) definuje poradce jako koordinátora podpory, hledajícího společně s pečujícími možnosti podpory s cílem vytvořit co nejlepší podmínky pro péči o určitého klienta v konkrétní domácnosti. Procházka (2014, s.10) dále zohledňuje jinou perspektivu. Poradce mapuje okolnosti, jak nejlépe by mohl pečující uplatnit svůj osobní potenciál při poskytování péče a jak se může úspěšně vyrovnat s nově vzniklými problémy.

² Tradiční cílové skupiny: rodiny, senioři, osoby se zdravotním postižením, osoby se závislostmi apod.

³ Vyhláška 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

Klasifikaci péče v přirozeném sociálním prostředí je možno provádět různě. Vzhledem ke kontextu práce je zásadní dlouhodobá, formální, neformální, sdílená péče.

Dlouhodobá péče (long-term care) je pojetí zdravotně sociální pomoci lidem s omezenou soběstačností, zejména osobám pokročilého věku, na jejichž neuspokojivém stavu se kromě multimorbidit⁴ podílí i úroveň tzv. geriatrické křehkosti (frailty)⁵. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky (dále jen „MZČR“) (12/2019, s.118) definuje dlouhodobou péčí snahu o zajištění důstojného života člověku „*jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje.*“ Geissler (2019a, s. 39-40) přibližuje možnosti poskytování institucionální dlouhodobé péče. Její lůžka náleží do systému zdravotnických služeb a jsou hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Nesuplují však domov pro seniory (dále jen „DpS“) a důvodem pro přijetí pacienta nemůže být pouze jeho nepříznivá sociální situace. Další eventualitu představují sociální lůžka ve zdravotnickém zařízení, která poskytují sociální službu pro pacienty, nevyžadující již další pobyt v nemocnici, ale u kterých není dočasně zajištěna podpora po propuštění. Pacient je v tomto případě klientem sociální služby a pobyt si hradí z osobních prostředků a péči z Příspěvku na péči (dále jen „PnP“). Společným jmenovatelem umístění pacienta/klienta na tato lůžka je předpoklad návratu do přirozeného domácího prostředí.

Domácí péče v přirozeném sociálním prostředí klienta je vhodnou alternativou dlouhodobé péče. Koncepce domácí péče (2020, s.41) ji shledávají účinným řešením, napomáhající nejen rychlejšímu uzdravení a zkrácení hospitalizace, ale i efektivnímu využití finančních prostředků. Její úspěšnost je dána propojením a návazností všech dostupných možností. Hubíková (2017, s.9) považuje za určující rys rodinné péče „*její zasazení v předivě složitých rodinných vztahů a závazků*“. Aktiva rodinné péče, příbuzenský či blízký vztah s pečovaným včetně osobní a emoční vazby se mohou však také stát zdroji ohrožení pečujících. Navíc je iluzorní přepokládat zvládnutí náročné péče samotným pečujícím, bez odborné přípravy, vlastními silami a bez jakéhokoliv příspěví. Navíc často nemohou rodinní pečující lehce ukončit ani omezit poskytování péče.

Formální péči je označována placená „*dlouhodobá odborná ošetrovatelská péče poskytovaná ve specializovaných ústavech či přímo domácnostech uživatelů*“ (Wija, 2019, s.8). V České republice (dále jen „ČR“) je tato péče vykonávána na základě smlouvy ve stanoveném rozsahu výkonu i pracovní doby. Z historického hlediska je daleko starší **neformální péče**. Nejčastěji je vykonávána členy rodiny či jinými blízkými lidmi, se kterými má pečovaný i pevné sociální vazby. Jejich podpora zahrnuje také pomoc v domácnosti, doprovod k lékaři, komunikaci s úřady, zdravotně sociálními službami a obsahuje i emocionální oporu. Neformální pečující nejsou profesionály, ale

⁴ Multimobidita – typická pro stáří, souběžná přítomnost více onemocnění u jednoho jedince

⁵ Geriatrická křehkost (frailty)-přibývání závažných obtíží u starého člověka, který nepřiměřeně chátrá

mohou být absolventy vzdělávání v oblasti poskytování péče (Wija, 2019, s.8). zvýšené pozornosti se nyní dostává efektivnímu modelu **sdílené péče**. Holeňová (2019, s.1) spatřuje její význam v rozdělení zátěže související s péčí o klienta. Její možnosti představují kombinace neformální péče rodiny s formální odbornou péčí profesionálů nebo součinnost více členů blízké i širší rodiny, přátel, sousedů či dobrovolníků na péči. V Komunitní plánu rozvoje sociálních služeb na území ORP Uherský Brod na období let 2023-2025 (dále jen „Komunitní plán“) je vymezena jako: *„Spolupráce mezi poskytovateli sociálních služeb, laiky, neformálními pečujícími, poskytovateli zdravotní péče (paliativní péče) a jinými navazujícími odborníky, službami a institucemi“* (Komunitní plán, 2022, s.63).

Cílem využití všech možností je kvalitní saturace potřeb jak příjemce péče, tak i pečujícího. Propojením alternativ dochází k prohloubení spolupráce rodiny, zdravotně sociálních i návazných služeb. Přínos je patrný ve snížení zátěže rodinných pečujících a prodloužení doby setrvání klienta v přirozeném prostředí svého domova.

2 Rešerše výzkumů a zdrojů k danému tématu

Cílem rešerše bylo dohledat relevantní zdroje vztahující se k poskytování zdravotně sociálního poradenství v ČR a v regionu Uherskobrodsko. Vzhledem k nedostatku validních údajů a jejich staršímu datování jsem rozšířila oblast vyhledávání na poskytování neformální péče v domácím prostředí a související témata. K analýze byly využity zákonné předpisy, analytické výzkumné zprávy i strategické koncepční materiály. Zkoumané zdroje pochází z českého i zahraničního prostředí. Při vyhledávání pramenů byly využity tištěné publikace i různé databáze a webové stránky.

Metodika vyhledávání: Vyhledávání relevantních informací k této práci probíhalo formou rešerše literatury k tématu a rešerše výzkumů a dalších zdrojů. Prostřednictvím přehledové studie, byly vyhledány a analyzovány dokumenty na základě kombinace klíčových slov. Výzkumná šetření a zdroje byly nalezeny na databázích Medvik, Google Books, na webových stránkách MPSV ČR, MZ ČR, krajských institucí a v některých publikacích v městské knihovně.

Klíčová slova: zdravotně sociální poradenství, neformální péče, rodinní pečující, služba zdravotně sociálního poradenství v regionu Uherskobrodsko.

Vyřazovací kritéria: Vyřazeny byly zdroje duplicitní, starší roku 2000, nebyly v plnotextu a netýkaly se poskytování podpory rodinných pečujících.

Výsledky: Bylo nalezeno 3507 výsledků v databázi Medvik, 214 záznamů v E-zdrojích Google books a 23 vlastních publikací. Výsledky byly ve většině případů duplicitní, a proto bylo z celkového počtu 3744 zdrojů bylo po vyřazení v kvalifikační práci použito 33 zdrojů.

Závěr: Zásadní význam pro pochopení problematiky neformální péče měla publikace kolektivu autorů v čele s Hanou Geissler z roku 2019a: Jak podporovat pečující na regionální a lokální úrovni? Oporu mě poskytly i další tituly: Geissler (2019b), Holeňová (2019), Horecký (2021), Kurucová (2016), Wija (2019). Analytická data byla zpracována dle výzkumů: Bareš (2018), Komunitní plán rozvoje sociálních služeb na území ORP Uherský Brod (2022), Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji, strategie Zdravotnictví Zlínského kraje 2030 a další. Poznatky z poskytování zdravotně sociálního poradenství v regionu jsem čerpala z publikací: Pechová (2019), Průša (2019), Procházka (2014). Zdrojem pro propojení tématu s teoriemi a metodami SP se staly tituly: Navrátil (2014), Úlehla (2005), se sociální politikou: Průša (2019) a etické aspekty jsem čerpala mimo jiné z publikace Kutnohorské (2011), Kalvach (2014).

Rešeršní výstupy byly nezbytné pro získání vhledu do problematiky a rozvinutí kritického myšlení v tématu. V průběhu psaní druhé části práce se množství adekvátních zdrojů rozšířilo z důvodu návrhu projektu a vzniku služby nabízející odborné sociální poradenství pro neformální pečující.

3 Legislativní vymezení

I když české právní normy vychází z mezinárodních úmluv a evropských právních norem není neformální péče poskytovaná rodinnými příslušníky a jejich profesionální podpora zdravotními či sociálními službami dosud v ČR konkrétně legislativně upravena. Přesto je možno najít souvislosti s tématem v několika právních normách, strategiích a jiných dokumentech.

3.1 Zákonná vymezení

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách nevymezuje pečující osoby cílovou skupinou sociálních služeb. Pouze v § 7 praví, že přiznaný PnP má být využit k zajištění péče osoby, kterou smí poskytovat v potřebném rozsahu osobně i osoba blízká uvedená v žádosti. Nárok na podporu pečujících lze pouze odvodit ze sociální situace neformálního pečujícího, kterou lze nazvat nepříznivou. Podporu pečujícím lze také chápat jako pomoc při začlenění osob a předcházení jejich vyloučení ze společnosti. Dále v § 94 a § 95 jsou vymezeny povinnosti krajů a obcí zajistit dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb na svém území (Zákon č.108/2006 Sb.).

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí ustanovení zákona o sociálních službách, vymezuje v § 3 a § 4 základní a odborné sociální poradenství.

Zákon o krajích č.129/2000 Sb. a zákon o obcích č.128/2000 Sb. v rámci samostatné působnosti, definují povinnost samosprávných celků spravovat záležitosti v zájmu občanů. Obec na svém území usiluje dle § 35 „*o uspokojování potřeby bydlení, ochrany a rozvoje zdraví, potřeby informací, výchovy a vzdělávání*“ (Zákon č.128/2000 Sb.).

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, vymezuje vlastní sociální prostředí pacienta i rozsah poskytované zdravotní péče. Součástí domácí zdravotní péče jsou návštěvní služba, domácí péče, zahrnující ošetrovatelskou, léčebně rehabilitační a paliativní péči, včetně umělé plicní ventilace a dialýzy. V § 36 jsou také definovány podmínky Dříve vysloveného přání (dále jen „DVP“), které může vést k významnému zkvalitnění péče o jedince v závěru života.

Změnový zákon o sociálně zdravotním pomezí společně představili ministr práce a sociálních věcí Marian Jurečka a ministr zdravotnictví Vlastimil Válek v dubnu 2024. Jeho cílem je řešit problémy s oddělenými zdravotními a sociálními systémy péče. V souvislosti s touto změnou se budou některé léčebny a domovy pro seniory transformovat na sociálně zdravotní zařízení, včetně nové registrace a oprávnění k poskytování péče.

Od roku 2027 by si měl v těchto zařízeních klient hradit stravu a ubytování, stejně jak se aktuálně děje v sociálních pobytových zařízeních. Maximální výši úhrady stanovuje MPSV a letos činí 560 korun denně. Po zaplacení těchto výdajů však musí klientovi zůstat alespoň 15 % příjmu pro osobní spotřebu. Stravu a ubytování si budou hradit klienti, pokud budou v zařízení z jiných než zdravotních důvodů. Pokud revizní lékař zdravotní pojišťovny rozhodne o trvání zdravotních důvodů hospitalizace bude péče hrazena beze změny pojišťovnou.

Ministr práce a sociálních věcí Marian Jurečka vyjádřil mimo jiné i maximální podporu investic do rozvoje infrastruktury sociálních služeb pro prevenci a poradenství.

3.2 Strategie, koncepce a metodické dokumenty

Strategické dokumenty obecně podporují kontinuitu i plánování systémové politiky na delší časová období. Problematice zdravotně sociální oblasti a poskytování neformální péče se komplexně nevěnuje žádný strategický materiál, vždy pouze okrajově.

Na mezinárodní úrovni se problematikou zabývají i orgány Evropské unie. Výstižně podporu pečujícím shrnuje strategie EU: „COFACE Families Europe,“ konstatováním, že bude nutno *„uznat hodnotu neformální práce, kterou vykonávají rodiny a rodinní pečovatelé“* a poskytnout jim *„služby a příležitost mít dobrou rovnováhu mezi pracovním a soukromým životem a vhodné zdroje po celý život.“* Dále COFACE⁶ obhájuje tezi *„vícegeneračního přístupu a přístupu založeného na životním cyklu“* se záměrem zajistit individualizovanou ucelenou péči. *„Je třeba vyvinout úsilí k zajištění kontinuity mezi profesionální a rodinnou péčí“.*

V ČR je nejzásadnějším počinem přetransformovat převládající nastavení ústavní zdravotně sociální péče směrem k péči v domácím prostředí. Ve stávajícím systému služeb však komplexní celodenní péči v domácím prostředí nezajistí žádná terénní služba. Jedinou reálnou možností představuje sdílení péče tzn. propojení péče blízkých se širokým spektrem pomáhajících organizací. Tradičně poskytované služby už také nevyhovují potřebám současné společnosti. Nejsou dostatečně flexibilní, postrádají kontinuitu. Rostou i nároky pečujících na formu a rozsah poskytovaných zdravotně sociálních služeb. V budoucnu bude nutné zdravotně sociální služby nastavit tak, aby vyhověly potřebám každého konkrétního uživatele a podmínkám kterékoliv domácnosti.

Na národní úrovni byly v posledních letech schváleny dva zásadní dokumenty. Jedním z dílčích cílů Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 MZ ČR (dále jen „Zdraví 2030“) jsou *„Programy posilující roli rodinných příslušníků a*

⁶ COFACE-sít podporující blaho, zdraví a bezpečí a rodin a jejich členů v měnící se společnosti, EU organizace.

jiných laických pečovateli v dlouhodobé péči“ (Zdraví 2030, 2020, s.66). NSRSS 2016-2025 MPSV ČR (2016, s.60) pokládá za zásadní hledání inovací, nových forem podpory pečujících, zlepšení jejich informovanosti a vzdělávání pečujících, příjemců péče i veřejnosti.

V krajských dokumentech je řešení zdravotně sociální oblasti a podpory neformální péče rozpracováno často. Kompetentní orgány tak dávají veřejně najevo, že problematiku považují za důležitou a budou se jí dále koncepčně zabývat. „Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro období 2023-2025“ (dále jen „Střednědobý plán Zlín“) hodlá „vytvořit nástroje k řešení akutní krize osob při náhlém zhoršení zdravotního stavu a zvýšení závislosti na péči jiné osoby, a to na přechodnou dobu dle ust. § 52 Sociální lůžka“ (2022, s.93) Strategie Zlínského kraje „Zdravotnictví 2030“ (2022, s.69) doplňuje potřebu řešit „prostupnost kapacit zdravotnictví a sociálních služeb u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů, dostupnost odlehčovacích služeb“.

Na lokální úrovni Komunitní plán Uherský Brod (2022, s.54) se vnímá změnu přístupu k neformálním pečujícím ve zlepšení vzájemné mezioborové spolupráce a flexibility podpory. Plán počítá s navýšením kapacity pobytové odlehčovací služby ze 3 na 5 lůžek i rozšířením terénních sociálních služeb.

Ve stávajících dokumentech na národní úrovni není však zakotvena dostatečná podpora pečujících. Kompetentní orgány v regionech se však problematikou intenzivně zabývají. Příkladem dobré praxe, zasluhující si pozornost je například „Plán rozvoje rodinné politiky v Kolíně,“ který zahrnuje kroky podpory pečujícím prostřednictvím činností SP na obecním úřadě. Jde o zvyšování informovanosti občanů o institutech, předcházející omezení svéprávnosti, o výkonu opatrovnictví rodinnými příslušníky. Zásadní význam má i vytvoření manuálu s postupem, jak vyřešit krizovou situaci přerušeni či ukončení péče⁷. „Plán zdraví města Brna“ pojímá problematiku pečujících komplexně. Přináší osvětovou kampaň k oslovení široké laické veřejnosti i soubor přednášek o doprovázení nemocných v závěru života.⁸

⁷ KOLÍN, 2018. Základní zhodnocení plánu rozvoje rodinné politiky na období 2015–2018 a stanovení plánu na období 2018–2020. Dostupné z: http://www.mukolin.cz/prilohy/Texty/4521/12zhodnoceni_planu_rozvoje_rodinne_politiky_na_obdobi_2015_2018_a_plan_na_obdobi_2018_2020.pdf

⁸ PROCES – CENTRUM PRO ROZVOJ OBCÍ A REGIONŮ, s.r.o., 2018. Plán zdraví města Brna 2018–2030. Ostrava: Proces. Dostupné z: https://www.brno.cz/fileadmin/user_upload/sprava_mesta/magistrat_mesta_brna/OZ/dokumenty/Plan_zdrav_i_mesta_Brna_verze_final.pdf

4 Propojení tématu se sociální politikou

Pro pečující osoby je v současnosti limitující jejich nedostatečné sociální zabezpečení. Opatření sociální politiky by v této oblasti měla směřovat k eliminaci ztrát sociálních jistot v souvislosti s péčí o člena rodiny. Na významu tak nabývají opatření v podpoře pečujících na trhu práce, jejich finančního zabezpečení a zajištění bydlení odpovídajícího potřebám.

4.1 Podpora pečujících na trhu práce

Minimální podpora na trhu práce přináší rodinným pečujícím v ČR nejisté postavení. Při zvýšení potřeby péče je nyní patrná neochota zaměstnavatelů umožnit volno na poskytování péče, zkrácení pracovní doby či její flexibilní rozložení. I bývalí pečující po skončení péče se potýkají s problémy při návratu na trh práce.

Tématu se podrobně věnuje Průša (2019, s.15). Rodinný pečující má nyní v ČR v rámci nemocenského pojištění možnost využít k poskytování péče ošetřovné v délce 9 dnů (osaměle žijící zaměstnanec 16 dní) nebo dlouhodobé ošetřovné 90 kalendářních dnů. Podmínkou jeho přiznání je 4denní hospitalizace nemocného ve zdravotnickém zařízení z důvodu zhoršení zdravotního stavu. Hospitalizace není vyžadována pouze u nemocného s život limitující nemocí. Příjemce péče uděluje písemný souhlas s poskytováním péče, pečující nemohou vykonávat žádnou výdělečnou činnost a pobírají 60 % redukovaného denního vyměřovacího základu. Po celou dobu trvání se mohou opakovaně po celých dnech střídat. Další nárok vzniká po uplynutí 12 měsíců od dne ukončení předchozího dlouhodobého ošetřovného. I když na dlouhodobé ošetřovné není právní nárok, zaměstnavatel musí v odmítnutí žádosti písemně uvést závažné provozní důvody. Zákoník práce nabízí právo také na neplacené volno po dobu trvání péče o osobu závislou (Zákon o nemocenském pojištění).

Geissler (2019a, s.27) prezentuje některá možná opatření k podpoře ekonomické aktivity pečujících, jako je motivace zaměstnavatelů k vytváření vhodných pracovních podmínek pro pečující, sdílení příkladů dobré praxe, osvěta. NSRSS (2015, s.184) spatřuje podporu pečujících na trhu práce vytvořením motivace pro zaměstnavatele neformálních pečujících, uplatněním práva pečujících na zkrácení úvazku při péči o osobu blízkou a navýšením jejich podpory při zprostředkování zaměstnání po skončení péče. Průša (2019, s.19-20) představuje zase rakouský model podpory pečujících na trhu práce, umožňující propojení péče o blízké se zaměstnáním. Jedná se o tři opatření: pečovatelskou dovolenou, kratší pracovní dobu na péči a volno na rodinnou hospicovou péči. Záměrem poskytnutí pečovatelské dovolené nebo kratší pracovní doby na péči (1-3 měsíce) je umožnit zaměstnancům zorganizovat péči o svého blízkého s přiznaným 3.

stupněm PnP. Nárok sice vzniká zaměstnanci pouze jednou, ale u stejné osoby o něj může požádat více členů rodiny a pokud dojde k navýšení PnP je možno nárok opětovně uplatnit. Příspěvek na pečovatelskou dovolenou na jednu závislou osobu má maximální délku 12 měsíců. V rámci volna na rodinnou hospicovou péči k doprovázení umírajících členů rodiny, mohou zaměstnanci volit mezi zkrácením, změnou rozložení stávající pracovní doby nebo uvolněním z práce se ztrátou výdělku. Výše náhrady ušlého zisku činí 55 % předchozího příjmu. Na hospicovou péči je právní nárok a maximální délka při doprovázení dospělého může být (po prodloužení) 6 měsíců a u dítěte až 9 měsíců.

Příkladem jiné zahraniční iniciativy propojující pečující se zaměstnavateli, by se mohla stát platforma z Velké Británie. Ta zaměstnavatelům poskytuje informace o neformální péči i jak pečujícím pomoci udržet zaměstnání⁹. Ve Skotsku byla vládou založena iniciativa oceňující zaměstnavatele vstřícné k poskytování péče zaměstnanci¹⁰.

4.2 Podpora sociálního zabezpečení pečujících

Klíčovými oblastmi udržitelnosti systému dlouhodobé péče je finanční zabezpečení pečujících a obydlí odpovídající jejich potřebám. Stávající podpora je v současnosti naprosto nedostatečná. Z důvodu nedostatku finančních prostředků si pečující nemohou dovolit opustit svoje zaměstnání, a tak čelí značnému vyčerpání. I v systému bytové politiky často poskytování péče limitují vážné nedostatky.

Zákon č. 108/2006 Sb. stanoví kompenzaci příjmu pečujícímu pouze formou přiznání PnP, jehož výše závisí na potřebě péče o závislou osobu. PnP je poskytován osobám starším 1 roku z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a závislosti na pomoci jiné osoby. Jeho výši vymezuje posouzení zvládnutí základních životních potřeb osoby při sociálním šetření. Jak uvádí Průša (2019, s.16) není však u většiny příjemců PnP využíván k úhradě péče, ale na pokrytí doplatků na léky, nákladů na dopravu, k úhradě běžných výdajů domácnosti a nákladů spojených s bydlením. Řada pečujících a jejich rodin čelí zvýšenému riziku chudoby a sociálního vyloučení. Geissler (2019a, s.27) poukazuje na to, jak malá pozornost je věnována skupině bývalých pečujících, kteří se bezprostředně po ukončení péče ocitají bez prostředků. Autorka doporučuje řešení prostřednictvím delší podpůrné doby v nezaměstnanosti či jejím vyšším výpočtem. Průša (2019, s.21) zase považuje za potřebné koncipovat podporu, směřující k legislativnímu ukotvení postavení pečující osoby. NSRSS (2015, s.27-29) spatřuje problém nejistého postavení pečujících osob a jejich zhoršené sociálně-ekonomické situace v nedostatečné náhradě příjmu z placeného zaměstnání formou PnP. Ke skutečné

⁹ CARERS UK, 2013. Employers for Carers. Dostupné také z: <https://www.employersforcarers.org/>

¹⁰ CARERS UK, 2019. Carer Positive Employer in Scotland. Dostupné také z: <http://www.carerpositive.org/>

změně mohou vést legislativní změny parametrů sociálního zabezpečení a pracovního práva. Ve strategii jsou rozpracovány ve specifickém cíli D1: Zvýšit sociálně-finanční zabezpečení pečujících osob. Opatření na zlepšení funkce PnP přináší jednak návrh rozlišení podle počtu hodin skutečně realizované péče a úpravu posuzovacích kritérií PnP včetně kompetencí aktérů při jeho přiznávání. Navrhuje zavedení nového příspěvku pro pečující osoby, změnu ve výpočtu starobního důchodu při dlouhodobé péči nad 15 let a uzákonění nové dávky mimořádné okamžité pomoci při vzniku potřeby péče. Přináší návrh na úpravu příspěvku na mobilitu, podporuje vznik „volna na péči“. NSRSS (2015, s.181-184).

Kalvach (2014, s.42-43) uvádí, že u lidí s omezenou soběstačností má bydlení významný podíl na zachování jejich soběstačnosti a zajištění bezpečnosti. Pokud stávající byt nespĺňuje tyto požadavky lze na úpravu bydlení využít Státní příspěvek na bezbariérovou úpravu bytu. Další možností představuje chráněné bydlení, dlouhodobá pobytová sociální služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením, především duševním. Nástrojem podpory ze strany obcí jsou byty zvláštního určení, které jsou ve vlastnictví obce a s žadatelem je uzavřena běžná nájemní smlouva. Byty jsou určeny lidem, kteří nepotřebují komplexní ústavní péči a ve vhodných podmínkách jsou schopni vést v podstatě nezávislý život. Další alternativou jsou bezbariérové byty v běžné zástavbě, zajišťující klientovi podporu bez narušení autonomie a sociální inkluze. V domech s pečovatelskou službou se u klientů předpokládá poskytování pečovatelské služby dle § 40 Zákona o sociálních službách.¹¹ Horecký (2021, s.33-34) považuje za nedostatek současný vysoký převis poptávky po malometrážních bytech s využitím pečovatelské služby nad nabídkou. Autor dále uvádí absenci modelu mezigeneračního soužití, sdílené výpomoci či komplexů bydlení pro seniory. Jedinec zde nejprve žije v samostatném bytě a teprve při nárustu potřeby péče se přestěhuje jen v rámci komplexu. Kalvach (2014, s.44) nabízí řešení využitím vyspělých informačních a komunikačních technologií včetně telekomunikace a dálkového monitorování. I když zároveň upozorňuje, že „*musí jít o vyváženou kombinaci vyspělé techniky s lidským kontaktem, se vstřícnou lidskou komunikací!*“ (Kalvach, 2014, s.44).

Klíčovým okamžikem v neformální péči je rozhodnutí jedince přijmout pečovatelský závazek. Podmínky pro poskytování péče významnou měrou ovlivňuje stát. Kromě podpory vzdělávání ke snížení pečovatelské zátěže by pečujícím zkvalitnila život odměna za trvalou péči, garance návratu k poslednímu zaměstnavateli po určitou dobu či rozšíření zaměstnaneckých benefitů o možnost nákupu sociálních služeb.

¹¹ V ČR je přes 36 tisíc bytů s pečovatelskou službou. Skutečná potřeba je však vyšší (Horecký, 2021, s. 33).

5 Kontinuita s metodami sociální práce

Sociální práce disponuje širokým záběrem a směřuje k posílení či obnovení sociálního fungování klienta/rodiny. Představuje komplexní, celostní přístup, zohledňující biologické, sociální, psychologické i spirituální aspekty životní situace klienta. Zdravotně sociální oblast předpokládá multidisciplinární součinnost a výměnu informací mezi profesionály. Účinná mezioborová spolupráce u podporuje celkové fungování klienta a výrazně zvyšuje účinnost jednotlivých intervencí.

Podpora neformálních pečujících vychází z cílů SP. Sociální pracovník často pro klienta představuje klíčovou osobu. Nejenže klienta doprovází a přispívá k překonávání překážek, ale zároveň se stává i manažerem péče. Jeho primární role spočívá v komplexním psychosociálním posouzení a sestavení intervenčního plánu. Specifikem je fakt, že se často potýká s rozporuplnými potřebami pečujícího a pečovaného.

SP využívá několik vlastních a celou řadu sdílených teorií s ostatními obory. Navrátil (2014, s.14) upozorňuje na nebezpečí fixace SP na jeden teoretický model, metodický postup, který přináší riziko poškození zájmů klienta. V kvalifikační práci vycházím z uplatnění systemického přístupu, využití komunitního plánování a case managementu na rozvoji zdravotně sociálního poradenství v regionu.

5.1 Role systemického přístupu v poradenství

Systemický přístup představuje jednu z efektivních alternativ v poradenské praxi. Přístup nejenže odpovídá různorodosti lidského života, ale také podporuje osobní zodpovědnost každého jedince za jeho podobu. Termín se začal používat v 70. letech 20. století pro označení rodinné terapie a jedním z jeho čelných představitelů je Kurt Ludewig. Do praxe české SP jej aplikoval Ivan Úlehla.

Úlehla (2007, s.32) spatřuje význam přístupu v posuzování alternativ, možností výběru a nezávislých rozhodnutí klienta o prospěšnosti vybrané volby. Rozdíly v participaci klienta na spolurozhodování spočívají ve zprostředkování pomoci či kontroly profesionálem. Autor (2007, s. 33) mezi profesionální způsoby kontroly řadí: opatrování, dozor, přesvědčování, vyjasňování a za formy pomoci označuje doprovázení, vzdělávání, poradenství a terapii. Úlehla (2007, s. 36-37) také specifikuje odlišnosti spolupráce mezi klientem a profesionálem v oblasti vzdělávání a poradenství. V rámci vzdělávání klient přichází za pracovníkem s požadavkem získat informace k rozšíření svého potenciálu a pracovník mu po ověření jeho potřeby pomáhá svými znalostmi, vědomostmi a zkušenostmi. Vzdělávání není vymezeno pro konkrétního klienta a situaci. Poradenství vede k dalšímu rozvoji klientova současného potenciálu. Spolupracující poradce a klient, hledají optimální řešení určité specifické situace. Poradce předkládá rady, nápady na

základě svých zkušeností a jejich užitečnost posuzuje pouze klient. Geissler (2019a, s.48) zase upozorňuje na odlišnosti poradenství a jeho kolísající potřebu v průběhu péče. Jako příklad dobré praxe uvádí práci neziskové organizace Klára pomáhá. Organizace disponující odbornými konzultanty v několika krajích ČR a nabízí po poradenství v průběhu celé péče včetně poradenství pozůstalým. Podpora se odehrává dle potřeby telefonicky či emailem, v domácím prostředí klienta i neutrálním prostředí poradny¹².

Pozitivum využití systemického přístupu v poradenské praxi spatřuji v možnosti měnit strategii poradce a balancovat mezi měnící se potřebou pomoci a kontroly. Navíc nabízí specifické využití i při vzdělávání pečujících. Nesporný je význam poskytnutých informací při rozhodování o podobě péče. Proto je na počátku péče zásadní pomoc s organizací péče, vymezením součinnosti dalších pečujících a vzdělávání v pečovatelských úkonech. V průběhu péče postupně stoupá význam doprovázení při progresi stavu pečovaného a potřeba psychohygieny pečujících. Pozornost si zasluhují i bývalí pečující po ukončení péče v podpoře návratu do běžného života a na trh práce.

5.2 Case management

Sociální pracovník na základě zmapování přání, potřeb i hodnot klienta rozvíjí plán podpory a ve spolupráci s dalšími odborníky se podílí na vytvoření sítě podpůrných služeb. Intervence průběžně vyhodnocuje a spolupráci ukončí až v okamžiku dostatečné orientace klienta v systému pomoci. Tato specifika definují case management relevantní metodou SP při práci s pečujícími. Case manager vytváří spojení mezi poskytovateli zdravotně sociální péče, klienty a zajišťuje koordinaci a návaznost zdrojů pomoci.

Pro klienta je dle Miley (2016, s.339-340) využití case managementu přínosné na *mikro-, mezo-a makro* úrovni. Mikro úroveň představuje úkony zaměřené na klienta. Zahrnuje přístup ke službám, vyhodnocení jejich účinnosti a podpory pečujících. Mezzo oblast je spojena s koordinací služeb a vytvářením partnerství mezi nimi. Spočívá v identifikaci a analýze nedostatků zajištění kontinuity péče a zajištění její kvality. Na makro úrovni probíhají změny sociální politiky, legislativy a účast na komunitním plánování.

Geissler (2019a, s.28) uvádí příklad dobrého uplatnění case managementu v dlouhodobé péči projekt s názvem „Informační platforma pro case management v sociálně-zdravotní oblasti na Praze 7“. Jeho cílem se stala komplexnější integraci péče prostřednictvím vytvoření informačního nástroje, umožňujícího plánování péče, sdílení

¹² KLÁRA POMÁHÁ, z. s., 2019. Klára pomáhá – pomoc pečujícím, pomoc pozůstalým. Dostupné z: <https://www.klarapomaha.cz/>

informací mezi službami.¹³ Na dalších stranách (2019, s.75) představuje case management jako první úroveň koordinace podpory neformální péče, která je spojována s činnostmi sociálních pracovníků obcí a s pozicí koordinátora podpory.

Význam case managementu spočívá v předložení potřebných informací pro zorientování se pečujícího v procesu péče i v podpoře životní změny.

5.3 Komunitní plánování

Komunitního plánování se v poslední době stává progresivní metodou SP podporující i neformální pečující. Její zásadní význam spočívá ve vytváření pozitivní změny v komunitě s důrazem na participaci jejích členů. K rozvoji potenciálu komunity přispívá pozice **komunitního pracovníka**, působícího jako facilitátor, průvodce aktivizace občanů.

Komunitní práce reprezentuje různé možnosti. Geissler (2019a, s.10) spatřuje její význam v nastavení funkční sítě zdravotně sociálních služeb a v zapojení neformálních pečujících. Jen tito mají specifické znalosti o svých potřebách v souvislosti s poskytováním péče, ale i o potřebách pečovaného. Jejich zapojení by mohlo být efektivní v pracovní skupině seniorů, osob se zdravotním postižením či osob ohrožených sociálním vyloučením. Příkladem zapojení pečujících do plánování na krajské úrovni se stal Zlínský kraj. Ve Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb pro období 2020–2022 byli pečující, prostřednictvím poskytovatelů sociálních služeb, zapojeni do pracovní skupiny „Příprava na stárnutí v regionu“ a „Proces transformace“. Možnost zapojení veřejnosti trvá i nyní prostřednictvím speciálně vytvořené e-mailové adresy či formou osobního kontaktu oddělení Krajského úřadu Zlínského kraje¹⁴. Důkazem dobré praxe se stal i Komunitní plán Uherský Brod 2022, který vznikl mimo jiné i na základě zapojení uživatelů sociálních služeb a veřejnosti regionu.

5.4 Etické aspekty

Etickou reflexi poradenství je možno vnímat v zachování důstojnosti obou aktérů péče, pečujícího i jeho blízkého. Poradce by si měl být vědom nejen jejich rozdílných potřeb, postojů, životních rolí, ale současně si uvědomovat i své osobní nastavení. V současné demografické situaci se neformální péče často stává podporou stárnoucího jedince o

¹³ SMART PRAGUE, 2019. Informační platforma pro case management v sociálně-zdravotní oblasti na Praze 7. Dostupné z: <https://smartprague.eu/projekty/integracni-platforma-pro-case-management-v-socialnezdravotni-oblasti/>

¹⁴ ZLÍNSKÝ KRAJ, 2019. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve zlínském kraji pro období 2020–2022. Dostupné z: <https://www.kr-zlinsky.cz/strednedoby-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-ve-zlinskem-kraji-cl3629.html>

člověka ještě o generaci staršího. Rodinní pečující vynakládají značné úsilí prospět svému blízkému i když jsou jejich kapacity téměř vyčerpány. V průběhu péče se vyrovnávají s pocity viny, bezmoci i frustrace. Není pro ně snadné upozadit zodpovědnost za svůj život, neuzavírat se nabízeným možností a přijmout podporu od druhých.

Úlehla (2007, s.114) přibližuje obtížnost poradenského vztahu s klientem, který je ovlivněn okolnostmi péče a dodržet požadavek zachování jeho autonomie, důstojnosti a respektu ke klientovi. Čevela (2014, s.123) doporučuje nacházet odpovědi i v hledání „*vlastních morálních zásad a životních hodnot*“, ve smyslu a hodnotě lidského života. Kalvach (2014, s.206) spatřuje zase podstatnou dovednost poradce překlenout své postavení průvodce pečujícího do roviny doprovázení. Kutnohorská (2011, s.105) upozorňuje, že zdravotně sociální péče může pozitivně ovlivnit mezigenerační spravedlnost, respekt a úctu společnosti ke stáří. Kalvach (2014, s.206) anticipuje skutečnost, že stáří přestalo být přirozenou, důstojnou etapou života, přinášejí mimo omezení i nové příležitosti.

Problematickou etickou oblast v poradenské praxi představuje sdílení informací. Sociální pracovník, dle zákona o sociálních službách, musí při výkonu profese dodržovat mlčenlivost a postupovat dle sjednaných podmínek s klientem. Je nutností s klientem v předstihu domluvit rozsah informací, které je ochoten s ostatními profesionály zapojenými do péče sdílet a provést o tom písemný zápis.

6 Analýza potřebnosti projektu

Pro účely navazujícího návrhu projektu vzniku služby odborného sociálního poradenství pro neformální pečující v rámci bakalářské práce byla vypracována analýza potřebnosti. Tato reprezentuje potřebné kroky k převedení získaných teoretických poznatků do praxe.

Poskytování péče blízkému člověku v naší společnosti není nijak výjimečnou záležitostí. Dříve nebo později se v nějaké podobě dotkne každého z nás. Teprve pak pečující pochopí, že na poskytování péče není připraven a začne hledat potřebné informace. Průša (2018, s.19) uvádí, že prakticky to znamená, že osoba závislá na péči není příjemcem PnP a v rodině nemají zkušenost se spoluprací se žádnou sociální či zdravotní službou. Geissler (2019a, s.51) konstatuje, že pečující v této fázi péče nemá informace o možnostech finanční, zákonné či jiné podpory a často ani neví, na jaký úřad, instituci se obrátit,

Podpora klientů poradenskou službou by spočívala v navýšení jejich kompetencí poskytnutím komplexních informací, rad, ukázek pečovatelských úkonů. K podpoře psychické a emocionální rovnováhy pečujícího by služba přispěla organizací podpůrné či svépomocné skupiny. Významná by mohla být i mediační činnost v konfliktních situacích, souvisejících s organizací péče. Potíže ve vztazích přinášejí nenaplněné představy pečujícího, rozdílné názory na péči mezi pečovaným a pečujícím, neochota blízkých sdílet péči, ale také problémy při využívání sociální služby.

Jednu z možných cest na regionální úrovni představilo Centrum pro rodinné pečující v Uherském Brodě. Bohužel jeho působení bylo ohraničeno dobou trvání projektu a poté byla jeho činnost ukončena. Pozitivem se stalo pouze udržení částečného úvazku poradce pro rodinné pečující na odboru sociálních věcí.

6.1 Popis metod sběru dat

Metodologické pojetí analýzy potřebnosti zdravotně sociálního poradenství v regionu Uherskobrodsko zahrnuje heterogenní výzkumný design. Pro zpracování analýzy potřebnosti projektu byla aplikována rešeršní strategie popsaná v 2. kapitole včetně využitých zdrojů, výběru použitých publikací, zvolených klíčových slov.

Pro nedostatek zdrojů zabývajících se přímo zdravotně sociálním kontextem péče či poradenstvím byla využita díla pojednávající o aktuální problematice neformální péče. I tak tématu přímé podpory neformálních pečujících zdroje věnují pozornost pouze okrajově. Význam role rodiny v péči se do popředí dostává teprve v posledních letech. Neformální sektor začíná být vnímán jako zásadní součást dlouhodobé péče a problematika se dostává do centra zájmu zdravotníků, sociálních pracovníků i společenských institucí.

Janečková (2017, s.45) upozorňuje, že služby sociální péče jsou určené k saturaci potřeb lidí odkázaných na pomoc jiných lidí. Nejsou, ale koncipovány pro pečující rodiny jako celek. Rodina není vnímána jako ekvivalent modelu sdílené péče. Rodinný pečující se teprve začíná stávat rovnocenným partnerem profesionálních pečujících zdravotně sociálních služeb.

Podkladem práce se staly i výstupy dotazníkového šetření z roku 2021, uveřejněné v Komunitním plánu Uherského Brodu. Výsledky demonstrovaly největší potřebu navýšení kapacity pobytových sociálních zařízení DpS (30 %) a odlehčovacích služeb (23 %). 36 % respondentů vnímalo nedostatek míst v DpS, 34 % v DZR a 30 % v odlehčovacích službách. Nejčastějším důvodem, proč nemohli dotazovaní využít sociální službu byly naplněné kapacity (Komunitní plán, 2022, s.50-51).

Další relevantní údaje o nezbytnosti poradenství v regionu poskytlo detailní výzkumné šetření, které proběhlo v rámci přípravy projektu „Systém sociálně-zdravotní péče o osoby 50+ s využitím inovativního komunitního modelu“ v roce 2018. Pilotními ORP projektu se stal Uherský Brod a Havířov, kde byl také ověřován provoz Centra pro rodinné pečující (dále jen „CpRP“) (Bareš, 2018, s.2). Respondenti výzkumu nejvíce postrádali poradenské služby (9 %). Nedostávalo se jim odlehčovacích služeb, podpory pro pečující osoby a možnosti jejich zastoupení při péči (Bareš, 2018, s. 90). S žádostí o informace se dotazovaní nejčastěji obraceli na profesionální pečovatele (30 %), na členy rodiny či blízké (28 %). Až 17 % dotazovaných nevědělo moc přesně kam/na koho se obrátit a dokonce 6 % respondentů vůbec nevědělo, kdo by jim mohl pomoci (Bareš, 2018, s.92).

Dotazovaní se nejčastěji pro informace obraceli na ambulantní zdravotnická zařízení (73 %), na Úřad práce (52 %), na terénní sociální služby (42 %) a jen necelá třetina (29 %) na obecní úřad. Pečující kontaktovali i pobytová zdravotnická zařízení (24 %), terénní zdravotnické služby (11 %) a pobytové sociální služby (5 %). (Bareš, 2018, s. 99). Nezbytné informace získalo jen 24 % dotázaných na jednom pracovišti, 38 % respondentů se obrátilo na dvě pracoviště, 23 % na tři, 9 % na 4 pracoviště a 5 a více pracovišť oslovilo 6 % (Bareš, 2018, s.98).

Při hodnocení zkušeností se zjišťováním informací týkajících se péče 79 % respondentů uvedlo, že bylo velmi obtížné získat, byť jen základní informace. 77 % účastníků vyhodnotilo získané informace jako moc obecné, 68 % je považovalo za neaktuální, roztržité, vzájemně nekorespondující nebo dokonce si i navzájem odporující. Pro 78 % účastníků spočíval problém v absenci úplného přehledu informací a možnosti získat je na jednom místě. Na místech, kde respondenti předpokládali získání komplexních informací (specializované instituce, organizace, státní správa i samospráva), získali jen minimum údajů (74 %). Dalším podstatným deficitem účastníci uvedli (71 %) nesdílení informací mezi organizacemi a institucemi (Bareš, 2018, s.95).

Pechová (2019, s.27) na základě výsledků vyslovila předpoklad, že pečující nejsou schopni sami propojovat informace získané z několika zdrojů a vytvořit si náhled na řešení své situace. Připouští také možnost, že z důvodu nedostatku informací není pečující rodina schopna zajistit péči doma a zvolí nejjednodušší řešení. Umístění blízkého do pobytového zařízení.

Pečující se ve stávajícím modelu zdravotně sociálních služeb jen obtížně orientují. Získávají pouze část informací nebo naopak velké kvantum různých, často i odporujících si dat. I když se údaje z výzkumu v roce 2018 mohou zdát zastaralá, korespondují se situací na počátku roku 2023. V rámci přípravy kvalifikační práce jsem provedla vlastní primární kvalitativní průzkum, zaměřený na limity v poskytování dlouhodobé péče. Aplikovanou metodou byl polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami, které ponechávali dotazovaným dostatek volnosti v šíři odpovědi (Hendl, 2005, s. 168).

Výzkumné šetření probíhalo v měsících leden a únor 2023. Dotazovaní z řad pečujících měli odlišný sociální status i profesi, jediným spojujícím prvkem byl trvalý pobyt na území ORP Uherský Brod. S prosbou o spolupráci respondenty, mým jménem, oslovili pracovníci odlehčovací služby, kteří s nimi již déle spolupracují. Profesionály jsem oslovila osobně. Osloveno bylo celkem 15 osob, z toho jeden příjemce péče, 9 pečujících s různou délkou a intenzitou poskytované péče a 4 profesionálové. Respondenty se stali 2 pracovníci odlehčovací služby, 1 praktický lékař, 1 všeobecná sestra pracující u praktického lékaře a jeden pracovník na pozici manažera. Rozhovor s příjemcem péče byl vyřazen z důvodu obtížného prokazování adekvátnosti jeho odpovědí, někteří pečující odmítli pokračovat v rozhovoru z blíže nespecifikovaných důvodů. Do kvalifikační práce je zahrnuta reflexe fragmentů 10 rozhovorů. Obsáhlejší přepis je uveden v příloze 3.

Tabulka č.1: Respondenti kvalitativního šetření – profesionální pracovníci

Respondent	Pohlaví	Pracovní zařazení	Délka praxe
Lékař	muž	Praktický lékař pro dospělé	30 let
Sestra	žena	Všeobecná sestra u praktického lékaře	20 let
Pečovatelka 1	žena	Terénní odlehčovací služba	10 let
Pečovatelka 2	žena	Terénní odlehčovací služba	30 let
Manažer	žena	Manažerská pozice v instituci	5 let

Zdroj: vlastní zpracování

Profesionálové shodně konstatovali nezbytnost podpory pečujících. Praktický lékař s dlouholetou praxí upozornil, že lidé nemají dostatek informací o možnostech péče o své blízké. Poukázal na stále častěji se opakující dotazy na provoz DpS, odlehčovací služby či vyřízení PnP. Všeobecná sestra u praktika upozornila na deficity v péči o klienta bezprostředně po propuštění ze zdravotnického zařízení domů. Příbuzní nemají ponětí,

jak se na péči připravit, jak ji zorganizovat. Pečovatelky v přímé péči terénní odlehčovací služby popsaly nejpalčivější problémy regionu. Jsou svědky, jak pečujícím bez podpory postupně ubývají síly. V péči se nezřídka podporují pouze manželé nebo vlastní děti suplují sousedi. Trápí je také umírání jejich klientů v nemocnici. Často rodina, i přes dlouholeté zkušenosti s péčí, nezvládne starostlivost o blízkého v závěru života. Manažerka, s osobní zkušeností péče v přirozeném prostředí, sdělila, že poradenská služba by mohla přinést změnu k lepšímu.

Tabulka č.2: Respondenti kvalitativního šetření – neformální pečující

Respondent	Pohlaví	Charakteristika péče	Věk	Bydliště
Pečující 1	Žena	Celodenní péče o dementní tchýni 85 let, společná domácnost, délka 2 roky Deficity: zhoršení rodinných vztahů	62 let	<3000
Pečující 2	Žena	Celodenní péče o mentálně postiženého syna 27 let, společná domácnost Deficity: obavy z budoucnosti	48 let	<2000
Pečující 3	Žena	Počátek péče, dlouhodobé ošetrovné, náhlá ztráta soběstačnosti matky, 80 let, 2 měsíce Deficity: souběh zaměstnání a péče, chybí kompetence	60 let	<20000
Pečující 4	Žena	Celodenní dopomoc manželovi 75 let, snížená soběstačnost, společná domácnost, délka 2 roky Deficity: obavy z budoucnosti, rozhodnutí o žádosti DpS	70 let	<1000-samota
Pečující 5	Žena	Celodenní péči o otce v závěru života, 80 let, ve společné domácnost poskytuje matka, patrná únava, délka 1 rok Deficity: nedostatek informací, psychická, mediační péče	58 let	<5000

Zdroj: vlastní zpracování

Pečující se nebyly schopni konkretizovat co postrádají nejvíce, ale o potřebě poradenství vypovídali obdobně. Byla patrná jejich roztrpčenost, že situace nikoho nezajímá. Pečující by uvítali pomoc z různých oblastí života koncentrovanou na jednom místě. Některým by pomohlo sdílení postřehů z péče, právní rady, mediace. Jiná pečující uváděla roztříštěnost podaných informací při zajištění nenadále vzniklé potřeby péče. Další z pečujících uvedla špatné zkušenosti s reakcí veřejnosti a v budoucnu pocívala obavy ze souběhu péče o postiženého syna a rodiče. Další pečující upozornila na situaci opakující se v našem regionu často. Vzdálené vesnice se vyliďňují, děti odešly za prací do měst a rodiče zůstali žít osamoceni na samotách a jediné možné východisko spatřují v podání žádosti do DpS. Pomáhající sousedé již zestárlí, zemřeli a sociální služby mají problémy s dostupností, zejména v zimních měsících. Jiné pečující se potýkaly s nedostatkem informací a podpory při péči v závěru života. Problémy pečujícím přináší i obdobná pracovní doba zdravotně sociálních služeb. Pečující se z důvodu nasmlouvání péče musí uvolňovat ze zaměstnání. Výsledky šetření z roku 2023 potvrdily výstupy předchozích výzkumů, uvedených v jiných oddílech práce.

Analytická data prokázala nedostatečné znalosti veřejnosti o organizaci zdravotně sociálních služeb a koordinaci dlouhodobé péče. Klientům i laickým pečujícím chybí včas poskytnuté kvalitní informace o individuálních možnostech podpory. Ve většině případů pečující neví, na koho se při vzniku potřeby péče obrátit. Informace o možnostech zdravotně sociální podpory se pečující dozívají postupně, z různých zdrojů. Navíc nemají představu, co mohou od vybrané služby očekávat, ani jaké výkony poskytuje.

6.2 Příčiny problému

Komplexní zdravotně sociální péče je v současnosti na potřebné úrovni dostupná pouze pacientům zdravotnických zařízení. Přesah intervencí zdravotně sociálních pracovníků mimo brány zařízení je obtížný z důvodů nedořešených kompetencí, nedostatečných kapacit i finančního zajištění.

Kalvach (2014, s.12) spatřuje příčinu problému v nárustu počtu jedinců závislých na péči druhé osoby z důvodu stárnutí populace. Holeňová (2019, s.1) vznik potíží spatřuje ve změně podpory tradiční rodiny, v oslabování rodinných vztahů a zániku konvenčního rodinného soužití. Tuto myšlenku doplňuje Kalvach (2014, s.15) skutečností, že značné vzdálenosti mezi členy rodiny ztěžují přímou podporu blízkých. Mění se podoba péče a rodina přestává zaujímat výhradní postavení v péči o své členy. NSRSS (2016, s.25) dále upřesňuje, že situaci dále komplikuje nejednoznačná definice role rodiny a neformální péče.

Holeňová (2019, s.1) se domnívá, že předpokladem domácí dlouhodobé péče je sdílení povinností mezi rodinou a profesionály zdravotně sociálních služeb. Horecký (2021, s.24) spatřuje problém v absenci uceleného metodického řízení dlouhodobé péče a insuficientní vzdělávání pracovníků zdravotně sociálních služeb. Nedostatečné je rovněž „sdílení informací, návaznosti a vzájemné použitelnosti dokumentace“ mezi službami. Pechová dále (2019, s.27) původ problému spatřuje v úzkém zaměření zdravotních a sociálních služeb pouze na svůj obor a v orientaci na úkon/výkon, protože úkon nad vymezený rámec služby zůstává neproplacen.

Geissler (2019a, s.45-46) považuje za problematické současné financování poradenské praxe. Postrádá koncepčnost a systematickou podporu státem. Finanční udržitelnost je časově ohraničena dotacemi krajů, obcí a programů Evropského sociálního fondu. Autoři Komunitního plánu (2022, s.69) považují za problém absenci podpůrných služeb pro neformální pečující.

Je zřejmé, že inovace komplexní služby zdravotně sociálního poradenství by mohla přinést značné benefity do poskytování domácí péče. Nicméně bude třeba překonat bariéry jak na straně laické veřejnosti, tak i v uvažování profesionálů zdravotně sociální oblasti.

6.3 Cílová skupina

I když péče o blízkého člověka provází rodinné soužití od nepaměti, legislativa ji nevěnuje dostatečnou pozornost a neformální péče není zařazena mezi sociální události. Přestože předchozí období přineslo snahy o zlepšení situace osob vyžadující podporu, ale jejich pečujícím byla dostatečná pozornost upřena. Přitom je bez pochybností úroveň jejich péče rozhodujícím faktorem kvality života pečovaných.

Pečující se při poskytování péče dostávají do sociální situace, kterou nejsou schopni sami bez podpory vládnout. Situace neformálních pečujících splňuje měřítko „*nepříznivé sociální události a kvalifikuje pečující osoby jako skupinu ohroženou sociálním vyloučením a potřebnou veřejné podpory*“ (Geissler, 2019a, s.7). Přesto pečující osoby nejsou vymezenou cílovou skupinou sociálních služeb (Geissler, 2019a, s.45). Geissler (2019b, s.11) specifikuje blíže skupinu pečujících osob s tím, že převahu mají ženy (62 %) a častěji jsou zapojeny osoby vyššího věku (průměrný věk činí 52 let).

Současné zdravotně sociální služby nabízí podporu pečujícím zprostředkovaně, výkonem přímé péče o osobu závislou. Nejsou zaměřeny na konkrétní potřeby pečujících, jejich vzdělávání a podporu. Hubíková (2017, s.7) na základě tohoto faktu otevírá diskusi o vymezení rodinných pečujících specifickou cílovou skupinou z hlediska výkonu SP. Zvažuje, zda je dostačující podporovat rodinné pečující pouze zprostředkovaně, prostřednictvím cílové skupiny příjemce péče (senioři, osoby se zdravotním postižením) nebo je institucionalizovat jako svébytnou cílovou skupinu SP. Přiklání se ve prospěch druhé varianty. V odůvodnění se opírá o praxi SP v ČR, spočívající právě v práci s vymezenými cílovými skupinami. Jako další argumenty uvádí specifickosti životní situace rodinných pečovatelů a důsledky nerozpoznání jejich potřeb.

Pečující osoby jsou oproti tradičním cílovým skupinám SP opomíjeni a není jim poskytována systematická podpora. Což negativně ovlivňuje kvalitu života pečujících.

6.4 Důsledky problému

Neformální pečující jsou garanty kvality poskytované domácí péče. Jejich profesionální podpora by napomohla ke snížení zátěže, které jsou vystaveni.

Dopady na pečujícího se při dlouhodobé péči o osobu blízkou promítají přímo na pečujícího v rovině tělesné, psychické, emocionální, ekonomické i sociální. Současné však ovlivňují i jeho nejbližší sociální okolí, vztahy v rodině.

Záškodná (2021, s.331) shrnuje, že rodinná péče přináší mnoho složitých situací a pečující ji vnímají jako zátěž. Až 42,9 % respondentů výzkumu popisuje zatížení jako značné nebo enormně vysoké. 78 % dotazovaných uvedlo jako fyzické symptomy celkovou únavu, bolesti různých částí těla, zažívací potíže, poruchy spánku. Psychické

potíže, pocity úzkosti, smutku, frustrace, bezvýchodnosti, marnosti, sebelítosti či podrážděnosti, popsalo téměř 78 % účastněných. 67,7 % respondentů v sociální oblasti uvedlo snížení společenských aktivit i zájmu o sociální kontakty. Rovněž uváděli pokles empatie, vyhledávání konfliktů a pocity nepřátelství vůči lidem. Respondenti vykazují propojování či souběh potíží. Geissler (2019b, s.27-30) objasňuje, že ke zhoršení zdravotního stavu a psychické pohody pečovatele vede potlačení vlastních potřeb na úkor pečované osoby. Přitom dobrý zdravotní stav pečujícího je základním pilířem pro poskytování péče. Posílit fyzické zdraví pečujících lze podporou jejich zdravého životního stylu, preventivním využitím rehabilitačních a lázeňských služeb. Stejná autorka (2019a, s.70) dále vyjadřuje obavu, že sociální izolace pečujících vedoucí k vyčlenění jedince a zpřetrháním jeho sociálních vazeb, komplikuje jeho opětovné zapojení na pracovním trhu po ukončení péče. Geissler (2019b, s.27-30) uvádí, že pečovatelský závazek přináší i snížení ekonomické aktivity pečujících. Náročnost péče, nedostupnost různých forem odlehčovacích služeb, částečných pracovních úvazků i flexibilních forem práce je častým důvodem úplného odchodu ze zaměstnání. V těchto případech dochází nejen ke zhoršení momentální finanční situace pečujícího, ale v delším horizontu i ke snížení výpočtu podpory v nezaměstnanosti a starobního důchodu. Průša (2019, s.16) fakt zhoršení materiální situace rodiny popisuje výstižně. Dochází k současnému snížení příjmů z výdělečné činnosti a zvýšení nákladů domácnosti z důvodu poskytované péče. Průša (2019, s.17) vnímá i další hledisko. Péči o blízké poskytují převážně laici. Nikdo je na tuto situaci nepřipravoval, a tak nezdědka poskytují péči až na hranici svých fyzických i psychických sil. Pechová (2019, s.26) rozšiřuje dopady na pečující osoby o stres, pocit zodpovědnosti a strach ze selhání, přinášející riziko vzniku syndromu vyhoření.

Záškodná (2021, s.333) poukazuje na potřebnost péče pro samotné pečující formou cíleného poradenství ke zvýšení informovanosti a svépomocné skupiny k emocionální podpoře pečujících. Geissler (2019a, s.51) shrnuje fakta s tím, že vliv všech těchto faktorů se odráží na úrovni kvality života závislých osob.

Dopady na příjemce péče jsou dány promítáním nedostatku informací a nedostatečné podpory pečujícího do kvality poskytované péče. Zprostředkovaně nedostatky v kvalitě péče negativně ovlivňují život závislé osoby (Geissler, 2019a, s. 27). Pechová (2019, s.69) usuzuje, že aktivně nabídnutá podpora by mohla pomoci detekovat první příznaky vyčerpání pečujícího na základě nedostatku odpočinku, spánku a adekvátně stav vyřešit již v zárodku krize.

Dopad v celospolečenské rovině je dán přesahem neformální péče jako předpokladu dlouhodobé udržitelnosti zdravotně sociálních systémů (Geissler, 2019a, s.15).

Společenský přínos však nespočívá pouze v ekonomických ukazatelích, ale má i hlubší dosah. Podporuje soudržnost rodin, mezigenerační i společenskou solidaritu,

ustupující v dnešní době do pozadí. Profitem pro příjemce péče je nejen setrvání v domácím prostředí, ale i citová a emocionální podpora. V dlouhodobém horizontu lze předpokládat navýšení počtu osob participujících na sdílené péči. Konečným společenským dopadem by mohla být efektivní součinnost sociálních služeb, zdravotní péče a relevantních úřadů.

6.5 Specifikace stakeholderů

Na makroúrovni podmínky poskytování neformální péče významně ovlivňuje stát, v rámci zákonodárných kompetencí Parlament ČR, Senát ČR, vláda ČR i příslušná ministerstva (zejména MPSV ČR a MZ ČR). V současné době se sice pečujícím osobám nedostává systematické podpory, ale letos byl již učiněn první krok k propojení zdravotně sociální oblasti na legislativní úrovni.

Kalvach (2014, s.56) uvádí, že na politické úrovni je zjevná nekoncepčnost v systémových opatřeních. Schází pojetí dlouhodobé péče, akční plán rozvoje zdravotně sociálních služeb na národní úrovni. Chybí legislativní opatření na podporu péče v přirozeném prostředí. K vyřešení nedostatků bude nezbytná užší spolupráce MPSV ČR a MZ ČR se zdravotními pojišťovkami i poskytovateli služeb.

Patrnou změnu v postojích kompetentních orgánů potvrzuje také tisková zpráva MPSV ze dne 24. 8. 2022, která uvádí, že *„až 90 % veškeré sociální a zdravotní dlouhodobé péče je poskytováno rodinnými příslušníky nebo někým blízkým. Počet neformálních pečovateli v České republice se odhaduje na 250 až 300 tisíc osob“*.

Na mezoúrovni jsou obce, jako legislativně vymezené základní samosprávné celky, povinny zajišťovat základní síť sociálních služeb v dostatečném rozsahu. Klíčovou roli v domácí péči hrají obce s rozšířenou působností. Zajišťují sociální služby v případě potřeby (krizová situace výpadku neformálního pečujícího), kdy by jejich neposkytnutí ohrožovalo zdraví či život osoby s omezenou soběstačností. Pobočky Úřadu práce ČR (dále jen „ÚP“) rozhodují o přiznání PnP, příspěvku na mobilitu, pořízení zvláštních pomůcek a automobilu, úpravu bytu apod. Významnou roli na setrvání osob v domácí péči mají poskytovatelé a pracovníci zdravotně sociálních služeb. Zejména co se týče kvality odvedené péče.

Svůj podíl v podpoře a pomoci pečujícím hrají občanské subjekty, spolky, církevní společenství i dobrovolníci. Jejich podpora může mít různou podobu. Od flexibilní pomoci při nenadálých situacích, až po zprostředkování kontaktu se společenským prostředím osobě závislé. Spolupráce s místními firmami a podnikateli by mohla na lokální úrovni přispět k setrvání pečujících na trhu práce. Význam sousedství spočívá i ve včasném podchycení osob s poklesem soběstačností (Kalvach, 2014, s.27).

Na mikroúrovni by měl být prvním aktivním subjektem sám příjemce péče, aby se nestal pouhým objektem péče bez možnosti výběru. Na druhé straně by měla být respektována jeho vůle, autonomie i důstojnost. Pečující rodina by měla být podpůrcem a obhájcem jeho přání, a ne zcela rozhodovat o realizaci péče. Pro příjemce péče není vždy snadné si přiznat své deficitní v soběstačnosti a přijmout nabízenou pomoc bez pocitu ponížení. Tenkou hranici by mohlo překlenout skutečné plánování péče s klientem, které by vycházelo z individuální situace, priorit a přání konkrétního člověka. Bez dostatku komplexních informací je však rozhodování zúčastněných obtížné (Kalvach, 2014, s.26).

6.6 Příklady řešení dané problematiky v ČR

V situaci současné absence národní strategie v zdravotně sociální oblasti vznikají nové inovativní projekty zejména na regionální úrovni. Uvádím několik postřehů z různých oblastí podpory

Informační platforma pro case management v sociálně-zdravotní oblasti na Praze 7.¹⁵ Projekt umožnil vývoj informačního prostředku pro realizaci efektivního case managementu. Usnadňuje plánování péče, podporu, sběr, uchování a sdílení a vyhodnocování relevantních informací o klientech napříč systémem péče. Přispívá k lepší integraci péče mezi úřady a poskytovateli sociálně zdravotních služeb a v neposlední řadě i neformálním pečujícím. Souhrnně poskytuje komplexnější a cílenější podporu.

Nezisková organizace Klára pomáhá se snažila upozornit na problematiku péče a situaci pečujících v ČR i osvětovou kampaní „**Fandíme pečujícím**“. V jejím rámci byl Českou televizí vysílán i televizní spot¹⁶.

Organizace Byznys se zabývá sladěním pečovatelských a pracovních rolí pečujících osob. V rámci projektu funguje mobilní poradna k řešení konkrétních problémů. Zapojeni jsou odborníci na sociální i zdravotní služby, psychologii, finance i právo. Cílem projekt je snížit rizika odchodu pečujícího ze zaměstnání prostřednictvím dialogu mezi pečujícím a zaměstnavatelem¹⁷.

¹⁵ SMART PRAGUE, 2019. Informační platforma pro case management v sociálně-zdravotní oblasti na Praze 7. Dostupné z: <https://smartprague.eu/projekty/integracni-platforma-pro-case-management-v-socialnezdravotni-oblasti/>

¹⁶ KLÁRA POMÁHÁ, z. s., 2018. Fandíme pečujícím: Kampaně na podporu osob pečujících o své blízké. Dostupné z: <http://fandimepecujicim.cz/>

¹⁷ BYZNYS PRO SPOLEČNOST, 2018. Podpora pečujících osob na trhu práce. Dostupné z: <https://byznysprospolecnost.cz/podpora-pecujicich-osob-na-trhu-prace/#popis>

Centrum pečovatelské služby Frýdek-Místek má k dispozici edukační zázemí k získání praktických informací, návodů, jak pečovat v domácnosti o blízkou osobu. Služba je propojena s půjčovnou kompenzačních pomůcek¹⁸.

„Ocenění pečujících osob Zlínského kraje“ je anketa vyhlašovaná Odbor sociálních věcí Krajského úřadu Zlínského kraje. Nominaci včetně životního příběhu pečující osoby podává s jejím souhlasem veřejnost. Při vyhodnocení je brán v potaz motivace k poskytování péče, schopnost využívat cizí, laickou i profesionální pomoc jako prevenci syndromu vyhoření. Symbolická a finanční odměna je udělena třem uchazečům¹⁹.

¹⁸ CENTRUM PEČOVATELSKÉ SLUŽBY FRÝDEK MÍSTEK. Potřebujete zajistit péči o blízkého člověka v domácím prostředí? Dostupné z: http://www.psfm.cz/files/edukacni_zazemi.pdf

¹⁹ ZLÍNSKÝ KRAJ, 2018. Kraj ocenil občany, kteří pečují o své blízké. Dostupné z: <https://www.kr-zlinsky.cz/krajocenil-obcany-kteri-pecuji-o-sve-blizke-aktuality-15294.html>

7 Vyhodnocení výchozího stavu v regionu

Pojem „Uherskobrodsko“ označuje Správní obvod obce s rozšířenou působností (dále jen „ORP“) Uherský Brod. Správní celek je součástí Zlínského kraje a do jeho správy spadá 28 obcí a města Uherský Brod a Bojkovice.

Na území ORP je dle podkladů Komunitního plánu (2022, s.20) v příštích desetiletích předpokládán nárůst počtu obyvatel ve věku 65 let a více i zvyšování hodnoty indexu závislosti. Tyto skutečnosti poukazují na predikci navýšení poptávky po sociálních i zdravotních službách.

V ORP Uherský Brod je, podle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, registrováno celkem 64 sociálních služeb. Podporou seniorů, osob závislých na péči, se zabývají terénní, ambulantní i pobytové služby. Ambulantní odlehčovací služby nabízí denní stacionář s celkovou kapacitou 22 klientů/den a pečovatelská služba 3 klienty. Terénní služby formou osobní asistence zajistí péči 10 klientům/den a pečovatelská služba 36 klientům. Sociálně aktivizační služba nabízí ambulantní službu pro 1 klienta a pro skupinu 10 klientů. Souhrnně mají odlehčovací služby v regionu okamžitou kapacitu 5 klientů v terénu, ambulantně 2 osoby, skupinově 10 klientů a s celodenním pobytem 3 lůžka. Pobytové sociální služby mají k dispozici 159 lůžek v DpS, 34 lůžek v domově pro osoby se zdravotním postižením a 27 lůžek v domově se zvláštním režimem 60+ (dále jen „DZR“). Sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče mají kapacitu pouze 3 lůžka (Komunitní plán, 2022, s.34-40).

Zdravotní potřeby obyvatel regionu jsou dostatečně pokryty sítí ambulancí praktických lékařů i specialistů. Zdravotní péči dále zajišťuje nemocnice s poliklinikou v Uherském Brodě, jejíž součástí je i oddělení následné péče, které má k dispozici 3 samostatná oddělení s celkovou kapacitou 90 lůžek.

Z hlediska poskytování zdravotně sociální péče je v regionu dostačující síť terénních, ambulantních zdravotně sociálních služeb. Problémy působí zejména jejich časová nedostupnost v odpoledních, večerních hodinách a o víkendech. Místní nedostupnost je částečně dána členitostí regionu a snahou o finanční rentabilitu. Omezené pokrytí terénními službami je zejména v okrajových a podhorských částech regionu.

Z důvodu úbytku počtu pracovně aktivních obyvatel v regionu je nejvíce patrný nedostatek kapacity pobytových sociálních služeb, především DZR. Také počet 3 odlehčovací lůžek ve zdravotnickém zařízení v rámci ORP nezajistí dostatečné odlehčení neformálním pečujícím. Nesnáze přináší nedostatek finančních prostředků klientů na úhradu odlehčovacích služeb a malá dostupnost poradenství pro rodinné pečující.

V rámci projektu „Systém sociálně-zdravotní péče o osoby 50+ s využitím inovativního komunitního modelu“ byl 2018-2019 ověřován provoz Centra pro rodinné pečující v Uh. Brodě. Úkolem nového typu služby bylo prověřit, zda by komplexní

podpora pečujícím, pomohla usnadnit zvládnání zátěže dlouhodobé péče. Součástí projektu bylo vytvoření pracovní pozice poradce pro rodinné pečující. Dvouletý projekt byl sice již ukončen, ale v rámci Odboru sociálních věcí Městského úřadu Uherský Brod se podařilo udržet pozici poradce pro pečující osoby (Komunitní plán, 2022, s.69). Projekt nabídl poradenské, vzdělávací i podpůrné aktivity pro pečující. Pechová (2019, s.56) vyhodnotila pozitivně propojení rodinných pečujících s poskytovateli zdravotně sociálních služeb. Jako specifikum regionu označila obavy pečujících ze vstupu poradce do domácího prostředí a neochotu sdílet informace o průběhu péče. V rámci přípravy kvalifikační práce jsem získala postřehy pracovnice CpRP, která sdílela podobná fakta. *„Menší zájem osob o novou službu pramenil z neznalosti nabídky podpory CpRP. Spolupráce s klienty převážně proběhla formou jednorázové návštěvy pečujícího s žádostí o radu, zájem o další spolupráci neměl. Některé rodiny zásahy poradce vnímaly jako osobní selhání nebo si chtěly péči zajistit samy.“*

V průběhu roku 2023 v regionu opět začala fungovat Poradna pro neformální pečující v rámci organizace Charita Uherský Brod. Reprezentuje nyní jedinou poradenskou aktivitu pro neformální pečující v regionu. Zdravotní a sociální poradenství jsou opět poskytovány odděleně, dvěma pracovníky poradny. Pozitivem projektu je lepší místní dostupnost z důvodu umístění poradny na dvou místech, v Uherském Brodě a Uherském Hradišti. Fungování poradenství je opět časově omezeno financováním po dobu trvání dotačního projektu. Tato praxe nevzbuzuje důvěru klientů ani veřejnosti. Poradna může představovat omezení konkurenceschopnosti pro jiné organizace z důvodu jednostrannosti nabídky poradce, zaměstnance Charity Uherský Brod. V regionu nabízí odlehčovací služby osobám s omezenou soběstačností více organizací, které zde mají nasmlouváno působení (Agentura domácí péče Integrita, s.r.o., PAHOP, Zdravotní ústav paliativní a hospicové péče, z.ú.). Takto realizované poradenství neumožňuje dostatečně připravit rodinu na poskytování péče po ukončení hospitalizace blízkého a ani jeho běžná provozní doba nenaplnuje požadavky veřejnosti.

Nastavení zdravotně sociální podpory pečujícím v regionu by mělo přitom reflektovat poznatky z výzkumných šetření z minulých let. Respondenti prioritně uváděli potřebu naplnit svá očekávání v rámci jedné návštěvy, při spolupráci s jedním odborníkem. Poradenské pojetí by mělo pečujícím přinést nejen časovou úsporu a dostatek soukromí při sdělování osobních informací. Mělo by přispět k navýšení důvěry klienta a po profesní linii snížit rizika zkreslení při předávání informací mezi spolupracovníky.

V rámci výzkumů byla pečujícími diskutována také pracovní doba poradny. Pouze obvyklá ranní směna se ukázala nedostatečná. Úprava pracovní doby poradny by přinesla odstranění obtíží klientů s uvolňováním ze zaměstnání či hledáním zástupu pro péči. Pohotovost na telefonu by napomohla zase k řešení nenadálých krizových situací. Takto koncipované poradenství by poskytlo podmínky k úspěšné realizaci domácí péče.

8 Projektová část

Projektová část práce navazuje na předchozí kapitoly a rozšiřuje jejich teoretický základ do praktického využití. I když jsou kapitoly vypracovány dostatečně komplexně a s ohledem na studovaný obor, návrh projektu není vytvořen pro konkrétní organizaci.

Svozilová (2006, s.342) popisuje projekt jako prozatímní podnikatelské uskupení, vymezené cílem, dobou trvání, organizační strukturou, finančními limity i stávajícím vnějším prostředím. Na jiném místě popisuje jednotlivé fáze projektových prací. Iniciací Svozilová (2006, s.73) vymezuje určení globálního cíle a vymezení podmínek jeho naplnění, včetně sestavení projektového týmu. Budoucí produkt, v tomto konkrétním projektu označuje cílenou podporu neformálních pečujících službou odborného sociálního poradenství. Plánováním projektu Svozilová (2006, s.109-111) popisuje analýzu projektového záměru z hlediska požadavků na lidské, materiální zdroje i časovou náročnost. Koordinace projektu podle Svozilové (2006, s.174-179) představuje delegování úkolů i odpovědnosti členů týmu, zajištění návaznosti činností i jejich případné korekce. Fáze monitorování a kontroly projektu směřuje k zabezpečení jeho efektivity. Je porovnáván skutečný postup projektu vůči plánu, dodržování harmonogramu, kvality i rozpočtu a nežádoucí odchylky jsou korigovány nápravnými opatřeními (Svozilová, 2006, s.217-221). Poslední fázi projektové činnosti Svozilová (2006, s.243-250) nazývá uzavřením projektu, které zahrnuje ukončení činnosti projektového týmu, čerpání zdrojů, zpracování hodnotících dokumentů včetně archivace.

V následujících kapitolách práce je vymezen cíl projektu, definovaný SMART kritérii i obecným přínosem. Dále jsou popsány očekávané výstupy projektu a klíčové aktivity se stanovenými indikátory ověření. Následně jsou objasněna možná rizika včetně způsobu jejich eliminace, harmonogram a rozpočet projektu. Návrh projektu uzavírá přehled dosažených změn s popisem přidané hodnoty projektu. Základní charakteristiky a návaznosti projektu jsou zpracovány v logickém rámci.

8.1 Cíl projektu

Cíl návrhu projektu spočívá v založení nové registrované služby odborného sociálního poradenství pro pečující o osoby závislé na péči jiné osoby v domácím prostředí do konce roku 2025. Služba souběžným poskytováním zdravotně sociálního poradenství umožní pečujícím rozvinout jejich pečovatelské dovednosti a získat větší sebejistotu při realizace péče. Nabízená podpora peer konzultantem by mohla přispět ke snížení psychosociální pečovatelské zátěže.

Šedivý (2009, s.45) doporučuje využít k vyhodnocení stanovených cílů metodu SMART. Vytýčené cíle musí být:

Specifické – konkrétní, jasné, dostatečně podrobně zadané,
 Měřitelné – způsob, kritéria, jak zjistíme naplnění cíle,
 Akceptovatelné – cíl musí být přijatelný, pracovník je ochoten jej vykonat,
 Reálné – dosažitelné v daném čase a možnostech lidí,
 Termínované – je znám koncový termín.

Tabulka č.3: Analýza stanovených cílů poradenské služby technikou SMART.

S	Specific Specifický	Návrh projektu služby odborného sociálního poradenství pro pečující o osoby závislé na péči jiné osoby v jejich domácím prostředí
M	Measurable Měřitelný	Zahájení provozu služby odborného sociálního poradenství pečujícím o osoby závislé na péči jiné osoby
A	Assignable Dosažitelný	Poradenství poskytované pečujícím o osoby závislé na péči jiné osoby
R	Realistic Realistický	Naplnit do 6 měsíců od zahájení provozu kapacitu služby na 50 %
T	Time-bound Ohraničený časem	Ukončení projektu 31.12.2025

Zdroj: vlastní zpracování dle Svozilová (2006, s.79).

Jak je uvedeno v předchozích oddílech práce podpora neformálních pečujících v regionu vykazuje nedostatky. Komplexnost situace pečujících vyžaduje neomezit se na pouhé předání informací o službách, dávkách či navýšení dovedností pečujícího. Ke snížení pečovatelské zátěže přispěje nejen přímá podpora, ale i zpřístupnění informací o dalších formách pomoci. Prostřednictvím práce s klientem nebo zprostředkovaně distribucí informačních materiálů lze účinně saturovat potřeby pečujících v jejich konkrétní problémové oblasti a v různých fázích péče. Poradenská činnost bude zaměřena již na klienty ve fázi rozhodování, zda pečovatelský závazek akceptovat, tedy ještě před zahájením poskytování péče. Dále také začínajícím pečujícím, rodinám při realizaci péče, zejména v krizových situacích, ale i v závěru péče či bývalým pečujícím po jejím ukončení.

Z tohoto hlediska představuje ideální formu podpory pečujících její soustředění na jedno místo. Při dobré dostupnosti se poradenské centrum stane i kontaktním informačním bodem pro skupinu seniorů, rodin a zdravotně postižených.

8.2 Poradenské aktivity

Podpora neformálních pečujících bude probíhat v několika vzájemně korespondujících oblastech.

Odborná rada, pomoc

Popis: jednorázová odborná rada nebo cílená dlouhodobá podpora kompetencí a organizace péče.

Forma: individuální práce s klientem při řešení jeho nepříznivé sociální situace, podání informace, ukázka, nácvik

Oblasti: stáří, snížení či ztráta soběstačnosti, zdravotní stav, konflikty, vztahové problémy

Cíl: poskytnout podporu, aby se klient ve své situaci zorientoval a dokázal ji podle svých možností a schopností řešit

Akutní pomoc v krizové situaci

Popis: rychlá pomoc na přechodnou dobu klientovi nacházejícímu se v obtížné situaci, kterou nezvládne momentálně vyřešit

Forma: individuální práce s klientem při řešení krizové situace při telefonním kontaktu

Oblasti: péče v závěru života, náhle zhoršení zdravotního stavu, výpadek pečujícího z důvodu úrazu, akutního onemocnění

Cíl: poskytnout neodkladnou podporu klientovi, aby se zklidnil, v nastalé situaci zorientoval a dokázal ji řešit zejména pomocí získaných kompetencí a přirozených zdrojů v okolí

Potřeba sebeuplatnění, pracovního uplatnění a sociálních kontaktů pečujícího

Popis: souvisí se snížením potřeby péče, ke snížení či stabilizaci závislosti pečovaného na pomoci svého okolí

Forma: individuální práce s pečovaným i pečujícím, doporučení vhodné sociální rehabilitace, nácviku činnosti, fyzioterapie, ergoterapie

Oblasti: podpora sebeobsluhy, soběstačnosti na základě zachovaných schopností jedince, vytvoření příležitostí a podmínek pro samostatný pobyt pečovaného v domácnosti

Cíl: podpora komunikace a sociální vazby v domácnosti, vytváření možností začlenění příjemce péče do dění rodiny

Podpora setrvání osoby závislé v domácím prostředí, odlehčení zátěže pečujícím

Popis: podpora délky setrvání osoby závislé v domácím prostředí díky odlehčení pečujícímu zapojením sociální služby (terénní, ambulantní, pobytové) na určitou dobu s opětovným návratem do domácího prostředí

Forma: individuální práce s klientem, informace, spolupráce a síťování dostupných zdravotně sociálních služeb

Oblasti: zajištění péče po dobu mimořádné situace, výpadku pečujícího (úraz, hospitalizace), krátkodobého odpočinku pečujícího v řádech dnů (oslavy, kulturní akce) či plánovaný soustavný odpočinek pečujícího (dovolená, návštěva rodiny, dětí)

Cíl: podpořit osobu závislou na péči jiné osoby, v udržení soběstačnosti, autonomie a sociálních vazeb

Získání, navrácení, udržení kompetencí pro samostatný život

Popis: podpora osoby s oslabenými schopnostmi z důvodu nepříznivého zdravotního stavu, které chtějí žít v domácím prostředí s podporou (mladiství, zdravotně postižení)

Forma: individuální práce s klientem, rodinou, spolupráce s institucemi

Oblasti: podpora motivace k samostatnosti, k soběstačnosti, k sociálním kontaktům

Cíl: podpořit osobu závislou v setrvání ve svém domácím prostředí

8.3 Cílová skupina projektu

Cílová skupina neformálních pečujících je již charakterizována v předchozích oddílech práce. V této kapitole se zaměřím na specifika a odhad velikosti cílové skupiny v regionu. Pečující možno obecně specifikovat jako skupinu osob, poskytující pomoc a podporu jiné fyzické osobě bez omezení věku, z důvodu snížené soběstačnosti při obstarávání péče o vlastní osobu nebo při zajišťování chodu domácnosti. Místem realizace péče je přirozené sociální prostředí uživatele, rodina a domácnost s vazbami k osobám blízkým.

Specifika cílové skupiny v regionu, která reprezentují základ při přípravě projektového záměru, popisuje ve svém výzkumu Bareš (2018, s.30), který jako pozitiva poskytování domácí péče v regionu popisuje soudržnost rodin, vysoký podíl věřících osob a soužití ve vícegeneračních domácnostech.

Pro ČR je při realizaci péče typická struktura hlavního pečujícího a podpora vedlejších pečujících, dalších členů rodiny. V regionu Uherskobrodsko se na péči často hodně intenzivně podílí více blízkých osob současně. Tento fakt je možná důvodem, že jen pětina pečujících rodin spolupracuje s profesionály zdravotně sociálních služeb.

Z dalších výstupů dotazníkového šetření (2018)²⁰ rovněž vyplynul profil skupiny rodinných pečujících regionu. Dvě třetiny pečujících realizují péči déle než 2 roky a ve stávajícím rozsahu ji poskytuje téměř polovina dotázaných (Bareš, 2018, s.8).

Tato zjištění opodstatňují možný nástup únavy a vyčerpání pečujících, riziko ztráty zaměstnání, zhoršení zdravotního stavu i vzniku syndromu vyčerpání. Z dat dále možno logicky vyvozovat, zda mají pečující dostatek informací o odlehčovacích službách a jaké jsou jejich schopnosti řešit nouzové situace

Odhad velikosti cílové skupiny možno odvodit z výzkumného šetření Fondu dalšího vzdělávání v roce 2018. Z výsledků vyplynulo, že až 22 % dospělých obyvatel se podílí nějakým způsobem na péči o své blízké a současnou či minulou zkušenost s péčí má až 45 % dospělých Čechů (Geissler, 2019b, s. 11). NSRSS (2016, s. 26) uvádí odhad počtu rodinných pečujících v ČR na 250-300 tisíce osob, které zajišťují až 70–90 % dlouhodobé péče.

Počet neformálních pečujících je možné odvozovat rovněž z počtu přiznaných PnP osobám v domácím prostředí. Zlínský kraj má dlouhodobě nejvyšší průměrný počet vyplácených příspěvků na péči v přepočtu na obyvatele to je 39,6 dávek na 1000 obyvatel (Komunitní plán, 2022, s. 30)²¹. Na základě demografické predikce do roku 2030 je v ORP Uherský Brod předpokládán další nárůst počtu obyvatel nad 65 let a více s vyšším indexem závislosti na péči jiné osoby (tzn. i předpoklad vyššího počtu přiznaných příspěvků na péči ve III. a IV. stupni). Autoři Komunitního plánu (2022, s. 31) z těchto údajů odvozují další nárůst počtu neformálních pečujících s potřebou poskytnutí informací, vzdělávání a podpory v zdravotně sociální oblasti. Souběžně predikují i navýšení poptávky po odlehčovacích sociálních službách.

Péče o blízkého může být vymezena jako velmi intenzivní a náročná práce. Mění život pečujícího, přináší zvýšené nároky na vztahy v rodině. Podmínkou dlouhodobého zvládnutí pečovatelské zátěže je částečné zastoupení pečujícího profesionály zdravotně sociálních služeb. Sdílení této péče přináší nejen odpočinek a regeneraci pečujícího, ale i možnost jeho částečné účasti na trhu práce. Bohužel jsou často pro pečující v regionu odlehčovací služby místně, kapacitně nebo finančně nedostupné.

²⁰ proběhlo v Uherském Brodě jako součást přípravy projektu „Systém sociálně-zdravotní péče o osoby 50+ s využitím inovativního komunitního modelu“.

²¹ Vybrané údaje o sociálním zabezpečení za rok 2020 [online]. 2020 Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/142872062/19002921k4.pdf/cfa1b1cb-f910-46b3-af6a-df212a404026?versio n=1>.

9 Logický rámec projektu

Doležal (2013, s.19) uvádí, že Logický rámec projektu slouží k formulování cílů, výstupů, aktivit projektu a jejich ověření.

Tabulka č.4: Logický rámec projektu odborného sociálního poradenství

	Popis projektu	Kritéria/indikátory úspěchu	Prostředky/způsoby ověření	Předpoklady realizace
Přínosy	<ol style="list-style-type: none"> Založení a registrace služby odborného sociálního poradenství. Rozšíření návazné péče pro osoby pečující o blízkého v domácím prostředí. Rozvoji pečovatelských kompetencí pečujících ke snížení pečovatelské zátěže 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Byla zapsána nezisková organizace u obchodního soudu v Brně 1.2. Služba byla zařazena do registru poskytovatelů sociálních služeb ve Zlínském kraji 2.1. V období 6 měsíců po zahájení činnosti bylo podpořeno 60 pečujících 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Zápis neziskové organizace v obchodním rejstříku 1.2. Zápis služby v registru poskytovatelů sociálních služeb ve Zlínském kraji 2.1. Zápis o jednání s klientem, v průběhu 6 měsíců bylo podpořeno 60 pečujících. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Kvalitně zpracovaný projektový záměr 2.1. Vznik neziskové organizace a registrace sociální služby 3.1. Úroveň znalostí a dovedností poradců, spolupráce s peer konzultantem
Cíl	Do konce roku 2025 zajistit provoz nové registrované služby odborného sociálního poradenství pro neformální pečující o osobu blízkou v domácím prostředí.	<ol style="list-style-type: none"> Alespoň 30 pečujících schůzku po ukončení hodnotí poskytnuté informace jako pro ně užitečné Nejméně 25 % klientů neodmítne další možnou spolupráci se službou. Alespoň 10 % účastníků projeví zájem o konzultace po telefonu, konzultaci s peerem. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluační dotazník. 2. Evaluační dotazník. 3. Evaluační dotazník. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pečující mají zájem navýšit své pečovatelské kompetence. - Služba má dostatečnou kapacitu - Pracovníci služby mají dostatečné kompetence k psychosociální podpoře, je zajištěna spolupráce s dalšími odborníky (peer konzultant)

Výstupy	<ol style="list-style-type: none"> 1. Úspěšně realizovaná poradenská praxe. 2. Vypracovaná evaluační zpráva. 3. Naplánovaná spolupráce s peerem. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Vhodné prostorové podmínky a zázemí pro službu 1.2. Stabilní tým spolupracovníků. 1.3. Vypracované, schválené a plně využitelné materiály (standards, směrnice). 1.4. V průběhu prvních 6 měsíců provozu bylo podpořeno 60 pečujících. 2.1. Alespoň 50 % klientů vyplnilo evaluační hodnocení. 3.1. Klienti vědí o možnosti a pravidlech podpory peerem. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Smlouva o pronájmu prostor, vybavení pracoviště 1.2. Podepsané smlouvy a další náležitosti pracovníků 1.3. Dokumentace organizace standardy, směrnice nahrané ve sdíleném uložišti i tištěné opatřené podpisy. 1.4. Zápis a vedení dokumentace z každého jednání s klientem. 2.1. Vyplněné evaluační dotazníky. 3.1. Nastavení podpory peerem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Poradci využijí všechny dohodnuté prostředky při realizaci poradenství. - Klienti poradny projevují snahu a aktivitu - Klienti jsou ochotní dále rozvíjet spolupráci.
	Klíčové činnosti	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. Vytvoření projektového záměru 1.2. Analýza a vyhodnocení výchozího stavu, sestavení projektového týmu 1.3. Založení neziskové organizace zapsaný ústav. 1.4. Registrace sociální služby odborného poradenství. 1.5. Zajištění propagace služby, příprava informační materiály, zajištěn 	<p>Zdroje</p> <p><u>Zdroje-personální:</u> Vedoucí poradny – 0,3 úvazek Zdravotně sociální pracovník-0,6 úvazek Všeobecná sestra-specialistka-0,6 úvazek Ekonom, personalista-DPP Psycholog-spolupráce s jinou NO Peer konzultant-dobrovolník</p> <p><u>Zdroje finanční:</u> Výnosy celkem: 708 000,00Kč Dary zřizovatelů- 200 000,00 Kč Dotace-436 000,00 Kč Dary – 72 000,00 Kč</p>	Hrubý časový rámeček

	jejich tisk, informována veřejnosti.	Výdaje celkem: 818 072,00 Kč		
	1.6. Zajištění finančního krytí	Provozní náklady materiálové/rok- 51 500,00 Kč		
	1.7. Vytvoření dokumentace služby (standarty, směrnice).	Provozní náklady nemateriálové/rok – 70 700,00 Kč		
	1.8. Zajištění personální obsazení služby (výběrová řízení).	Osobní náklady/rok- 696 572,00 Kč		
	1.9. Prezentace poradny v zdr. soc. službách, institucích, v ordinacích lékařů, v nemocnici.	Výsledek hospodaření za rok 2025: ztráta-110 072,00 Kč		
	1.10. Zahájení provozu, den otevřených dveří			
	2.1. Vytvoření systému pro průběžnou a celkovou evaluaci.			
	2.2. Monitoring a vyhodnocení činnosti			
	3.1. Zpracování informací a evaluace pro další rozvoj.			
Nebude provedeno			Předběžné podmínky	
Vyhodnocení finanční udržitelnosti			Získání investičních prostředků pro realizaci projektu	

Zdroj: vlastní zpracování.

Logický rámec projektu poskytuje možnost utřídit jednotlivé fáze do přehledného konceptu, vytváří předpoklad pro úspěšnou realizaci projektu.

10 Klíčové aktivity a indikátory splnění

Klíčové aktivity (dále jen „KA“) definují stěžejní aktivity projektu i jejich návaznost. Plán činností a harmonogram podléhá průběžně aktualizaci a je přizpůsobován měnící se situaci. První dvě aktivity vedou k definování projektového záměru na základě provedené analýzy potřeb klientů a výchozího stavu v regionu. Další dvě jsou vztaženy k založení neziskové organizace a registraci sociální služby. Následné kroky představují zajištění provozních, finančních a personálních zdrojů. Po celou dobu trvání projektu je realizována propagace nové služby u laické i odborné veřejnosti vedoucí až ke dni otevřených dveří u příležitosti zahájení poradenské činnosti. Snahou klíčových aktivit je zaujmout, podnítit zájem veřejnosti a poskytnout informace. Poslední dvě aktivity jsou nezbytné pro monitorování a evaluaci činnosti vedoucí rozvoji služby k dalším obdobím.

Na realizaci aktivit se podílí realizační tým sestavený ze zakládajících osob ústavu. Projektový tým bude složen z odborného garanta, projektového manažera, metodika a finančního manažera. Garantem projektu se stane iniciátor projektu a bude pověřen založením ústavu, registrací služby a schvalováním postupu klíčových aktivit. Projektový manažer je pověřen přípravnou fází projektu, naplánováním aktivit a dohledem nad jejich realizací. Metodik je zodpovědný za vytvoření standardů, směrnic a dokumentace služby a podílí se i na registraci služby. Finanční manažer je zodpovědný za ekonomické vedení projektu, získávání finančních prostředků, zajištění provozu a technického vybavení služby. Na realizaci se bude podílet i několik externistů, IT a PR specialisté, grafik a nezávislý evaluátor.

Tabulka č.5: Klíčové aktivity, harmonogram, indikátory plnění projektu.

	KLÍČOVÁ AKTIVITA	ČASOVÝ PLÁN	INDIKÁTOR
KA1	Vytvoření projektového záměru	1. měsíc	Projektový záměr
KA2	Analýza a vyhodnocení výchozího stavu, sestavení projektového týmu	2. měsíce	Zápisy ze schůzek
KA3	Založení neziskové organizace, zapsaného ústavu	3. měsíc	Zápis ústavu u obchodního soudu v Brně
KA4	Registrace sociální služby odborného poradenství	4. měsíc	Zápis v registru poskytovatelů sociálních služeb ve Zlínském kraji
KA5	Propagace služby -letáky, osvěta, informovanost veřejnosti	3.-9. měsíc	Zhotovení letáků, osvěta, schůzky s lékaři

KA6	Finanční a provozní zajištění služby	3.-9. měsíc	Schválený rozpočet
KA7	Vytvoření standardů, směrnic	4.-5. měsíc	Schválení standardů, směrnic
KA8	Personální obsazení-výběrové řízení	6.-7. měsíc	Zápis z výběrového řízení
KA9	Představení poradny v zdravotně sociálních organizacích, dotčených institucí, u praktických lékařů, nemocnici, veřejnosti	8. měsíc	Schůzky, Den otevřených dveří
KA10	Zahájení provozu nové služby	9. měsíc	Zápis ze schůze
KA11	Monitoring, vyhodnocení	12. měsíc	Závěrečná zpráva
KA12	Ukončení projektu, evaluace, cíle pro další období	13. měsíc	Ukončení a vyhodnocení projektu

Zdroj: vlastní zpracování.

KA 1, KA 2 - Projektový záměr založení služby odborného poradenství v regionu

Projektový záměr spočívá ve vytvoření projektového týmu se společným cílem. Odborníci při vzájemné spolupráci budou nacházet odpovědi na otázky řešící problémy. Plán vzniku služby odborného sociálního poradenství předpokládá spolupráci odborníků ze zdravotní a sociální oblasti nebo je možno jej zadat specializované firmě.

Tabulka č.6: Projektový záměr poradenství neformálním pečujícím.

PROJEKTOVÝ ZÁMĚR	
PROJEKTOVÝ ZÁMĚR	Vytvoření služby odborného sociálního poradenství pro neformální pečující
PŘÍNOS PROJEKTU	Podpora pečujících o osobu závislou v přirozeném sociálním prostředí
CÍL PROJEKTU	Založení registrované služby odborného sociálního poradenství
VÝCHOZÍ STAV	V regionu poskytuje poradenskou službu oblastní charita Uh. Brod, zdravotně sociální oblast je oddělena, provozní doba obvyklá
TERMÍN	1/2025
ZDROJE FINANCOVÁNÍ	Vícezdrojově: prostředky zakladatelů, dotace, dary
HROZBY V PŘÍPADĚ NEREALIZACE ZÁMĚRU	Zůstane zachován výchozí stav
NEJASNOSTI	Možné nejasnosti při registraci sociální služby

Zdroj: vlastní zpracování dle (Doležal et al. 2013).

Tabulka č.7: Kontext projektového záměru.

KONTEXT PROJEKTU	
KDO PROJEKT VYŽADUJE	Projekt reaguje na demografickou situaci a limity zdravotního a sociálního systému
URČENÍ PROJEKTU	Neformální pečující poskytující péči osobě se sníženou nebo ztrátou soběstačnosti v přirozeném domácím prostředí v regionu
VEDENÍ PROJEKTU	Projektový tým
SLOŽENÍ PROJEKTOVÉHO TÝMU	Vedoucí poradny-zřizovatel NO, sociálně zdravotní pracovník, zdravotní sestra se specializací domácí a hospicová péče, peer konzultant, ekonom
DOPADY A VZTAHY	Zvýšení komfortu pro pečující při poskytování péče, zvýšení kvality poskytované péče, prodloužení doby setrvání osoby závislé v domácím prostředí
VZTAH K DALŠÍM PROJEKTŮM	Samostatný projekt do ukončení realizace projektu. V budoucnu úmysl rozšíření služby o ambulantní a pobytovou odlehčovací službu pro příjemce péče. Rozšíření týmu, vzdělávání pracovníků

Zdroj: vlastní zpracování dle (Doležal et al. 2013).

Indikátor splnění: Do 25.2.2025 sestavený projektový tým a schválený projektový záměr.

KA 3 - Založení neziskové organizace-zapsaný ústav

Předpokladem dlouhodobé finanční udržitelnosti projektu odborného sociálního poradenství pro neformální pečující se jeví založení neziskové organizace (dále jen „NO“) dle Zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Vzhledem k zaměření služby skýtá zákonnou oporu i zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Molek (2009, s.24) doporučuje věnovat výběru právní formy organizace patřičnou pozornost, protože „v budoucnu ovlivňuje veškeré fungování organizace“. V rámci současné legislativy se pro daný typ služby jeví nejvhodnější právní formou založení ústavu. Občanský zákoník vymezuje veřejnou prospěšnost takto. „*Veřejně prospěšná je právnická osoba, jejímž posláním je přispívat v souladu se zakladatelským právním jednáním vlastní činností k dosahování obecného blaha, pokud na rozhodování právnické osoby mají podstatný vliv jen bezúhonné osoby, pokud nabyla majetek z poctivých zdrojů a pokud hospodárně využívá své jmění k veřejně prospěšnému účelu.*“ (Občanský zákoník § 146).

Ústav zakládá fyzická či právnická osoba zakládací listinou nebo pořízením pro případ smrti. V názvu ústavu figurují slova „zapsaný ústav“ nebo zkráceně „z. ú.“. Po určení

všech formálních náležitostí je podán návrh na zápis do rejstříku ústavů na webových stránkách Ministerstva spravedlnosti – Veřejný rejstřík a Sbírka listin. Ústav bude založen dnem zápisu u obchodního soudu v Brně.

Vízi projektu je vznik poradenské služby komplexně saturující potřeby neformálních pečujících v regionu při poskytování péče blízkým v domácím prostředí. Motivem pro založení poradenské služby se stala nedostatečná podpora rodinných pečujících na základě provedené analýzy.

Poslání organizace je definováno formulací: Poskytovat rodinným pečujícím a veřejnosti odbornou radu, podporu a pomoc při péči o osobu blízkou v jejím domácím prostředí s ohledem na aktuálně ověřené trendy, postupy, udržitelnost a efektivitu provozu.

Hodnoty vycházející z poslání prezentují organizaci na veřejnosti a vedou k dosažení jejich cílů.

Jedinečnost organizace spočívá v inovativním, environmentálním přístupu s cílem proaktivní popularizace neformální péče a jejích aktuálních trendů v regionu.

Individuální přístup vychází z jedinečnosti každého člověka a zohlednění jeho individuálních názorů a požadavků.

Profesionalita poradců spočívá v jejich jednání a přístupu k řešení jednotlivých situací, je předpokladem pro kvalitní činnost služby.

Etický přístup poradců zaručuje rovné a přímé jednání ke klientovi, odpovídá principům morálky i etického kodexu sociálního pracovníka.

Důvěryhodnost je předpokladem úspěchu organizace, zaměstnanci ztotožnění s cíli společnosti vzbuzují důvěru v klientech i veřejnosti.

Transparentnost u NO prezentuje racionální, efektivní nakládání s majetkem i financemi.

Indikátor splnění: Do 31.3.2025 je proveden zápis nové organizace na obchodním soudu v Brně.

KA 4 - Registrace sociální služby

Ze zákona o sociálních službách v § 37 vyplývá, že „*Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, ...*“ V další pasáži vymezuje činnosti odborného sociálního poradenství: „*zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*“

Z důvodu nevymezení pečujících cílovou skupinou SP lze očekávat nejasnosti při registraci sociální služby. V části F formuláře „Údaje o registrované sociální službě“ je

nutno definovat „okruh osob, pro které je sociální služba určena (cílová skupina)“. Skupina dlouhodobě pečujících ve výčtu schází (Hubíková, 2017, s. 8).²²

Podmínky registrace organizace poskytující sociální služby určuje krajský úřad Zlínského kraje.

d) údaje o poskytovaných sociálních službách, kterými jsou:

1. název a místo zařízení anebo místo nebo místa poskytování sociálních služeb

Název: Centrum pro neformální pečující

Místo: Kancelář umístěna v klidné části obce v objektu se samostatným vstupem. Zajištěno je soukromí i příjemného prostředí pro nerušené jednání, k dispozici samostatné sociální zařízení. Před zahájením provozu bude zažádáno o změnu využití části objektu na stavebním úřadě Uherský Brod. Před objektem jsou parkovací stání.

2. druhy poskytovaných sociálních služeb

Odborné sociální poradenství pro neformální pečující.

3. okruh osob, pro které je sociální služba určena

Skupina neformálních pečujících o osoby se snížením nebo ztrátou soběstačnosti v jejich domácím sociálním prostředí.

4. popis realizace poskytování sociálních služeb

Podle individuálních potřeb neformálních pečujících:

- poradenství poskytnutím odborné rady
- rozšíření kompetencí pečujícího prostřednictvím návodu, praktické ukázky
- podpora pečujícího při organizaci, sdílení péče a její návaznosti s profesionály
- pomoc při prosazování práv a zájmů pečovaného
- poskytování informací o možnostech podpory pečujících institucemi, o nároku na dávky, podpora při jednání v institucích
- psychosociální podpora pečujícího poradcem, peer konzultantem, doporučení specialisty, jako prevence syndromu vyhoření
- doporučení kompenzačních pomůcek k navýšení soběstačnosti pečovaného, pomůcek ke zjednodušení pečovatelských úkonů, úprav bytu k zajištění bezpečí pečovaného, propagace a nabídka asistivních technologií

5. popis personálního zajištění poskytovaných sociálních služeb

Vedoucí poradny (statutární orgán ústavu) zastává pozici fundraisera-0,3 úvazek

Zdravotně sociální pracovník-0,6 úvazek

Všeobecná sestra-Specializace domácí a hospicová péče-0,6 úvazek

Ekonom, personalista-DPP

²² Hlavní cílové skupiny ve formuláři „Vzor Standardizovaného záznamu sociálního pracovníka“: 1. Osoby se zdravotním postižením nebo duševním onemocněním; 2. Osoby pečující o osoby závislé na péči jiné osoby; 3. Osoby s různým stupněm omezení / způsobilosti k právním úkonům; 4. Osoby ohrožené sociálním vyloučením; 5. Osoby ohrožené rizikovým způsobem života; 6. Oběti agrese, trestné činnosti a domácího násilí; 7. Osoby, které ztratily přístřeší, nebo se nacházejí v nejistém či neadekvátním bydlení; 8. Nezaměstnaní a osoby s materiálními problémy; 10. Rodiny s dětmi.

Psycholog-spolupráce s jinou NO

Peer konzultant-dobrovolník

Úklid a údržba v režii pracovníků

6. časový rozsah poskytování sociálních služeb,

Pondělí až pátek: 8.00-12.00 a 14.00-18.00

7. kapacita poskytovaných sociálních služeb,

Okamžitá kapacita 1 klient/1 hodina provozní doby.

8. plán finančního zajištění sociálních služeb“.

Sestavení a schválení rozpočtu, zahrnující prostředky zakladatelů, dotace, dary.

Indikátor splnění: Zápis služby odborného sociálního poradenství do registru poskytovatelů Zlínského kraje.

KA 5, KA 9 – Propagace, prezentace služby, příprava informačních materiálů

Podstatou aktivity je zajistit efektivní postup propagace s cílem oslovit co nejširší skupinu potenciálních klientů. Projektový manažer ve spolupráci s PR specialistou navrhne propagační strategii.

V rámci aktivity budou vytvořeny informativní materiály, webové stránky s nabídkou činností služby a podrobným popisem přínosů pro pečující. Propagační materiály budou k dispozici na veřejných místech s častou frekvencí návštěv pečujících. V čekárnách zdravotnických zařízení, na lůžkových oddělení nemocnice, u zaměstnanců zdravotně sociálních služeb, v lékárnách, půjčovnách zdravotnických a kompenzačních pomůcek.

Propagace proběhne na sociálních sítích, osobní formou při jednání se zástupci obecních úřadů, pracovníků sociálního odboru, úřadu práce. Uskuteční se i informativní schůzky s pracovníky terénních zdravotních i sociálních služeb, praktickými lékaři, specialisty a zdravotními sestrami.

Realizována bude osvětová přednáška pro veřejnost, zejména stávající či potenciální pečující. Součástí zahájení provozu služby bude den otevřených dveří pro širokou veřejnost.

Indikátor splnění: Vytištění propagačních materiálů, vytvoření webových stránek, facebookového účtu, zápis z realizovaných schůzek, dne otevřených dveří.

KA 6, KA 8 – Finanční, provozní a personální zajištění služby

Zodpovědnost za zajištění finančních prostředků ponese finanční manager ve spolupráci s dalšími členy projekčního týmu. Sestavení rozpočtu zahrnuje prostředky zakladatelů ústavu, dotace, dary od právnických i fyzických osob.

Součástí klíčové aktivity je rovněž zajištění provozního a technického vybavení služby, zahrnující zajištění pronájmu pracoviště s dostatečným zázemím pro personál, dodávek energií, vybavení nábytkem a potřebným technickým zařízením.

Vybavení:

2xnotebook, 2xmobilní telefon, multifunkční zařízení
skříň policová, stůl pracovní kancelářský, 2xžidle kancelářská
pohovka dvoumístná, konferenční stolek, 4xžidle
kancelářský balík, skartovací stroj, flipchart
drátěné nástěnné zásobníky na prospekty
uzamykatelná kartotéka pro spisy formát A4, příruční registratura
osobní automobil k dispozici

Personální zajištění představeno v KA 4 -Registrace sociální služby

Indikátor splnění: Do 31. 8. 2025 Schválený rozpočet, uzavřená smlouva o pronájmu, vybavené pracoviště, zajištěný personál-uzavřeno výběrové řízení se zápisem.

KA 7 - Vytvoření standardů, směrnic

Předmětem aktivity je vytvoření standardů služby, směrnic provozu a dokumentace, používané při práci s klienty. KA předpokládá spolupráci metodika s personálem poradenské služby.

Indikátor splnění: Do 31.8.2025 Schválení standardů, směrnic a dokumentace.

KA 10 - Zahájení provozu

Indikátor splnění: Do 30.9.2025 připraveno slavnostní otevření služby. Předpokládá se proaktivní účast personálu, propagace Dne otevřených dveří, rozeslání pozvánek, účast veřejnosti, příchod prvních klientů.

KA 11, KA 12 - Monitoring, evaluace, ukončení projektu

Cílem aktivity je vytvoření systému hodnocení činnosti s vypracováním struktury a přípravou všech materiálů za spolupráce projektového manažera, metodika a odborného garanta.

Využito bude několik typů hodnocení. Dotazníky s uzavřenými a otevřenými otázkami, diskuse klienta s poradcem, vyjádření vlastního postoje klienta ke konkrétní situaci i navrhovanému postupu řešení. Klienti budou moci vyjádřit své postřehy bezprostředně v průběhu jednání s poradcem nebo mohou anonymně vřazovat své připomínky do, k tomuto účelu, zřízené schránky. K vyjádření svého názoru mohou také využít jakýkoliv jiný komunikační prostředek. Úspěchem bude možno nazvat 50 % vyplněných formulářů dotazníků.

Evaluace bude zpracovaná z několika zdrojů. Cílem aktivity je analyzovat a interpretovat získaná data a jejich prostřednictvím identifikovat silné a slabé stránky projektu. Dále propracovat doporučení pro další rozvoj služby.

Výsledky budou komentovány v závěrečné zprávě projektu. Vyhodnoceno bude ekonomické, provozní a personální zajištění provozu a harmonogram realizace jednotlivých klíčových aktivit.

11 Harmonogram – Ganttův diagram

Harmonogram je nedílnou součástí plánu projektu. Zachycuje posloupnost jednotlivých kroků projektu a jejich časovou návaznost.

Svozilová (2006, s.133) uvádí, že harmonogram prezentuje logickou posloupnost struktury prací na projektu, které jsou graficky zaznamenány do diagramu. Předkládá termíny, časový sled průběhu projektu včetně přiřazených realizačních zdrojů. Grafikon je potřebný k dosažení a naplnění cílů projektu.

V této práci je použit Ganttův diagram, který názorně ukazuje začátky, konce i sled jednotlivých fází. V horizontální linii probíhá časová osa a vertikálně jsou uvedeny v logické posloupnosti aktivity. Jeho výhodou je jednoduchost, snadná pochopitelnost a možnost vytvoření bez speciálního softwaru. Nedostatek spočívá v malé průkaznosti závislosti mezi úkoly (Svozilová, 2006, s.133-134).

Tabulka č.8: Harmonogram projektu

	1/2025	2/2025	3/2025	4/2025	5/2024	6/2025	7/2025	8/2025	9/2025	10/2025	11/2025	12/2025	1/2026
Projektový záměr													
Analýza výchozího stavu, sestavení projektového týmu													
Založení neziskové organizace-zapsaný ústav													
Registrace sociální služby odborného poradenství													
Propagace služby, informační materiály													
Zajištění finančních prostředků													
Vytvoření dokumentace služby-standardy, směrnice													
Zajistit personální obsazení služby, výběrová řízení													
Prezentace služby v zdravotně sociálních službách, ordinacích lékařů, institucích													
Zahájení provozu, den otevřených dveří													
Vytvoření systému průběžné a celkové evaluace													
Monitoring a vyhodnocení činnosti													
Zpracování získaných výsledků evaluace pro další rozvoj													

Zdroj: vlastní zpracování

12 Management rizik

Rizika jsou přirozenou součástí projektu. Nutno je rozpoznat a snížit je na nejmenší možnou únosnou úroveň. Zbývající rizika třeba zvládnout např. vytvořenými rezervami či jinými opatřeními (Rossenau, 2007, s.155).

Tabulka č.9: Management rizik projektu.

Identifikace rizika	Hodnocení rizika	Popis dopadu rizika	Opatření k eliminaci rizika
Nedostatek finančních zdrojů	Velká pravděpodobnost, vysoký dopad	Nenaplnění cíle projektu. Nucené ukončení činnosti.	Aktivita při vyhledávání dalších alternativních zdrojů finančních prostředků.
Nedostatečný zájem cílové skupiny o poradenství.	Střední pravděpodobnost, vysoký dopad	Nenaplnění projektového záměru.	Dobrá propagace zahájená s dostatečným předstihem. Analýza potřeb pečujících. Individuální přístup ke klientům.
Problémy se založení organizace, získáním registrace.	Malá pravděpodobnost, vysoký dopad	Změny v zakládací listině, Změny žádosti o registraci služby.	Opravit žádost, odstranit problémy. Zadat odborníkům.
Nedostatečné personální zajištění	Malá pravděpodobnost, střední dopad	Nedostatečná důvěryhodnost služby.	Aktivita při vyhledávání pracovníků. Nabídka zaměstnaneckých benefitů.
Technické problémy při poradenství.	Střední pravděpodobnost, střední dopad	Nedostatečná důvěryhodnost služby.	Preventivní kontrola zařízení.
Předsudky účastníků o využití poradenství.	Střední pravděpodobnost, střední dopad	Kolize v průběhu poradenské praxe.	Individuální přístup ke klientům. Trpělivost při vysvětlování. Zaujmout klienty.
Nedostatek zpětné vazby od klientů	Střední pravděpodobnost, střední dopad	Nedostatek podnětů pro další rozvoj poradenské praxe.	Zvýšit informovanost a motivaci klientů poradcem. Individuální přístup, vysvětlení.
Neochota zainteresovaných profesionálů o spolupráci s poradcí.	Střední pravděpodobnost, střední dopad	Nedostatky ve vytváření sítí pro klienty. Snížení kontinuity a návaznosti péče.	Přizvat zaměstnance zdravotních a sociálních služeb na společné setkání. Zaujmout profesionály pro spolupráci se službou.
Neochota pracovníků k účasti na pohotovostech.	Střední pravděpodobnost, malý dopad	Ztráta důvěry ve službu, ztráta kontaktů.	Individuální přístup k poradcům, zjišťování jejich důvodů.

Neochota institucí spolupracovat s poradci.	Střední pravděpodobnost, střední dopad	Snížení kontinuity a návaznosti péče o klienty.	Přizvání zaměstnanců na společné setkání. Vysvětlovat benefity a kontext pro pečující.
Nespokojenost společnosti	Střední pravděpodobnost, střední dopad	Přednastavení klientů. Komplikace při výkonu poradenství.	Podpora osvěty, vzdělávání.

Zdroj: vlastní zpracování

Navrhovaný projekt bude ohrožován v několika oblastech riziky různé intenzity. Největší problém představuje zajištění dostatku finančních prostředků. Je možno usuzovat na zlepšení financování služby v dalším období z důvodu nárůstu příspěví kompetentních orgánů. Další rizika představují personální zajištění a nezáměr pečujících o služby. Inovace se v našem regionu prosazují pomalu, lze tedy předpokládat jen pozvolný nárůst zájmu pečujících o službu. K eliminaci rizik přispěje vstřícnost, kvalitně odváděná práce poradců i dobrá propagační činnost.

13 Rozpočet

Naplánovaná finanční rozvaha pro službu odborného sociálního poradenství pro pečující v prvním roce představuje zvýšené náklady z důvodu otevření nové služby.

Molek (2019, s.132) upozorňuje na význam sestavení rozpočtu při plánování udržitelnosti služby. Je nedílnou součástí marketingových aktivit, strategií a za účelné autor považuje vytvoření více jeho variant. Šedivý (2009, s.39) představuje tři oblasti zdrojů, které organizace nezbytně potřebuje ke svému fungování. Jsou to finanční prostředky, zázemí zahrnující pronájem, energie, vybavení a lidské zdroje (členové statutárních orgánů, interní zaměstnanci, externí pracovníky, dobrovolníky).

K získání finančních prostředků může NO využít více zdrojů. Šedivý (2009, s.40-42) uvádí, že „pro dlouhodobou udržitelnost neziskové organizace je vícezdrojové financování nezbytnou životní nutností“. Organizace má k dispozici několik možností k získání finančních prostředků. Zdrojem mohou být dotace z veřejných zdrojů (MPSV, kraj, ORP, obec), nadace a nadační fondy, firemní, individuální dárci a dobrovolníci nebo ostatní subjekty (jiné NO, zahraniční organizace). Pro fungování organizace je významné i materiální a technické zázemí, které může být zakoupeno nebo je lze získat jako nefinanční podporu (pronájem prostor, bezplatné kopírovací služby, připojení internetu). Pokud přesto organizace nezíská dostatek prostředků má na výběr ze dvou možností. Zásadně omezit svoji poradenskou činnost, což sebou nese značné riziko ztráty důvěryhodnosti nebo získat chybějící finance z jiných zdrojů (vlastní prostředky).

Šedivý (2009, s.75) dále hovoří o získávání prostředků fundraisingem, jako o pilíři fungování. Autor také (2009, s.84-85) doporučuje zodpovědnost ve finanční řízení. Neboť veřejností, veřejnou správou i podnikatelským sektorem je velmi sledováno. Vzhledem k tomu, že nezisková organizace podniká „samostatně, vlastním jménem a na vlastní odpovědnost“ je potřebné brát v potaz vývoj zisku, ztráty, výnosy, náklady a velikost rezervního fondu nebo výši ztráty.

Tabulka č.10: Finanční rozvaha zajištění provozu poradenské služby-rok 2025:

Výnosy na sociální službu	Zdroje v korunách	Poznámka
Výnosy celkem	708 000,00	
Dotace celkem	436 000,00	
	MPSP	250 000,00
	Zlínský kraj	100 000,00
	ORP Uh. Brod	50 000,00
	OÚ	36 000,00
	ostatní	0
Dar zakladatelů	200 000,00	

Příspěvky a dary		72 000,00	
	individuální	42 000,00	
	firemní	20 000,00	
	ostatní	10 000,00	
Ostatní příjmy		0	

Nákladová položky	Plánované náklady	Poznámka
1.Provozní náklady celkem	121 500,00	
1.1. Materiálové náklady	51 500,00	
	kancelářské potřeby	5 000,00 z části individuální dar
	vybavení-DDHM 40.000,00	z části individuální dar
	odborná literatura	1 000,00 z části individuální dar
	IT technika: 2xnotebook, office, 2xmobilní telefon	2xnotebook-50 %ceny, firemní dar
	čistící prostředky	500,00
1.2. Nemateriálové náklady	70 700,00	
1.2.1.	energie	0
	energie celkem	1 000,- dotace OÚ
1.2.2.	opravy a udržování	0 individuální dar
1.2.3.	cestovné	42 000,00
1.2.4.	ostatní služby	
	telefony	12 000,00
	poštovné	3 600,00
	internet	0 firemní dar
	Nájemné 30m2	2 500,- dotace OÚ
	právní služby-NO	0 individuální dar
	školení, kurzy	0 dotace ORP
	tisk materiálů	0 firemní dar
	zabezpečení objektu	0
	bankovní poplatky	3 600,00
	služby psychologa	3 000,00 supervize pracovníků
	pojištění budov	0
	IT a servisní služby	0 individuální dar
	ostatní drobné služby	1 000,00

	inzerce, propagace	5 000,00	z části firemní dar
1.3.	jiné provozní služby	0	
	odpisy	0	
2.	Osobní náklady celkem	696 572,00	
2.1.	Mzdové náklady	676 572,00	
	hrubé mzdy	505 656,00	
2.2.	odvody na pojištění	172 416,00	
	pojistné soc.+ zdrav.	170 916,00	
	poj. odpovědnosti 4,2 %	1 500	kooperativa
2.3.	ostatní soc. náklady	20 000,00	příspěvek strava
Celkové náklady na realizaci služby:		818 072,00	

Zdroj: vlastní zpracování

Financování návrhu projektu nové služby odborného sociálního poradenství bude náročné z důvodu pořizovacích nákladů. Pokud vycházíme z předpokládané výše celkových finančních zdrojů na první rok provozu 708 000,00 Kč a celkových nákladů na realizaci služby za téže období 818 072,00 Kč skončí hospodaření služby v roce 2025 se ztrátou – 110 072,00 Kč. Ztráta odpovídá situaci vzniku služby a neměla by být pro službu likvidační.

14 Výstupy a přidaná hodnota projektu

Konečným výstupem návrhu projektu bude činnost nové registrované služby odborného sociálního poradenství pro pečující o osobu blízkou v domácím prostředí na Uherskobrodsku. Služba představuje významný přínos pro pečující, jejich rodiny i samotné příjemce péče. V rámci změn na zdravotně sociálním pomezí se poradenská služba stane příkladem dobré praxe. Dalším výstupem je založení NO s veřejně prospěšným a enviromentálním zaměřením.

Celkově projekt přispěje k rozvoji a navýšení podpory poskytovatelům neformální péče, skupině rodinných pečujících. Pečující budou lépe připraveni reagovat na své potřeby i lépe uspokojit potřeby svých blízkých. Získané informace, dovednosti povedou k navýšení jistoty pečujících při výkonu péče a lepšímu zvládnutí eventuálních obtíží. Zprostředkovaně tak dojde k navýšení kvality realizované péče o příjemce péče.

Porozumění sdílené péči s profesionály zdravotně sociálních organizací by mohlo přispět k navýšení vzájemné spolupráce. Zaměstnanci organizací budou profitovat z faktu, že lépe informovaní laičtí pečující budou schopni oslovovat o spolupráci organizace s úzce specifikovanými požadavky. Pro obě strany zlepšení situace přinese časovou úsporu a hladký průběh jednání bez nedorozumění.

Ke zmírnění pečovatelské zátěže přispěje sdílení pečovatelských zkušeností s peer konzultantem. Jeho účast bude pro pečující znamenat snadnější pochopení zátěžových situací a vlastních limitů.

Dalším přínosem poradenské služby se stane příprava informačních materiálů: Přehledový leták s důležitými kontakty nebo Aktuality, postřehy z péče. Ke komplexnímu informačnímu pokrytí pečujících přispěje umístění základních informací o péči a odkaz na kontaktní místo v ordinacích praktických lékařů a specialistů, sociálních službách, nemocničních zařízeních, u zdravotně sociálních pracovníků v nemocnici, na úřadu práce, obecním úřadu. Je možno využít již existující příručku pro pečující o blízkého člověka doma např. Fondu dalšího vzdělávání *Jak na péči?*²³.

K navýšení kompetencí pečujících přispěje pořádání a propagace informačních a vzdělávacích seminářů. Rozvrženy mohou být buď podle typu indispozice závislých osob nebo zaměřené na určité kompetence pečujících. Podpořit účast pečující osoby na nich by mohlo zajištění náhradní péče o osobu závislou.

Užitečná by pro pečující mohla být možnost telefonní konzultace při řešení krizových situací v rámci pohotovosti poradce.

²³ FOND DALŠÍHO VZDĚLÁVÁNÍ, 2018. *Jak na péči?* Příručka pro ty, kteří pečují doma o blízkého člověka. Praha: Fond dalšího vzdělávání. Dostupné také z: <https://nepe.cz/nepe2.php>

Projekt představuje i řadu přínosů pro veřejnost, která bude profitovat z lepší informovanosti a lepší připravenosti na poskytování péče v rodině. Projekt přispěje ke změně veřejného mínění širší veřejnosti. Rozšíří se povědomí o neformální péči, o její náročnosti a pečujících v komunitách. Sami pečující mohou šířit své pozitivní zkušenosti s poradenstvím a tím mohou podpořit zájem o dobrovolnictví a přispět k větší ochotě veřejnosti pomoci s financováním poradenství pro neformální pečující.

Z časového hlediska lze přínosy služby rozdělit do dvou kategorií. V krátkodobém horizontu je stěžejní zvýšení znalostí pečujících osob, zlepšení jejich orientace v systému zdravotně sociálních služeb. Posílení spolupráce a vztahů v přirozeném sociálním prostředí rodiny, komunity by mohlo přispět k minimalizaci negativních dopadů na život pečující rodiny. V dlouhodobém horizontu by mohlo dojít k navýšení případů sdílené péče, tzn. kombinace formální péče profesionálů a neformální péče laiků. Poradenství by mohlo také přispět k větší flexibilitě zdravotně sociálních služeb v domácnostech, na obcích a v zainteresovaných institucích. Konečným přínosem by se mohlo stát zkvalitnění života osob v komunitě, nárůst mezigenerační solidarity, docenění práce pečujících a zvýšení jejich společenské prestiže.

15 Závěr

Každý z nás se může dostat do situace, kdy bude nenadále nucen se postarat o svého blízkého nebo pro něho zajistit dlouhodobou péči. Víme, že domácí prostředí, blízkost členů rodiny je pro každého z nás to nejspolehlivější místo. Rozhodnutí to není snadné.

Přestože je v naší společnosti péče o blízké spíše považována za rodinnou povinnost než záležitost veřejnou, postrádáme koncepci podpory pečujících. Přitom stejný význam pro úspěch domácí péče má odhodlání pečujících jako podpora systému. Podmínky, za jakých je neformální péče poskytována významně ovlivňuje stát a jeho kompetentní orgány. Nyní si začínají uvědomovat význam neformální péče a nutnosti podpory neformálních pečujících, ale opatření stále nejsou dostačující. Deficitem je i nízká informovanost veřejnosti o péči v přirozeném prostředí.

Základním článkem podpory pečující rodiny by se měla stát rozšířená nabídka vzdělávání, psychosociální podpory a rozvoj spolupráce se zdravotně sociálními službami. Takový alternativní přístup by v regionu mohla přinést služba odborného sociálního poradenství se zdravotně sociální náplní. V současné době funguje obdobný systém pouze ve zdravotnických zařízeních a jeho dosah končí ukončením hospitalizace klienta. Díky změnovému zákonu o péči na zdravotně sociálním pomezí se snad podaří rozšířit i do domácnosti. V tomto smyslu ministr MPSV Marian Jurečka v návrhu uvedl, že: *„chceme maximálně podpořit investice do rozvoje infrastruktury sociálních služeb pro prevenci a poradenství.“*

V rámci vytváření návrhu projektu služby byly v práci aplikovány identifikované potřeby ORP Uherský Brod a podněty stanovené Střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro období 2022-2025.

Odborem sociálních věcí jsou požadavky pro poskytovatele odborného sociálního poradenství stanoveny jasně. Cílem služby je analyzovat nepříznivou sociální situaci osoby v celé šíři, následně přispět ke komplexnímu řešení situace osobou poskytnutím odborné rady, vhodné podpory, doplňující její přirozené zdroje a veřejné služby. Poradce aktivně nabízí podporu dalších subjektů, obecního úřadu, úřadu práce atd. Za časově dostupnou je považována provozní doba zabezpečená i v odpoledních a večerních hodinách.

V rámci ORP Uherský Brod byla v této souvislosti identifikována potřeba péče v domácím prostředí včetně odlehčení pečujícím. Požadavek je navíc podpořen aktuálním nárůstem počtu osaměle žijících osob v regionu, které chtějí i přes omezení soběstačnosti zůstat ve svém přirozeném prostředí. O tyto klienty je částečně schopna pečovat dojíždějící rodina ve spolupráci s profesionály zdravotně sociálních služeb. Další skupinu tvoří osoby po ukončení hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Rodiny potřebují v této situaci podpořit při úpravě aktuálních poměrů, vytvoření vhodných podmínek pro péči, nutnosti bezbariérových úprav.

Podstatou koncepce poradenství je mezioborová spolupráce vycházející ze specifických potřeb pečujících i pečovaných. V krátkodobém horizontu fungování služby lze předpokládat zlepšení orientace pečujících v systému zdravotně sociální péče, navýšení znalostí a posílení pečovatelských kompetencí. Z dlouhodobého hlediska možno predikovat zlepšení koordinace zdravotně sociálních služeb a nárustu případů sdílené péče.

Služba přispěje ke zvýšení kvality péče v přirozeném prostředí prostřednictvím ukázek s nácvikem manipulace, polohování, péče o kůži jako prevence vzniku proleženin. Součástí návštěvy v domácnosti budou opatření směřující k prevenci pádů a úrazů návrhem prostorového uspořádání, nácvikem používání kompenzačních pomůcek. Podstatné bude i objasnění zvláštností péče o blízké se specifickými potřebami, demencí, Parkinsonovou chorobou. Stejný účel mohou splnit vzdělávací kurzy.

Cíl projektu bude naplněn dnem zahájení provozu poradenské služby. Na základě realizovaných klíčových aktivit projektu bude možno nabídnout pečujícím regionu komplexní podporu. V první etapě fungování služby bude napřena pozornost na poradenskou činnost. Projekt přispěje k snadnější orientaci pečujících v systému návazných zdravotně sociálních služeb, vyřízení dávek, příspěvků a zajištění pomůcek. V dalších etapách by mohlo dojít k rozšíření nabídky služby o ambulantní odlehčení pečujícím vznikem denního centra a pobytové formy k řešení krizových situací výpadku pečujícího. Další případný rozvoj služby bude limitován finančními a personálními zdroji. Snad bude jasněji poté co bude uveden do praxe změnový zákon o sociálně zdravotním pomezí.

:

Bibliografie

BAREŠ, Pavel, 2018. Analýza výchozího stavu před realizací projektu „Systém sociálně-zdravotní péče o osoby 50+ s využitím inovativního komunitního modelu“ Závěrečná zpráva z dotazníkového šetření mezi pečujícími osobami. [online]. [cit. 2023-9-14].

Dostupné z:

http://rodinnipecujici.cz/uploads/file/8a2540e7172b4b3296d0e51efaec1295/Anal%C3%BDza_v%C3%BDchoz%C3%ADho_stavu_2018.pdf

COFACE FAMILIES EUROPE. 2017. Who cares? [online]. Brussels, [cit. 2023-08-29].

Dostupné z: http://www.coface-eu.org/wpcontent/uploads/2017/11/COFACE-Families-Europe_Study-Family-Carers.pdf

ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDOVÁ. 2014. Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2.

DOLEŽAL, Jan, Jiří KRÁTKÝ, Ondřej CINGL. 2013. *5 kroků k úspěšnému projektu: 22 šablon klíčových dokumentů a 3 kompletní reálné projekty*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4631-9.

GEISLER, H., A. FISCHEROVÁ, A. HOLEŇOVÁ, D. SOLNÁŘOVÁ a N. STAŇKOVÁ. 2019. Jak podporovat pečující na regionální a lokální úrovni? Příklady dobré praxe. Praha: Fond dalšího vzdělávání [online]. [cit. 2023-9-14].

Dostupné

z:

<https://drive.google.com/file/d/1O6mEswHo7oNFBRWOkhQBvpzEJepdt738/view>

GEISLER, H., A. DVOŘÁKOVÁ, A. FISCHEROVÁ, A. HOLEŇOVÁ, T. HOROVÁ, D. JIRÁT, SOLNÁŘOVÁ, N. STAŇKOVÁ. 2019. Návrh strategického dokumentu na podporu pečujících osob. Praha: Fond dalšího vzdělávání. [online]. [cit.2023-9-14].

Dostupné z:

<https://drive.google.com/file/d/16Vg9KleDne5A7LxfV7GTbF9WLk0ioDeT/view>

HENDL, Jan. 2016. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOLEŇOVÁ, Anežka. 2019. Analýza sdílení péče a podpora sociálního začlenění pečujících osob prostřednictvím zapojení širšího okruhu osob do neformální péče. Praha: Fond dalšího vzdělávání. [online]. [cit.2023-9-14].

Dostupné z: https://drive.google.com/file/d/1hlXXIUyTAfgBVF5m7k_qpl6L4jniTIJV/view

HORECKÝ, J., M. POTŮČEK, M. CABRNOCH a Z. KALVACH. 2021. Reforma dlouhodobé péče pro Českou republiku: jak vyřešit problémy sociálně-zdravotních služeb v ČR a jak nastavit udržitelný systém dlouhodobé péče. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, Studie (Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR). ISBN 978-80-88361-14-5.

HUBÍKOVÁ, Olga. 2017. Otázka ustavení rodinných pečujících jako cílové skupiny sociální práce. Sociální práce / Sociálná práca / Czech and Slovak Social Work 6/2017. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci a Ostrava: Evropský výzkumný institut sociální práce. ISSN 1805-885X [online]. [cit. 2024-2-10].

Dostupné z: <https://socialniprace.cz/article/otazka-ustaveni-rodinnych-pecujicich-jako-cilove-skupiny-socialni-prace/>

JANEČKOVÁ, H., DRAGOMIRECKÁ, E., JIRKOVSKÁ, B. 2017. Výzkumy v oblasti neformální péče o seniory v České republice na počátku 21. století. Sociální práce / Sociálná práca / Czech and Slovak Social Work 6/2017. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci a Ostrava: Evropský výzkumný institut sociální práce. ISSN 1805-885X [online]. [cit. 2024-3-10].

Dostupné z: <https://socialniprace.cz/article/vyzkumy-v-oblasti-neformalni-pecce-o-seniory-v-ceske-republice-na-pocatku-21-stoleti/>

KABELKA, Ladislav. 2018. Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-5049-4.

KALVACH, Zdeněk. 2014. Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb. Praha: Diakonie ČCE. ISBN 978-80-87953-07-5.

Komunitní plán rozvoje sociálních služeb na území ORP Uherský Brod na období let 2023-2025. [online] 2022 [cit. 2023-9-1].

Dostupné z: https://www.ub.cz/public/docs/strategicke-dokumenty/KPRSO_2023-2025.pdf

KURUCOVÁ, Radka. 2016. Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5707-0.

KUTNOHORSKÁ, J., M. CICHÁ a R. GOLDMANN. 2011. Etika pro zdravotně sociální pracovníky. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3843-7.

- MILEY, Karla Krogsrud, Michael W. O'MELIA a Brenda DUBOIS, 2016. *Generalist Social Work Practice: An Empowering Approach*. 8th Edition. Pearson. ISBN 978-0-13-394827-1.
- MOLEK, Jan, 2019. *Řízení organizací sociální práce: vybrané problémy z oblasti marketingu a managementu*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-732-3.
- MPSV a MZd představila změnový zákon o sociálně-zdravotním pomezí: Navrhují efektivnější způsob poskytování služeb v této oblasti a aktualizaci systému úhrad dlouhodobé péče, 11.4.2024, [online]. 2024 [cit. 2024-4-15].
Dostupné z <https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/mpsv-a-mzd-predstavila-zmenovy-zakon-o-socialne-zdravotnim-pomezim-navrhujim-efektivnejsi-zpusob-poskytovani-sluzeb-v-teto-oblasti-a-aktualizaci-systemu-uhrad-dlouhodobe-pece/>
- MPSV Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025. [online]. 2016 [cit. 2023-8-30].
Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mpsv/strategie/narodni-strategie-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2025>
- MPSV podpoří z evropských fondů služby pro rodiny a neformální péči, tisková zpráva, 24.8.2022, [online]. 2022 [cit. 2023-8-30].
Dostupné z <https://www.mpsv.cz/web/cz/-/mpsv-podpori-z-evropskych-zdroju-sluzby-pro-rodiny-a-neformalni-peci>
- MZČR. Koncepce domácí péče [online]. 2020 [cit. 2023-8-30].
Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/koncepce-domaci-pece/>
- MZČR. Věstník č. 12/2019 [online]. 2019 [cit. 2023-8-30].
Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-12-2019/>
- MZČR. Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 [online]. 2020 [cit. 2023-8-30]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>
- NAVRÁTIL, Pavel. 2014. *Reflexivní posouzení v sociální práci s rodinami*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7504-7.

- PECHOVÁ, D., M. ČERMÁKOVÁ, R. KOZÁKOVÁ, J. BASELOVÁ a M. SLÁMEČKOVÁ. 2019. Metodika aplikace sociálně zdravotní péče realizované prostřednictvím center. Praha: Česká asociace pečovatelské služby, zapsaný spolek. ISBN 978-80-270-5372-8.
- PROCHÁZKA, Roman. 2014. Teorie a praxe poradenské psychologie. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4451-3.
- PRŮŠA, Ladislav. 2019. *Vznik center pro rodinné pečující z hlediska efektivnosti*. Praha: Česká asociace pečovatelské služby, zapsaný spolek. ISBN 978-80-270-5373-5.
- ROSENAU, Milton D. Řízení projektů. Vyd. 3. Přeložil Eva BRUMOVSKÁ. Brno: Computer Press, c2007. ISBN 978-80-251-1506-0
- Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro období 2023–2025. [online] 2022 [cit. 2023-9-1]. Dostupné z: <https://old.kr-zlinsky.cz/strednedoby-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-ve-zlinskem-kraji-pro-obdobi-2023-2025-cl-5253.html>
- ŠEDIVÝ, Marek, MEDLÍKOVÁ, Olga. 2009. *Úspěšná nezisková organizace*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-2707-3.
- ÚLEHLA, Ivan. 2005. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-36-6.
- VYHLÁŠKA: 505/2006 Sb.-Vyhláška, kterou se provádí zákon o sociálních službách [online]. 2023 [cit. 2023-9-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/hledani?text=505%2F2006>
- WIJA, P., P. BAREŠ, J. ŽOFKA. 2019. *Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Institut pro sociální politiku a výzkum, z. s. [online]. [cit. 2023-9-13]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/09/Analyza-socialnich-a-zdravotnich-sluzeb-dlouhodobpece-v-CR.pdf>
- ZÁKONY PRO LIDI. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách [online]. 2023 [cit. 2023-9-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

ZÁKONY PRO LIDI. Zákon č. 89/2012 Sb. občanský zákoník [online]. 2023 [cit. 2023-9-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/hledani?text=89%2F2012>

ZÁKONY PRO LIDI. Zákon č. 128/2000 Sb. o obcích (obecní zřízení) [online]. 2023 [cit. 2023-9-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/hledani?text=128%2F2000>

ZÁKONY PRO LIDI. Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích [online]. 2023 [cit. 2023-9-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/hledani?text=129%2F2000>

ZÁKONY PRO LIDI. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách [online] 2023 [cit. 2023-9-1]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ZÁŠKODNÁ, H., J. ŠIMEK, S. BÁRTOVÁ, H. HAJDUCHOVÁ, J. HOROVÁ, L. MOTLOVÁ, M. TREŠLOVÁ, I. BRABCOVÁ. 2021. Mohou praktičtí lékaři usnadnit obtížnou situaci neformálních pečovatelů. Praha. Praktický lékař 2021, roč. 101, č. 6. [online] 2024 [cit. 2024-2-5].

https://search.seznam.cz/?q=Mohou+prakti%C4%8Dt%C3%AD+I%C3%A9ka%C5%99i+usnadnit+obt%C3%AD%C5%BEnou+situaci+neform%C3%A1ln%C3%ADch+pe%C4%8Dovatel%C5%AF.+Praha.+Praktick%C3%BD+I%C3%A9ka%C5%99+2021%2C+ro%C4%8D.+101%2C+%C4%8D.+6&aq=-1&ks=2&ms=311783&oq=Mohou+prakti%C4%8Dt%C3%AD+I%C3%A9ka%C5%99i+usnadnit+obt%C3%AD%C5%BEnou+situaci+neform%C3%A1ln%C3%ADch+pe%C4%8Dovatel%C5%AF.+Praha.+Praktick%C3%BD+I%C3%A9ka%C5%99+2021%2C+ro%C4%8D.+101%2C+%C4%8D.+6&sId=Ohlws_uNXbbJhWB1jHYj&sgId=MC4zMjg2NzkwOTE5MzQ0MDE1IDE3MTM5ODQ3MzIuMDQ2&sourceid=62744

Zdravotnictví Zlínského kraje 2030 [online] 2022 [cit. 2023-9-1]. Dostupné z: <https://old.kr-zlinsky.cz/zdravotnictvi-zlinskeho-kraje-2030-cl-5538.html>

Internetové zdroje:

BYZNYS PRO SPOLEČNOST, 2018. Podpora pečujících osob na trhu práce. [online] 2018 [cit. 2023-8-5].

Dostupné z: <https://byznysprospolecnost.cz/podpora-pecujicich-osob-na-trhu-prace/#popis>

CARERS UK, 2013. Employers for Carers. [online] 2023 [cit. 2023-8-5].

Dostupné také z: <https://www.employersforcarers.org/>

CARERS UK, 2019. Carer Positive Employer in Scotland. [online] 2023 [cit. 2023-8-5].

Dostupné také z: <http://www.carerpositive.org/>

CENTRUM PEČOVATELSKÉ SLUŽBY FRÝDEK MÍSTEK. Potřebujete zajistit péči o blízkého člověka v domácím prostředí? [online] 2023 [cit. 2023-8-5].

Dostupné z: http://www.psfm.cz/files/edukacni_zazemi.pdf

FOND DALŠÍHO VZDĚLÁVÁNÍ, 2018. Jak na péči?: Příručka pro ty, kteří pečují doma o blízkého člověka. Praha: Fond dalšího vzdělávání. [online] 2018 [cit. 2023-8-5].

Dostupné také z: <https://nepe.cz/nepe2.php>

KLÁRA POMÁHÁ, z. s., 2018. Fandíme pečujícím: Kampaň na podporu osob pečujících o své blízké. [online] 2018 [cit. 2023-9-5].

Dostupné z: <http://fandimepecujicim.cz/>

KLÁRA POMÁHÁ, z. s., 2019. Klára pomáhá – pomoc pečujícím, pomoc pozůstalým. [online] 2019 [cit. 2023-10-5].

Dostupné z: <https://www.klarapomaha.cz/>

KOLÍN, 2018. Základní zhodnocení plánu rozvoje rodinné politiky na období 2015–2018 a stanovení plánu na období 2018–2020. [online] 2018. [cit. 2023-8-5].

Dostupné z:

http://www.mukolin.cz/prilohy/Texty/4521/12zhodnoceni_planu_rozvoje_rodinne_politiky_na_obdobi_2015_2018_a_plan_na_obdobi_2018_2020.pdf

PROCES – CENTRUM PRO ROZVOJ OBCÍ A REGIONŮ, s.r.o., 2018. Plán zdraví města Brna 2018–2030. Ostrava: Proces. [online] 2023 [cit. 2023-8-5].

Dostupné

z:

https://www.brno.cz/fileadmin/user_upload/sprava_mesta/magistrat_mesta_brna/OZ/dokumenty/Plan_zdravi_mesta_Brna_verze_final.pdf

SMART PRAGUE, 2019. Informační platforma pro case management v sociálně-zdravotní oblasti na Praze 7. [online] 2023 [cit. 2023-9-8].

Dostupné z: <https://smartprague.eu/projekty/integracni-platforma-pro-case-management-v-socialnezdravotni-oblasti/>

ZLÍNSKÝ KRAJ, 2019. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve zlínském kraji pro období 2020–2022. [online] 2019 [cit. 2023-8-8].

Dostupné z: <https://www.kr-zlinsky.cz/strednedoby-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-ve-zlinskem-kraji-cl3629.html>

ZLÍNSKÝ KRAJ, 2018. Kraj ocenil občany, kteří pečují o své blízké. [online] 2018 [cit. 2023-9-8].

Dostupné z: <https://www.kr-zlinsky.cz/krajocenil-obcany-kteri-pecuji-o-sve-blizke-aktuality-15294.html>

Seznam tabulek

Tabulka č.1: Respondenti kvalitativního šetření – profesionální pracovníci.....	28
Tabulka č.2: Respondenti kvalitativního šetření – neformální pečující.....	29
Tabulka č.3: Analýza stanovených cílů poradenské služby technikou SMART.....	39
Tabulka č.4: Logický rámec projektu odborného sociálního poradenství.....	43
Tabulka č.5: Klíčové aktivity, harmonogram, indikátory plnění projektu.....	45
Tabulka č.6: Projektový záměr služby odborného sociálního poradenství pro neformální pečující.....	47
Tabulka č.7: Kontext projektového záměru.....	48
Tabulka č.8: Harmonogram projektu.....	54
Tabulka č.9: Management rizik projektu.....	55
Tabulka č.10: Finanční rozvaha zajištění provozu poradenské služby-rok 2025.....	57

Seznam příloh

Příloha 1: Reflexe fragmentů 10 rozhovorů z šetření leden-únor 2023	73
---	----

Přílohy

Příloha 1: Reflexe fragmentů 10 rozhovorů z šetření leden-únor 2023.

Profesionálové i manažer poskytovali údaje ochotně: „...*ty lidi potřebují, aby se situace změnila...*“ (lékař), „...*potřebují vědět, jak pečovat...*“ (sestra), „...*služba poradenství usnadní práci i nám...*“ (manažer). Neformální pečující 1 až 5 vypovídaly o potřebnosti poradenství obdobně: „...*není pomoc na jednom místě..*“ uvedla pečující č. 3, „...*když nevíte co konkrétně potřebujete, nenabídnou alternativu...*“ podotkla pečující č. 1, „...*když nemohou nabídnout svoji práci, neporadí jinou službu...*“ sdělila pečující č. 4, „*pracovní dobu mají stejně jako já, když se uvolním z práce místo pomoci mamince, se sestrou obíháme odlehčovací služby...*“ svěřila pečující č.5.

Praktický lékař v obci do 3 000 obyvatel s dlouholetou praxí vyhodnotil, že „*jedinou výhodou je, že už své pacienty znám, ...často i jejich pečující jsou mými pacienty, ... vidím, jak rodiče stárnou, kumulují se jejich zdravotní potíže, ...častěji dostávám otázky na odlehčovací péči, na PnP, ale i domovy, ... lidé nemají dostatek informací, ..otázky se opakují.*“

Všeobecná sestra u praktického lékaře s letitou viděla deficity zejména v nepropojenosti péče o propuštěného klienta ze zdravotnického zařízení: „*příbuzní vůbec neví, co si počít,.. chtěli by se postarat, ale jsou na to sami, nikoho nezajímá jak to zvládnou, ... třeba když je nemocný propuštěn z nemocnice v pátek, rodina netuší, jak se mají připravit, co nakoupit, nedostanou ani léky, jen recepty, ..místo, aby se spolu domlouvali, jak péči zorganizovat, shání léky a pomůcky*“.

Pečovatelka terénní odlehčovací péče č. 1 se vyjádřila, že je „*deprimující, jak lidem časem ubývá sil.... někdy vlastně manželé pečují o sebe navzájem, děti suplují sousedi, vzdálení příbuzní, ...nejhorší je to ve vzdálených obcích, kde žijí jen starší lidé, ...o to víc k sobě mají blízko a pomáhají, dokud mohou.*“

Pečovatelku terénní odlehčovací péče č. 2 trápí, že rodiny často nezvládnou péči v závěru života, i když se o blízkého starali dlouhodobě. „*Některé rodiny se snaží udržet rodiče doma co nejdéle, ...chybí jim ale praktické zkušenosti, co a jak dělat. Asi by to chtělo terénní sestru, co by docházela k nim, ... nemají čas někam chodit nebo se bojí odejít z domu*“

Manažerka ve vedoucí pozici 5 let uvedla, že „*mám osobní zkušenost s péčí v přirozeném prostředí a vím, že není snadná., .. pečující si zaslouží podporu na všech úrovních.*“

Pečující se vyjadřovali velmi obsírně, vnímala jsem, jak jim schází podpora, ale nebyly úplně schopni konkretizovat co postrádají nejvíce. Patrná byla u některých roztrpčenost, nad tím, že jejich situace nikoho nezajímá.

Pečující č. 1 uvedla jako podstatné „*potíže v rodině kvůli navýšení PnP, ... nevím, jak švagrové vysvětlit, že slouží k úhradě mé péče., potřebovala bych nejvíc mediační podporu ve vztahu se švagrovou, ...pomohlo by sdílení postřehů z péče, jak to dělají jiní pečující, ...možná i porady právní,“*

Pečující č. 2 měla nejvíce ujasněné potřeby, vzhledem k dlouhodobosti péče je s problematikou péče více obeznána, má dlouholeté zkušenosti zejména v oblasti nevstřícného chování veřejnosti: „*Péči zvládají v rodině dobře, dříve pomáhali prarodiče, jak zestárli potřebují sami pomoci. ..obavy mám jak zvládneme péči o syna i nesoběstačné rodiče, cítíme se jim zavázáni...“*

Pečující č. 3 se ocitla v situaci ocitla náhle, doslova ze dne na den. Maminka byla donedávna vitální, bydlela v penzionu, kde měla veškerou péči zajištěnu. Děti docházely pouze na návštěvu. Potíže nastaly při propuštění maminky z nemocnice. Její zdravotní stav nedovoluje návrat do penzionu a sourozenci se nemohou domluvit, jak zajistit následnou péči. Respondentka byla rozhořčena na sourozence, sama se těžce vyrovnává s novou situací. „*Sourozenci považují za samozřejmé, že se postarám, nemám děti, ... i já mám svůj život, práci, .. nevím, jak pokračovat až skončí dlouhodobé ošetrovné, ...hledám možnosti, ptám se, ... u lékaře jsem měla pocit, že obtěžuji..., každý řekne něco jiného, pošle mně jinam.“*

Pečující č. 4 bydlí na samotě a osobní péči podporuje částečně nesoběstačného manžela: „*...děti nejezdí, nevíme jak dál, koho se zeptat, ...pomáhají sousedi, služba sem dál nechce jezdit-jsmo moc daleko, na samotě,.. musíme podat žádost do DpS, ... je to těžké, žijeme tu celý život.“* Podobná situace se v našem regionu opakuje celkem často. Vzdálené vesnice se vyliďňují, děti odešly za prací a rodiče zde zůstávají zcela osamoceni.

Pečující č. 5 souborně představují 3 pečující, maminka a její dvě dcery. Hovořila jsem se starší dcerou, která měla v péči o tatínka v závěru života jasno, ale mladší sestra s maminkou sdílely odlišný názor. Trápilo ji, že převozem do nemocnice tatínkovi sice prodlouží „*na chvíli život, tatínek strádá a ona nemá odvahu o tom hovořit s rodinou.“* „*Do poslední hospitalizace jsme péči zvládaly dobře, nyní vůbec nevím, jak dál, mamince docházejí síly. Progrese stavu je rychlá, naposledy lékař naznačil, že tatínek umírá. Nechaly jsme ho odvézt do nemocnice, protože jsme vůbec nevěděly, co si počít. ...máme rozdílné názory na další průběh, ...těžko se o tom mluví, umírá mně tatínek (pláč, po delší odmlce pokračuje). Až maminčina sestra nám řekla, že má dobrou zkušenost se zdravotní sestrou, která jim před léty poradila. Ulevilo se mně, někdo nám pomůže, je možnost, jak péči doma zvládnout. Zkontaktovaly jsme mobilní hospic a doprovázíme tatínka doma. Tak si to přál.“*