



Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

VZNIK DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ OŠETŘOVATELSKÉ A PALIATIVNÍ PÉČE

Bakalářská práce

Studijní program

Sociální práce

Autor: Ludmila Dostálová, MBA

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Ivana Olecká, Ph.D.

Olomouc 2023



Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

VZNIK DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ OŠETŘOVATELSKÉ A PALIATIVNÍ PÉČE

Bakalářská práce

Studijní program

Sociální práce

Autor: Ludmila Dostálová, MBA
Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Ivana Olecká, Ph.D.

Olomouc 2023

Prohlášení

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

V Olomouci 27. 4. 2023

Ludmila Dostálová, MBA

Poděkování

Srdečně děkuji vedoucí práce, paní PhDr. Mgr. Ivaně Olecké, Ph.D. za její odborné vedení v průběhu psaní práce. Jsem vděčná za připomínky, trpělivost a zpětnou vazbu, kterou mi poskytovala. Poděkování za podporu ve studiu patří také celé mé rodině.

Obsah

Úvod.....	8
1 Rešerše výzkumů a zdrojů k tématu.....	11
2 Domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče.....	15
2.1 Vymezení pojmů	15
2.2 Formy paliativní péče.....	16
2.3 Profit domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče pro klienta, rodinu a společnost.....	19
2.4 Klient domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče.....	20
3 Propojení tématu s teoriemi a metodami sociální práce.....	24
3.1 Sociální pracovník a jeho role v práci s klientem a rodinou.....	24
3.2 Teoretická východiska sociální práce s klientem a rodinou	25
3.2.1 Metody a techniky – sociální práce s klientem a rodinou.....	26
4 Etické hledisko	32
4.1 Sociální práce a s ní spojené etické problémy a dilemata.....	33
5 Propojení tématu se sociální politikou	36
5.1 Financování domácí ošetrovatelské a paliativní péče	40
6 Legislativa	42
7 Analýza potřebnosti	44
7.1 Výdaje na veřejné zdravotnictví v České republice.....	44
7.2 Příčiny vzniku problému a jeho dopady na cílovou skupinu a společnost	45
7.3 Příklady řešení dané problematiky v České republice	46
7.4 Metoda SWOT analýza	47
7.5 Zmapování konkurence v území regionu Moravskotřebovsko a Jevíčko	48
7.6 Velikost a specifika cílové skupiny vzhledem k řešenému problému	48
7.7 Použité metody získání uvedených dat, vyhodnocení výchozího stavu	49
7.8 Stakeholdeři zapojeni do řešení uvedené problematiky.....	50
8 Projekt	51
8.1 Cíle projektu.....	51
8.2 Základní údaje – realizátor projektu	51
8.3 Základní informace o území, kde bude projekt realizován.....	52
8.4 Druh služby, forma, provozní doba služby.....	54
8.5 Popis služby, průběh, nabízené činnosti	54
8.6 Popis a analýza potřeb cílových skupin	57
8.6.1 Primární cílová skupina	58
8.6.2 Sekundární cílová skupina	59
8.7 Provedení terénního průzkumu na potvrzení analýzy potřebnosti.....	60
8.8 Logframe a management rizik	60

8.9 Klíčové aktivity, indikátory, výstupy a výsledky	65
8.10 Harmonogram projektu	71
8.10.1 Ganttův diagram	73
8.11 Rozpočet	74
8.12 Popis přidané hodnoty projektu	75
Závěr	77
Bibliografie	79
Seznam obrázků	85
Seznam tabulek	86
Seznam příloh	87
Přílohy	88

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na téma domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče v České republice.

Cíl: Cílem práce je zpracovat projekt na zřízení služby Domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče pod Charitou Moravská Třebová.

Metodika: Bylo využito přehledové studie. Pomocí kombinace hlavních klíčových slov byly vyhledány odborné zdroje, které byly využity pro zpracování teoretických poznatků a analýzy potřebnosti týkající se dostupnosti domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče.

Výsledky: Výsledkem je zpracovaný projekt, jehož součástí je zmapování rizik a nastavení preventivních opatření, zohledňující časovou i rozpočtovou stránku. Jsou v něm stanoveny hlavní klíčové aktivity, výstupy i indikátory. Projekt je plně způsobilý k realizaci.

Závěr: Vytvořený projekt může být oporou pro Charitu Moravská Třebová při získání finančních prostředků pro zřízení nové služby v regionu Moravskotřebovsko a Jevíčko. Případně může sloužit i dalším potencionálním poskytovatelům sociálně zdravotních služeb poskytovaných v přirozeném sociálním prostředí klienta.

Klíčová slova: domácí zdravotní péče, ošetrovatelská péče, paliativní péče, pacient v terminálním stavu, klient paliativní péče, sociální pracovník v paliativní péči.

Abstract

The bachelor thesis focuses on the topic of home nursing and palliative care in the Czech Republic.

The aim: The aim of the thesis is to elaborate a project for the establishment of the service Home Health Nursing and Palliative Care under the Charity Moravská Třebová.

Methodology: A review study was used. Using a combination of the main keywords, expert sources were searched and used to elaborate theoretical knowledge and needs analysis regarding the availability of home health nursing and palliative care.

Result: the result is a project that includes risk mapping and setting up preventive measures, taking into account both time and budget.

It sets out the main key activities, outputs and indicators. The project is fully eligible for implementation

Conclusion: the created project can be a support for the Charity Moravská Třebová in obtaining funds for the establishment of a new service in the region of Moravskotřebovsko and Jevíčsko. It can also serve other potential providers of social and health services provided in the natural social environment of the client.

Keywords: home health care, nursing care, palliative care, terminal patient, palliative care client, palliative care social worker.

Úvod

Bakalářská práce se zabývá tématem domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče v České republice. Téma bylo zvoleno pro svou aktuálnost, zejména ve vztahu k nedostatečné dostupnosti sociálně zdravotních služeb poskytovaných v přirozeném sociálním prostředí klienta.

Cílem práce je zpracovat projekt na zřízení služby Domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče pod Charitou Moravská Třebová. Realizací projektu dojde ke zvýšení dostupnosti služby pro občany žijící v regionu Moravskotřebovsko a Jevíčko.

Domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče je specifický model péče založený na kombinaci služeb určených nemocným či umírajícím lidem. Služby jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí klienta. Prioritou a benefitem je komplexní péče o klienta, ale i podpora jednotlivých členů jeho rodiny, kteří musí čelit těžkým životním situacím, v neposlední řadě i smrti blízké osoby. Nejedná se pouze o zajištění péče po stránce zdravotní, nedílnou součástí služby je také oblast sociální práce. Na klienta domácí zdravotní péče je pohlíženo z hlediska celostního přístupu, což znamená saturaci biologických, sociálních, psychologických a spirituálních potřeb.

Dostupnost domácí zdravotní péče se výrazně zlepšila, přesto není tato forma služby stále na všech územích České republiky pokryta. Ze strany státu je projevována snaha o zlepšení situace, což vyplývá i z cílů zakotvených v národních strategických a koncepčních dokumentech. I přes vysoce rozvinutou zdravotní péči v ČR není umožněno všem potřebným žadatelům tento druh péče využít. Vzhledem k demografickému vývoji v ČR, kdy statistické údaje ukazují zvyšující se počet stárnoucí populace, je problematika řešena zejména ve vztahu k cílové skupině seniorů. Tato forma péče se však týká všech terminálně nemocných a umírajících osob, které službu potřebují a chtějí prožít těžké chvíle spojené s nemocí či umíráním doma. Zvláštní pozornost je potřeba věnovat lidem v produktivním věku, sociální práce se týká i dětí, na které se často zapomíná.

Uvedená služba stojí na pomezí sociálně zdravotních služeb. Péči o klienta zajišťuje z medicínského hlediska odborný zdravotnický personál, který v souvislosti s cílovou skupinou (nemocný, umírající člověk) používá označení „pacient“. Na poli sociální práce je k označení uvedené cílové skupiny používán termín „klient“ nebo „uživatel“. Pro účely této práce je zvolen termín klient.

Bakalářská práce je rozdělena do osmi hlavních kapitol. V první kapitole je zpracována rešerše zdrojů a výzkumů vztahujících se k tématu. Je popsána rešeršní strategie, včetně jednotlivých zdrojů, kterých bylo v práci využito.

V druhé kapitole jsou objasněny pojmy týkající se poskytování domácí zdravotní péče, včetně popisu osob, které mohou služby využívat. Jsou popsány druhy péče a rozdíl mezi nimi, je vyzdvihnut i profit služby pro klienta, rodinu a společnost.

Třetí kapitola se věnuje propojení tématu s teoriemi a metodami sociální práce, je objasněna role sociálního pracovníka. Důraz je kladen na teoretická východiska, metody práce s klientem a rodinou, jsou zmíněny techniky sociální práce zaměřující se na práci s jednotlivcem i se skupinou. Sociální práce s klienty domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče je založená především na multidisciplinární spolupráci, kterou koordinuje sociální pracovník. Jeho role case managera je v této službě nezastupitelná.

Čtvrtá kapitola je zaměřena na oblast etiky, jsou představeny příklady možného porušování Etického kodexu Společnosti sociálních pracovníků ČR, etických dilemat a problémů z pohledu mikro, mezo a makro úrovně.

Pátá kapitola je věnována oblasti sociální politiky, jejímu propojení s oblastmi sociální práce a s oblastí zdravotnictví. Hlavními aktéry jsou Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR a Ministerstvo zdravotnictví ČR, kteří ovlivňují v rámci svých kompetencí dostupnost a vývoj domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče na území České republiky. Důležitým aspektem je oblast financování. Jsou prezentovány hlavní principy sociální politiky a možnosti systému sociální ochrany. Velmi důležité je i poradenství pro pozůstalé. Kapitola je zaměřena také na oblast zdravotní politiky, jsou zmíněny hlavní strategické dokumenty, v kterých lze najít oporu pro rozvoj a zajištění dostupnosti služeb domácí zdravotní péče na území České republiky.

Šestá kapitola se týká oblastí legislativy, jsou uvedeny nejdůležitější zákony a vyhlášky vztahující se k poskytování popisované služby.

V sedmé kapitole je zpracována analýza potřebnosti, která je východiskem pro zpracování projektu zaměřeného na vznik výše uvedené služby s působností v regionu Moravskotřebovsko a Jevíčko. Součástí analýzy potřebnosti je SWOT analýza, která reflektuje silné, slabé stránky, příležitosti a hrozby Charity Moravská Třebová, jakožto vhodného realizátora projektu.

Osmá kapitola je věnována projektové části práce. Je představen název a cíl samotného projektu, základní údaje o realizátorovi, včetně informací o území, kde bude projekt realizován. Jsou prezentovány hlavní činnosti služby, která díky projektu vznikne, i úloha sociálního pracovníka. Je specifikována také primární a sekundární cílová skupina, pro kterou bude služba určena, včetně jejich potřeb. V rámci projektu byl popsán výsledek terénního průzkumu potvrzujícího analýzu potřebnosti. Součástí kapitoly jsou identifikovaná rizika, jejich možné dopady na realizaci projektu a stanovená preventivní opatření. Důležitý je logframe, na jeho základě byly definovány klíčové aktivity, výstupy a výsledky a ověřitelné indikátory naplnění jednotlivých klíčových aktivit. V Ganttově diagramu je graficky znázorněn časový harmonogram průběhu klíčových aktivit projektu, včetně aktivit plánovaných. Je zpracován rozpočet s vazbou na klíčové aktivity, jeho grafické znázornění je uvedeno v příloze této práce. V podkapitole věnující se rozpočtu jsou uvedeny předpokládané zdroje krytí nákladů. Konkrétní částky výnosů uvedeny

nejsou, neboť v současné době je projekt v přípravné fázi a částky nelze předem adekvátně nastavit. Osmá kapitola obsahuje také popis přidaných hodnot projektu, kterými jsou především komplexnost péče, holistický přístup, odborné poradenství, individuální přístup k potřebám a přáním klienta. Akcent je kladen na hodnotové ukotvení realizátora projektu a podporu všech členů rodiny, což je základem kvalitní paliativní péče. Díky těmto benefitům se služba stává v regionu Moravskotřebovsko a Jevíčko ojedinělou.

Vznik nové služby Domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče přispěje k zajištění dostupnosti služby v regionu Moravskotřebovsko a Jevíčko, holistický přístup ke klientům a komplexní péče mohou významně přispět ke zvýšení kvality života nemocných a umírajících osob a členů jejich rodiny, zejména osob pečujících.

1 Rešerše výzkumů a zdrojů k tématu

Metodika rešerše:

Rešerše zdrojů k tématu domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče byla realizována prostřednictvím přehledové studie odborných zdrojů. Pomocí kombinace hlavních klíčových slov: domácí zdravotní péče, ošetrovatelská péče, paliativní péče, terminální stádium nemoci, role sociálního pracovníka, klient paliativní péče, práce s umírajícími, multidisciplinární tým, rodinní pečující, byly vyhledány odborné texty z elektronické databáze EBSCO, Knihovny Univerzity Palackého v Olomouci (Zbrojovka) a Knihovny Ladislava z Boskovic v Moravské Třebové. Dále byly vyhledány zdroje prostřednictvím internetových stránek Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, Ministerstva zdravotnictví ČR, Ministerstva vnitra ČR, Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, Pardubického kraje, Města Moravská Třebová. Rovněž byly prohledány webové stránky Světové zdravotnické organizace (WHO), Mezinárodní federace sociálních pracovníků (IFSW) a Společnosti sociálních pracovníků ČR.

V databázi Knihovny Univerzity Palackého v Olomouci bylo nalezeno 96 zdrojů (n = 96), v databázi EBSCO bylo nalezeno 770 zdrojů (n = 770), v Městské knihovně Ladislava z Boskovic bylo nalezeno 18 knih (n = 18). V databázi Google Scholar a na dalších internetových portálech bylo nalezeno 450 zdrojů (n = 450). Celkem bylo nalezeno 1354 zdrojů, po odstranění duplicit zbylo 1077 zdrojů. Z nalezených záznamů byly vyřazeny zdroje, které nebyly v plnotextu (vyřazeno 768 záznamů). Ověřeno bylo celkem 310 záznamů. Z důvodu zjištění a dalšího porovnávání výsledků bylo využito elektronických časopiseckých zdrojů: Zdravotnický deník, Euroactive, Zdraví. euro. cz. Tyto zdroje byly vyhledány prostřednictvím odkazu na hlavní portál uvedeného časopisu.

Výsledky ukázaly, že problematika domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče je v současné době i v České republice aktuální. Zdroje k tématu byly s pomocí klíčových slov snadno dohledatelné. Vzhledem k tomu, že téma domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče se týká oblasti sociálně zdravotní, bylo nutné pro dosažení požadovaných výsledků, specifikovat některé zdroje pouze směrem k oblasti sociální práce, jiné zdroje byly vztahovány pouze k oblasti zdravotní péče nebo zdravotních služeb.

Téma bakalářské práce se týká oblasti sociální i zdravotní, z čehož vyplývá i rozdílná terminologie. Ve zdravotnictví je při označení cílové skupiny (nemocného, umírajícího člověka) používán pojem „pacient“. V oblasti sociálních služeb jsou používány 2 termíny – „klient“ nebo „uživatel“. V souvislosti s výše uvedeným byla do vyhledávačů zadávána slovní spojení „pacient domácí péče“, poté byl výraz nahrazen slovem „klient domácí péče“. Postupně byly přidávány výrazy „terminální stádium nemoci“, „zdravotní služby, sociální služby“. Z důvodu vyhledávání dalších dat,

zaměřených na oblast sociální práce a sociální politiky, byly vyhledávány zdroje, v nichž je používán pojem „klient“.

Výrazy byly dále specifikovány pomocí nadřazených a podřazených slov či spojení. Vzhledem k zaměření tématu má svůj význam také objasnění role sociálního pracovníka a jeho ukotvení v teoretických východiscích, metodách a technikách sociální práce s klientem. K vyhledání slov, vztahujících se k dalším zdrojům za účelem prohloubení znalostí v jednotlivých částech tématu, byly zadány nadřazené výrazy: „reformní přístup“, „terapeutické paradigma“, „poradenské paradigma“, „přístup zaměřený na člověka“, „systemický přístup“, „práce s jednotlivcem“, „práce s rodinou“, „skupinová práce“, „sanace rodiny“, „případová konference“, „case management“. Dalšími klíčovými výrazy byla následující spojení: „etické hledisko v sociální práci“, „etické dilema“, „etický problém“. Na základě uvedených klíčových slov byly zjištěny zdroje informací, které byly podkladem pro zpracování jednotlivých částí (kapitol) absolventské práce – vymezení hlavních pojmů vztahujících se k tématu domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče, okruhu osob, které mohou službu využívat, teorií, metod a technik sociální práce a etického hlediska.

Do vyhledávačů byla postupně zadávána další klíčová slova „sociální politika“, „principy sociální politiky“, „sociální ochrana“, „integrovaná péče“, „financování domácí zdravotní péče“, „strategické dokumenty k domácí péči“, „strategické dokumenty týkající se paliativní péče“. Díky vyhledaným odborným zdrojům bylo možné získat informace k oblasti sociální politiky, kam spadá systém sociální ochrany, zdravotní politika, poradenství pro pozůstalé, nástroje sociální politiky, integrovaná péče a další.

Pro zpracování analýzy potřebnosti byly využity internetové zdroje, kde byly vyhledány strategické dokumenty a analýzy, statistická data týkající se výdajů na veřejné zdravotnictví. Byl prozkoumán Ústav zdravotnických informací a statistiky, Národní zdravotnický informační portál, Český statistický úřad. Z důvodu zjištění informací týkajících se příkladů dobré praxe poskytovatelů, kteří dlouhodobě provozují služby domácí zdravotní paliativní péče byly prohledány webové stránky Oblastní charity Polička, Charity Červený Kostelec, Cesta domů. z. s. Co se týká zjištění konkurence, byl zjištěn jeden poskytovatel služby domácí zdravotní péče, Sestřička.cz, který působí v celém území Svitavska, kam spadá i region Moravskotřebovsko a Jevíčko. Uvedený poskytovatel neposkytuje komplexní paliativní péči, ale zaměřuje se na péči zdravotní. Dalším poskytovatelem, který v území působí, je Oblastní Charita Polička, která působí také na celém Svitavsku, provozuje domácí hospic se specializovanou paliativní péčí. V souvislosti s analýzou potřebnosti, která může sloužit jako podklad pro zpracování projektu týkajícího se vzniku nové služby Domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče, byly využity také informace získané od zaměstnanců Charity Moravská Třebová, jakožto potencionálního realizátora projektu. Se zaměstnanci byla provedena SWOT analýza (viz. Příloha 8).

Vyřazovací kritéria:

Při výběru zdrojů odborných publikací, statí a internetových zdrojů bylo specifikováno časové hledisko od roku 2001–2023. V bakalářské práci bylo pracováno s novější literaturou a odbornými zdroji od známých autorů. Starší literatura z roku 2001 byla vybrána mimořádně, pouze z hlediska kvality obsahu vztahujícího se k tématu sociální práce a zvoleným teoriím, metodám a technikám. Výběr starší literatury byl proveden například ve vztahu k autorovi Pavlovi Navrátilovi, který je považován za odborníka v oblasti sociální práce. V této absolventské práci byla použita jeho publikace „*Teorie a metody sociální práce*“, z níž byly čerpány informace pro zpracování části tématu propojeného s oblastmi teorií, metod a technik sociální práce.

Zohledněno bylo také jazykové hledisko: téma práce je zpracováno s ohledem na podmínky týkající se poskytování služeb domácí ošetrovatelské a paliativní péče v České republice. Z toho důvodu byly odborné publikace a elektronické zdroje vybírány převážně v českém jazyce. Ze zahraničních internetových zdrojů byla použita stať od Seana Morrisona, publikovaná v elektronickém Zdravotnickém deníku (2016). Byl využit také internetový zdroj z portálu International of Federation of Social Workers, z kterého byla použita mezinárodní definice sociální práce (2019). Analýza potřebnosti byla zpracována částečně s pomocí internetového zdroje Světové zdravotnické organizace (2023).

Po uplatnění vyřazovacích kritérií bylo v bakalářské práci použito celkem 81 odborných zdrojů, z toho 28 odborných knih, 18 elektronických časopiseckých statí, 11 elektronických zdrojů s informacemi zveřejněnými na webových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, Ministerstva zdravotnictví ČR, Ministerstva pro místní rozvoj ČR. Dále byly využity zdroje informací z 22 webových stránek institucí zabývajících se problematikou domácí zdravotní péče, byly použity 2 elektronické zdroje z portálu Zákony pro lidi (2023), kde byly čerpány informace ze zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Na portálech uvedených ministerstev byly vyhledány a následně zvoleny aktuální strategické dokumenty, z kterých byly čerpány údaje pro zpracování kapitol zaměřených na oblast sociální politiky, financování, legislativy a analýzy potřebnosti. Z portálu Ministerstva zdravotnictví byly vybrány tyto elektronické zdroje: „*Zdraví 2030 – Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030*“ (2023), „*Zdraví 2030 – analytická studie*“ (2019), „*Memorandum ministerstva zdravotnictví, zdravotních pojišťoven a České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP o spolupráci na systematickém rozvoji paliativní péče v ČR*“ (2019), „*Koncepce domácí péče*“ (2021). Z portálu Ministerstva práce a sociálních věcí ČR bylo čerpáno z těchto zdrojů: „*Metodické doporučení MPSV č. 2/2010 pro postup orgánů sociálně právní ochrany dětí při případové konferenci*“, „*Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021–*

2025“, „Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025“. Z portálu Ministerstva pro místní rozvoj byl využit zdroj „Péče o pozůstalé v ČR“ (2023), byly využity také informace ze studie od Misconiové (2006, 2003).

Porovnání výsledků zvoleného tématu bylo provedeno pomocí uvedených publikací a zdrojů z odborných časopisů Zdravotnický deník, Zdraví.eu. cz a Euroactive. Bylo použito také informací z internetových portálů Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (2023), Svazu zdravotních pojišťoven (2023), Národního zdravotnického informačního portálu (2023), Českého statistického úřadu (2020), Pallium (2022), Umírání.cz (2016). Dále byly využity zdroje z portálů Centrum paliativní péče (2019) a Cesta domů, z. ú., která je v ČR významným poskytovatelem a uznávaným odborníkem v oblasti péče o umírající.

Při zpracování bakalářské práce bylo čerpáno z knih autorů: Arnoldová (2016), Bechyňová a Konvičková (2008), Bowlby (2013), Bužgová a kol. (2019), Dvořáčková (2018), Chvilová Weberová (2019), Jarošová (2007), Jungbauerová a kol. (2020), Kabelka (2017), Kalvach (2019), Kast (2015), Kubalčíková a kol. (2015), Krebs (2015), Marková (2021), Matoušek a kol. (2013, 2012, 2011, 2008), Nykl (2012), Payne (2014), Plevová a kol. (2019), Rogers (2014), Skála a kol. (2011), Sláma a kol. (2020, 2011), Smutek (2006), Sobotková (2007), Student a kol. (2006), Sýkorová (2008), Šafrová Drážilová (2019), Špráchalová (2021), Tomeš (2015, 2010)

Vybrané texty byly důkladně přečteny a následně využity do této absolventské práce. Bližší specifikace rešeršní strategie je uvedena v PRISMA Flow Diagramu, který je uveden v Příloze 1.

Závěr:

Na základě studií odborných materiálů byly popsány teoretické poznatky o domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péči a jejím přínosu pro těžce nemocné a umírající jedince, rodinu a společnost. Výsledky zpracované analýzy potřebnosti ukázaly, že služby domácí zdravotní péče, zejména paliativní, nejsou po celém území České republiky pokryty. Nedostupnost domácí péče je celospolečenským problémem, který je třeba řešit.

Klíčová slova:

V rešerši byla použita tato klíčová slova: domácí zdravotní péče, ošetrovatelská péče, paliativní péče, pacient v terminálním stavu, klient paliativní péče, sociální pracovník v paliativní péči, teorie a metody sociální práce, sociální politika, legislativa paliativní péče, poradenství pro pozůstalé.

2 Domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče

V dnešní době moderní medicíny očekáváme vyléčení z nejrůznějších druhů nemocí. Přestože se mnohá onemocnění vyléčit daří, není tomu tak ve všech případech. Naše populace trpí zejména chronickým onemocněním, která život člověka méně či více zkracují (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

Člověk trpící nevléčitelnou nemocí nemusí být v dnešní době rozvinuté medicíny léčen pouze v nemocnici a nemusí těžce snášet bolest a s ní spojené utrpení. Existuje paliativní medicína, která nabízí medicínské řešení dopadů nemoci, ale usiluje také o zachování co nejvyšší možné míry kvality života, kterou určuje sám klient (Národní zdravotní informační portál, 2023). Jak uvádí Misconiová (2006) paliativní péče se v prostředí české společnosti dostává do většího povědomí a poskytování této sociálně zdravotní služby mimo nemocniční či jiná pobytová zařízení nabývá vyšší důležitosti, než tomu bylo v minulých letech.

2.1 Vymezení pojmů

Světová zdravotnická organizace definuje domácí zdravotní péči jako aktivní a komplexní péči poskytovanou pacientovi trpícímu nevléčitelnou nemocí v terminálním nebo pokročilém stádiu. Péče je zaměřena na kvalitu života nemocného. Jedná se o formu ošetrovatelské péče, paliativní, případně rehabilitační. V dokumentu Koncepce domácí péče vydané Ministerstvem zdravotnictví ČR je uvedeno, že je to druh péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí člověka v akutní nebo chronické fázi onemocnění, zdravotně postiženého (tělesně, mentálně) a závislého na pomoci další osoby. Za vlastní sociální prostředí pacienta/klienta je považován jeho domov nebo jiné prostředí, které domov nahrazuje, jako např. pobytová sociální služba (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020).

Ošetrovatelská péče je poskytována jako takzvaná zdravotnická odbornost 925. Jejím cílem je udržet, podporovat, navrátit zdraví nemocného člověka, rozvíjet jeho soběstačnost, zmírňovat příznaky terminálního stavu, bolesti a utrpení a pomoci zajistit klidné umírání nebo smrt (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

Paliativní péče znamená specifický přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocným, tiší bolest, snižuje utrpení nevléčitelně nemocných. Péče je směřována jak ke klientovi (pacientovi), tak k členům jeho rodiny, nejbližším a pečujícím osobám (Centrum paliativní péče, 2019). Jak uvádí Marková a kol. (2021), některým klientům může výrazně prodloužit délku života. V neposlední řadě poskytne pomoc v době umírání až do klientovy smrti. Paliativní péče je založena především na holistickém přístupu k nemocnému. Nevléčitelné onemocnění se neprojevuje jen tělesnými příznaky,

ale bývá spojeno s utrpením v oblasti psychické, sociální, existenciální a spirituální. V terminální fázi nemoci není možné jednotlivé příznaky bolesti zmírňovat odděleně, což shrnuje tzv. koncept formulovaný Cicely Saundersovou „total pain“ - v překladu znamená koncept „totální bolesti“ – viz. Příloha 2.

Jak uvádí Centrum paliativní péče, tato forma péče si klade za cíl udržet kvalitu života klienta na co nejvyšší možné úrovni. Z toho důvodu je důležité, aby byla komplexní domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče o člověka v terminálním stádiu nemoci zahájena co nejdříve po zjištění diagnózy. Tím může být dosaženo větší spokojenosti a oproti pobytu v nemocničním nebo jiném pobytovém zařízení i vyšší délky života (Centrum paliativní péče, 2010). Dalším velmi důležitým cílem paliativní péče je chránit důstojnost člověka, respektovat jeho hodnoty, důsledně zohledňovat individuální potřeby a přání nemocného, chránit jeho lidská práva, jako je například právo na sebeurčení. V neposlední řadě domácí paliativní péče vyzdvihuje význam rodiny a nejbližších přátel klienta, kterým také nabízí oporu a pomoc při zajišťování péče, při zvládání zármutku a truchlení, a to i po smrti jejich blízkého (Cesta domů, 2016).

Domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče je založena především na principu „*interdisciplinární*“ součinnosti, což znamená koordinovanou a vzájemnou spolupráci členů tzv. multidisciplinárního týmu. Nedílnou součástí tohoto týmu je rodina a nejbližší osoby klienta.

Tým je složen zpravidla z těchto profesí: lékař, zdravotní sestry, sociální pracovník. Součástí týmu může být také kněz nebo jiný duchovní (jáhen, nemocniční kaplan), psychoterapeut, psycholog. Do péče a podpory mohou být zapojeni i dobrovolníci, sousedé a další osoby z komunity, díky nimž bude moci klient setrvat co nejdéle v přirozeném sociálním prostředí (Centrum paliativní péče, 2019).

Mezi důležité principy, na kterých stojí domácí paliativní péče patří také zmocňování (empowerment), podpora autonomie a soběstačnosti klienta (podpora nemocného v převzetí kontroly nad okolnostmi svého života a dosahování osobních cílů). Neméně důležitý je princip subsidiarity (podpora klienta k tomu, aby si dokázal co nejvíce pomoci sám a byl co nejméně závislý na pomoci jiné osoby-nebyl pasivním příjemcem péče). Péče o terminálně nemocného klienta vyžaduje lidský přístup, jehož základem je empatie (Kalvach, 2010).

2.2 Formy paliativní péče

Jak uvádí Národní zdravotnický informační portál (2023), v dnešní době se můžeme setkat s mnohými odborníky, kteří mají specializaci na paliativní péči. Medicínský obor paliativní medicíny nabízí účinnou léčbu bolesti a příznaků nemoci, má respekt k rozmanitosti lidských potřeb a k lidské důstojnosti nemocného člověka, zastává postoj

práva na informovanost, což se týká i sdělení diagnózy a prognózy nemoci. Pokud nelze nemoc vyléčit, je zavedena paliativní péče zaměřující se na zachování kvality života klienta, a to v co nejvyšší možné míře.

Paliativní péči by měli být schopni poskytnout všichni poskytovatelé zdravotních služeb, kteří se setkají s člověkem v těžkém stádiu nemoci, ať už se jedná o chronické onemocnění, nebo akutní. Může se jednat o poskytovatele péče lůžkové, kam spadají léčebny dlouhodobě nemocných nebo běžné nemocnice, ale i poskytovatele ambulantní péče (praktičtí lékaři).

Další variantou je forma domácí zdravotní péče, která probíhá v přirozeném domácím prostředí klienta, za aktivní spolupráce rodiny, pečujících či blízkých osob. Tato forma péče není v dnešní době již pouze výsadou specializovaných zařízení. Pokud některá onemocnění vyžadují specializovaný medicínský přístup, může nemocný člověk využít služeb hospice, a to buď domácího (mobilního) nebo lůžkového. Při hospicové péči jsou někde zřizovány i denní stacionáře, které doplňují péči během dne (Národní informační zdravotnický systém, 2023).

V domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péči rozlišujeme dva hlavní typy péče – obecnou, která může být poskytována jako zdravotnická odbornost 925, se speciálním „signálním kódem“ (*definuje ošetrovatelskou péči o pacienta v terminálním stavu*) a specializovanou, odbornost označená kódem 926 (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020).

Obecná paliativní péče znamená zajištění péče o nemocného člověka na konci života praktickým či ošetrojícím lékařem, všeobecnými zdravotními sestrami a dalšími profesionály, kteří nemusí být výhradně specialisty na paliativní medicínu, avšak znají její zásadní postupy a principy. Součástí péče je léčebný plán vycházející ze zdravotního stavu, ale také z přání, hodnot a individuálních potřeb nemocného. Součástí péče je kvalitní léčba bolesti, poskytování sociální podpory a poradenství klientovi i jeho rodině. Dobrá paliativní péče poskytovaná touto formou může mít v závěru života prospěch a může být dostačující. Tuto péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s přihlédnutím ke specifikům své odbornosti. Obecnou paliativní péči mohou zajišťovat praktický lékař, agentury a další služby domácí péče, geriatrická ambulance.

Specializovaná paliativní péče je poskytována pod vedením lékaře se specializací v oboru paliativní medicíny. Týká se nemocných osob s komplikovaným průběhem a příznaky nemoci, jejich léčba vyžaduje specializované vybavení, postupy a přístupy.

Jak uvádí Plevová a kol. (2019) je nejběžnější formou této formy péče hospic¹ nebo zařízení poskytující specializovanou domácí paliativní péči, kterou je možné poskytovat ve zdravotnických zařízeních (oddělení paliativní péče, konziliární tým). Specializovaná

¹ Pozn: Hospic je lůžkové zařízení v samostatném objektu, které poskytuje specializovanou paliativní péči lidem v preterminálním a terminální fázi nevléčitelné nemoci, s dobou pobytu obvykle 3–4 týdny (Plevová a kol., 2019).

paliativní péče může být zajišťována lidem pobývajícím v domácím prostředí ambulantní formou, probíhá v úzké spolupráci s lékařem, službami obecné domácí péče, případně se specializovanou paliativní péčí. Na jeden či několik dnů v týdnu může klient využít služeb denního stacionáře paliativní péče, kde je nabízena denní forma péče s nabídkou edukačních, relaxačních či rekreačních aktivit. Do nabídky specializované péče patří i zvláštní zařízení paliativní péče, jako jsou například tísňové linky, poradny aj. (Sláma a kol., 2004).

V Příloze 3 je graficky znázorněna struktura paliativní péče v ČR.

2.3 Profit domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče pro klienta, rodinu a společnost

Dle výzkumů provedených organizací Cesta domů (2015) nemají lidé největší strach ze smrti, ale bojí se zejména bolesti, mají obavu, že ztratí svou důstojnost a bojí se samoty. Díky možnosti poskytovat službu v přirozeném domácím prostředí je zkracována doba hospitalizace na nezbytnou dobu, což se pozitivně odráží na fyzickém i duševním stavu klienta. Mezi výhody patří například rychlejší hojení, eliminace infekční nákazy, které mohou při pobytu v nemocnici vzniknout, eliminace přepravy do ambulantních zařízení. Díky větší psychické pohodě se klient může rychleji uzdravit, pokud uzdravení není možné, je nabízeno individuální řešení jak klientovi, tak osobám pečujícím a rodinným příslušníkům. Pro kvalitní poskytnutí komplexní péče je považováno za vhodné, aby byla domácí paliativní péče zahájena hned při zjištění diagnózy a mohla být poskytována současně s léčbou ovlivňující průběh nemoci (např. chemoterapie). Součástí paliativní péče je také poradenství, podpora, péče a poradenství pro pozůstalé. Přístup k péči o pozůstalé není v současné době v naší společnosti stále rozšířený (Sláma a kol., 2020).

Profesor Sean Morrison² (In Koubová, 2016), newyorský geriatr a paliatr, uvádí: „Paliativní péče přináší lidem kvalitu života i úspory, přesto ji stále málo využíváme.“

V časopise Zdravotnický deník Koubová doplňuje, že dobře poskytovaná paliativní péče má přínos ve vztahu k ekonomickým úsporám, pomoci členům rodiny a ke zlepšení kvality konečné fáze života. Paliativní péči není nutno spojovat pouze s konečnou fází života, ale jejím účelem je pomáhat v průběhu zvládání a překonávání obtíží spojených s nemocí. Výsledkem může být i prodloužení života. Tato péče poskytuje nemocnému nejen léčbu příznaků, ale zejména emocionální, spirituální podporu a jistoty. Má být zaměřena i na rodinné pečující.

Dle Morrisona: „*jsou pečovatelé vystaveni vyššímu riziku depresí a úmrtí, snižuje se jejich kvalita života, hrozí jim ztráta zaměstnání a výdělku.*“ V roce 2010 byla provedena studie, jejímž závěrem bylo zjištění, že v rodinách, kde jejich člen zemřel doma, bylo u těchto příslušníků zjištěno zhruba devětkrát nižší riziko zdravotních obtíží spojených s truchlením. Pokud naopak zemřel člen rodiny v nemocnici, objevila se u rodinných příslušníků devětkrát vyšší četnost příznaků způsobených „*posttraumatickým stresem.*“ Studie dále ukázaly, že čím vyšší je kvalita života nemocného, tím vyšší je kvalita života jeho rodinných příslušníků, truchlení trvá kratší dobu a jejich fyzické i psychické zdraví je mnohem lepší.

² Pozn: Americký profesor Sean Morrison, přední postava světové paliativní medicíny, držitel řady ocenění v oblasti paliativní medicíny, výzkumy, odborné články.

Nejvyšší profit z paliativní péče má samotný klient (nemocný, umírající). Z výzkumu Harvard Medical School vyplynulo, že u osob, které mohly využít paliativní péči, bylo zjištěno méně depresí a kvalita jejich života byla mnohem lepší, stejně jako celková délka života, která se ukázala o zhruba tři měsíce delší, než nabízí například nákladná onkologická léčba. Pokud je poskytována vyšší míra podpory, je předcházeno hospitalizacím, což znamená úsporu nákladů ve zdravotnictví (In Koubová, 2016).

2.4 Klient domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče

Podle Matouška a kol. je klientem v současném pojetí osoba, s kterou sociální pracovník může jednat, formulovat a zpřesňovat jeho zakázku týkající se nepříznivé životní situace. Naproti tomu pojem pacient označuje osobu trpící určitým druhem onemocnění, z toho důvodu má omezené možnosti a je třeba mu věnovat lékařskou péči (Matoušek a kol., 2013). V sociální práci může být používáno dvojího označení-klient nebo uživatel.

Služby domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče mohou využít lidé bez omezení věku, což znamená, že klienty mohou být dospělí (v produktivním věku, senioři), ale i mladí lidé a děti (Cesta domů, 2021). Jedná se o nemocné osoby, jejichž zdravotní stav vyžaduje odbornou zdravotní péči, která by jinak vyžadovala pobyt v nemocnici.

Na domácí ošetrovatelskou péči má nárok například člověk, který prodělal závažné onemocnění, úraz a při léčbě jsou vyžadovány specializované zdravotní úkony, například ošetření stomií, výplachy, cévkování apod.

Klienty domácí paliativní péče mohou být nemocní lidé v preterminálním a terminálním stádiu nemoci³, kteří před sebou mají ještě několik dnů, týdnů či měsíců života. Jedná se například o klienty s tímto onemocněním: onkologická v pokročilém stádiu, chronická orgánová selhání, AIDS, poslední stádium demence, syndrom geriatrické křehkosti, roztroušené sklerózy, jaterní cirhózy, pokročilá stádia neurodegenerativních onemocnění, perinatální poškození, genetický syndrom, vrozená vývojová vada a další (Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, 2023).

Skála a kol. (2011) upřesňuje, že u výše uvedených diagnostických skupin může být různá dynamika přirozeného průběhu nemoci a odhad předpokládané délky života, konkrétní klinický obraz a symptomy a léčebné postupy stanovené v plánu léčby. Základ paliativní péče spočívá v kvalitní ošetrovatelské péči a současně v zajištění celostní péče klientovi i členům jeho rodiny, se zaměřením na oblast psychosociální. Paliativní (i hospicová) péče je určena pro osoby, které se nacházejí v pokročilém nebo konečném

³ Pozn: Terminální stádium nemoci – poslední (konečné) stádium života – hranice života a smrti. Preterminální stav – pokročilé onemocnění, delší časové období – před umíráním. (Zdraví.euro.cz, 2007).

stádiu nemoci a zvolili si prožít život s nemocí, nebo zemřít, ve svém domácím prostředí. Kupka (2014) vyzdvihuje důležitost podpory ze strany rodinných pečujících, ale i směrem k rodině. K tomuto tématu píše, že klientem domácí paliativní péče je člověk, který nechce trávit svůj život v nemocnici a má podporu v rodině, která se o něho v době nemoci či terminálního stádia chce a dokáže postarat. V případě, že péče ze strany rodiny bude probíhat v přirozeném prostředí domova, je nutné zajistit náležitou péči a podporu i těmto rodinným pečujícím. Velmi důležitá je i pomoc psychologická.

Některé cílové skupiny dle věku nebo etapy života mají svá specifika, velmi odlišná je skupina mladých pacientů s „*progredujícím nevyléčitelným onemocněním*“ (například nádory, pokročilá chronická obstrukční plicní nemoc), kteří si mnohdy neuvědomují nebo nechtějí připustit, že žijí s nemocí život ohrožující. Způsob vyrovnávání se s touto skutečností je téma, které by paliativní péče měla řešit. Mladí nemocní jsou aktivně zapojováni do sestavení plánu léčby, základem poskytování péče jsou přání a vůle nemocného. O to větší důraz je kladen na zjišťování míry porozumění vlastní situaci ze strany nemocného, přičemž lékař musí při zahájení péče zjistit a průběžně ověřovat, na kolik je pacient ochotný léčebná rozhodnutí sám ovlivňovat (Skála a kol., 2011).

Mezi specifickou a vysoce specializovanou paliativní péčí řadíme péči zaměřenou na dětského klienta (pacienta), u něhož byla zjištěna život ohrožující nebo život omezující choroba. Péče o terminálně nemocné dítě je daleko náročnější než péče o dospělého člověka. Jak uvádí Chvilová Weberová a kol. (2019), dětská paliativní péče se zaměřuje také na perinatální⁴, a prenatální péči (potrat). Společnost často situaci spojenou s úmrtím dítěte v prenatální nebo perinatální fázi tabuizuje, rodině nebývá přiznáván statut osob truchlících, rodiče mohou ztrácet svou rodičovskou identitu. Ohroženy jsou zejména matky, které mohou vnitřně bojovat s pocity viny, že nedonosily, neporodily zdravé dítě. Vzhledem k nedostatku služeb paliativní péče zaměřených na tuto cílovou skupinu probíhá perinatální paliativní péče obvykle v nemocnici. (Bužgová a kol., 2019).

Další specifickou skupinou jsou geriatrickí pacienti (senioři). U nich se často vyskytuje více onemocnění současně, je pro ně zcela charakteristická geriatrická křehkost, což znamená zvýšené riziko rychlého poklesu potenciálu jedince projevující se sníženými schopnostmi adaptace. Výrazně ovlivňuje chování, soběstačnost, reakce na zdravotní obtíže a snižuje schopnost rozhodování. Závěr života přichází přirozeně se zhoršujícím se zdravotním stavem a je také těžší oddělit, kdy končí kurativní léčba a přichází ta paliativní. U těchto osob je výrazná závislost na péči rodinných pečujících (Kabelka, 2017). Specifika paliativní péče pro geriatrické jedince se odvíjí od jejich věku

⁴ Pozn: Perinatální péče – týká se novorozenců a dětí, které zemřely „intra utero“ Jedná se o péči, kdy je primárně příjemcem péče rodina očekávající dítě, u kterého bylo prenatálně zjištěno podezření na závažné onemocnění nebo byla prodělána ztráta v průběhu těhotenství, případně do sedmi dnů po porodu (Pallium, 2023).

a okolností, které jsou s věkem spojeny a obvykle se nevyskytují u věkově mladších osob. Paliativní péče je poskytována, co se rozsahu týká, stejně seniorům, mladším lidem a dětem. Důležitý je respekt k zvláštním potřebám souvisejících s věkem. Celkový přístup nesmí být vzhledem k věku nemocného člověka rozdílný (nesmí docházet k ageismu⁵ (Bužgová, 2011).

S odkazem na zaměření této absolventské práce je nutné zmínit, že právě forma domácí ošetrovatelské péče, v kombinaci s paliativní péčí, klade na zařízení (službu) nároky spojené s potřebou vnímat jako další primární cílovou skupinu členy rodiny a nejbližší blízké osoby.

Díky možnosti zapojit do péče o klienta také další osoby, které mohou významně přispět k vyšší kvalitě i komfortu klienta i členů jeho rodiny, lze považovat za sekundární cílovou skupinu také dobrovolníky, sousedy a další členy komunity. Z hlediska sociální práce hovoříme o komunitní sociální práci. K tomu Jungbauerová (2020) uvádí, že pokud péči zajišťuje rodina, blízcí, příbuzní, přátelé či další osoby z komunity, lze hovořit o „neformální péči“. Ta však není legislativně ukotvena, nemá jasnou definici, je prováděna laicky, neformální pečující nejsou odborně školeni. Přesto je tato péče velmi významná i v paliativní péči, jako doplnění péče profesionální. Péče o osobu blízkou je možná pouze když pečující:

- a) chce – soulad s morálními hodnotami,
- b) může – jsou vytvořeny vhodné podmínky, čas, prostor, kde bude probíhat péče,
- c) dokáže zvládnout fyzickou zátěž – polohování, zvedání, podpora při hygieně,
- d) zvládne psychickou zátěž – přijetí smrti, vyrovnání se ztrátou, bolest, stresové situace, nervozita, výkyvy nálad.

Důležitost podpory právě rodinným příslušníkům a osobám pečujícím vyzdvihuje i Student a kol. (2006), který zároveň podotýká, že rodina a nejbližší osoby nemocného člověka jsou blízkostí smrti zasaženi hned dvakrát. V rámci podpory a doprovázení musí čelit utrpení svého blízkého a zároveň se setkávají se strachem i o svou konečnost, v bolesti pak často ztrácí smysl života. Už kvůli tomuto pohledu je nutné je zahrnout do paliativní péče jako cílovou skupinu a věnovat jim náležitou pozornost a podporu. Rodinní příslušníci a pečující jsou těmi, kteří mají důležitý předpoklad pro poskytnutí péče v domácím prostředí. Společně při doprovázení však sdílejí obavy jako jsou strach z nejistoty, utrpení, ztráty či selhání. Pokud člověk těžce onemocní a následně mu zemře jeho nejbližší, zanechá to trvalou životní změnu, s kterou se musí pozůstalí vyrovnat a přijmout novou realitu. O to těžší je úmrtí manžela nebo partnera, který je otcem dětí (dítěte), s nimiž matka zůstane sama (Špatenková, 2008). Žena je po smrti manžela (partnera) vystavena psychické, sociální, fyzické a často i spirituální nepohodě, neboť

⁵ Pozn: Diskriminace osob na základě věku (Ageismus.cz. 2023).

nejen že se musí se ztrátou vyrovnat sama, ale zůstává na ni péče o děti (dítě). V případě, že člověk ztratí milovanou osobu, zakouší nejbolestnější prožitek, z kterého se bude dlouho zotavovat (Kast, 2015).

Bolest spojená se smutkem nepříznivě dopadá na celkové sociální fungování pozůstalého. Z uvedených důvodů s pozůstalými zůstávají členové multidisciplinárního týmu v kontaktu i nadále, důležitá je pomoc a poradenství bezprostředně po úmrtí (například pomoc s vypsáním úmrtního listu, zajištěním pohřbu) a zejména v období truchlení (Bowlby, 2013).

3 Propojení tématu s teoriemi a metodami sociální práce

Paliativní péče v české společnosti vznikala samovolně, bez koordinace se sociální prací. Nutno poznamenat, že v rámci služby domácí paliativní péče sociální pracovník svoji oporu v legislativní povinnosti, být součástí multidisciplinárního týmu, nenachází. Sociální práce jako obor má plné předpoklady, teoretické i metodické, jak působit i na poli domácí ošetrovatelské a paliativní péče. Pro sociální práci je příznačné, že se vždy zaměřovala na situace nepříznivé, zátěžové, krizové, pro danou společnost aktuální. (Student a kol., 2006).

V souvislosti s paliativní péčí si mnoho lidí neuvědomuje, že péče o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího člověka není jen o medicínské léčbě, kterou zajišťuje lékař a zdravotní sestry, ale jedná se i o péči ze strany sociálního pracovníka. Právě on je v celém procesu paliativní péče nepostradatelný. Aby mohla být zajištěna komplexní péče o klienta, je nezbytné propojení a dobrá koordinace ošetrovatelské služby se sociální prací a navazujícími službami. Sociální pracovník může být zejména v domácím prostředí hlavním „spojovacím článkem“ při řešení jednotlivých oblastí zaměřených na potřeby klienta i jeho rodiny (Kalvach, 2010).

3.1 Sociální pracovník a jeho role v práci s klientem a rodinou

Student a kol. (2006) uvádí, že úkolem sociálního pracovníka je pomoci vyřešit a dle možností jedince zvládnout problémové situace, které život a společnost přináší. V souvislosti s otázkami týkajícími se závěru života je možné prakticky hovořit o zvládnutí náročné životní situace a podpoře sociálního fungování v přirozeném prostředí klienta, v návaznosti na nejbližší vztahy, ve kterých se konkrétní člověk nachází.

Sociální pracovník pracující s klienty domácí ošetrovatelské a paliativní péče zastává významnou roli ve vztahu ke klientovi samotnému i ve vztahu k dalším členům rodiny. Může se stát pro rodinu někým, na koho se mohou obracet s konkrétními nenadálými situacemi, které se budou v souvislosti se zdravotním stavem klienta objevovat. Rodině může velice usnadnit přijetí a zvládnání změn, které s sebou nutně nová situace spojená s nemocí bude přinášet. Sociální pracovník svým konkrétním počínáním v rodině bude budovat vztah založený na důvěře, ale bude zastávat roli profesionála.

Role sociálního pracovníka ve službě domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče může být několik – role terapeutická, role poradenská, bude vytvářet síť zdrojů, které

bude moci rodina využít, aby mohla naplnit potřeby klienta i potřeby své. Základem sociální práce s klientem bude provádění posouzení životní situace klienta, velmi důležitý je celostní (holistický) přístup. Tento pohled představuje Jungbauerová (2020) jako dimenzi biologickou (potřeby fyziologické, tělesné funkce), psychickou (prožitky, emocionální rovina, vztah ke světu i k sobě), sociální (vztahy s rodinou, životní role, postavení v komunitě) a spirituální (hodnoty, odpuštění, smysl utrpení).

Sociální pracovník musí disponovat odbornými znalostmi, dovednostmi, pro kvalitní vykonávání sociální práce musí mít především osobnostní předpoklady, a odpovídající odbornost. Jeho významná úloha spočívá také v case managementu, kdy jako člen multidisciplinárního týmu zajišťuje koordinaci celkové péče o klienta a rodinné pečující. Je to zejména sociální pracovník, který se stává klientovi a jeho rodině oporou. Kromě toho, že provádí případovou i skupinovou sociální práci, poskytuje odborné sociálně právní poradenství, pomáhá se zajištěním návazných sociálních služeb, pomůcek, sociálních dávek apod. Poskytuje klientovi pomoc a podporu ve všech fázích nemoci, až do samotného konce života. Podporuje členy rodiny, osoby pečující, zajišťuje pomoc, včetně psychosociální. Podle individuálních potřeb klienta a rodinných příslušníků zprostředkovává některou z vhodných forem terapie.

Sociální pracovník je tím, kdo může ovlivnit i smíření umírajícího se svými blízkými, může podpořit vyslovení slov odpuštění, přijetí a lásky, čímž lze předejít obviňování nebo pocitům krivdy a případným traumatům (Kalvach, 2010).

3.2 Teoretická východiska sociální práce s klientem a rodinou

Ve sborníku z mezinárodní vědecké konference s názvem „*Politiky a paradigmaty sociální práce. Co jsme zdědili a co s tím uděláme?*“, vyzdvihuje Matoušek (2011) neustálý vývoj sociální práce, přičemž její snahou je být praktickým vědním oborem zaměřeným na sociální fungování ohrožených osob. Sociální práce je charakteristická různými definicemi, které se liší vnímáním různých autorů. Vývoj definice je proměnlivý stejně jako vývoj společnosti, která udává sociální práci směr a trendy v kontextu aktuální doby, v které žijeme. Stejným způsobem vnímá vliv společnosti na vývoj sociální práce Payne (2014), který píše, že podoba sociální práce a s ní spojené postavení sociálních pracovníků se mění v závislosti na proměnách a aktuální situaci dané společnosti.

Na definici sociální práce lze nahlédnout z několika úhlů. Z hlediska makro systému můžeme v mezinárodním kontextu vyzdvihnout Globální definici sociální práce vydanou Mezinárodní společností sociálních pracovníků (IFSW). Ta reaguje na trendy sociální práce v moderní společnosti. Definice dává akcent zejména na „*usnadňování sociální změny a soudržnosti, osvobození a posílení lidí, vyzdvihuje principy jako jsou lidská práva, společná odpovědnost, spravedlnost a respektování rozmanitosti. Důležitý*

je význam teoretického ukotvení, využití praktických vědomostí, zapojení lidí a struktur, s cílem řešit výzvy a zvyšovat společenský blahobyt“ (International federation social work, 2014).

V souvislosti s výše uvedenou definicí je možné na sociální práci v nově vznikající službě domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče nahlížet prostřednictvím několika paradigmat.

Reformní paradigma nabízí pohled na sociální práci, která pomůže řešit celospolečenský problém spojený s dostupností a kvalitou péče o nemocné či umírající osoby.

Poradenské paradigma nahlíží na sociální práci v této službě jako na předávání odborných informací – poskytování sociálně právního poradenství (například v oblasti sociálních dávek, práva, doporučení sociálních služeb apod.), síťování s odborníky v oblasti psychologie a psychoterapie, kteří budou doplňovat komplexní péči o klienta, členy rodiny, pečující.

Jak již bylo uvedeno, sociální pracovník musí být odborníkem a profesionálem v mnoha směrech, neboť ošetrovatelská a paliativní péče, poskytovaná v přirozeném domácím prostředí, obnáší vysoké nároky na všechny členy multidisciplinárního týmu. Spolupráce s klientem a jeho rodinou spočívá nejprve v zajištění přímé péče, pomoci a podpory v průběhu života až do jeho konce. Smrtí však sociální práce v rodině nekončí. Sociální pracovník zůstává nadále pozůstalým členům k dispozici, jako jejich „pomocník“, „podporovatel“, laskavý empatický „naslouchač“, profesionální poradce či zprostředkovatel. V souvislosti s domácí zdravotní ošetrovatelskou a paliativní péčí můžeme pohledem moderní sociální práce hovořit také o odborném poradenství pro pozůstalé. Tato oblast bude dále popsána v kapitole týkající se sociální politiky.

V souvislosti se sociální prací, prováděnou v domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péči, je důležité zaměřit se také na oblast duševního zdraví, pohody člověka, na budování vztahů, komunikaci a rozvoj osobnosti, a to ve vztahu ke všem členům rodinného systému. Z pohledu zajištění psychosociálních potřeb klienta i rodinných příslušníků může sociální pracovník vidět sociální práci v rovině terapeutického paradigmatu (Navrátil In Matoušek, 2012).

3.2.1 Metody a techniky – sociální práce s klientem a rodinou

Po celou dobu práce s klientem a jeho rodinou je důležitá kvalitní koordinace, a dosažení jednotného postupu spolupráce různých služeb a profesionálů, přičemž veškerá pomoc a podpora má směřovat ke zplnomocňování klienta a k dosažení stabilizace situace v rodině. Jako vhodnou techniku lze využít case management.

Jedná se o koordinovanou činnost směřující k podpoře klienta a členů rodiny, s využitím všech dostupných zdrojů, s cílem naplnit v co nejvyšší míře potřeby

jednotlivých členů. Základem je vytvořený individuální plán (z medicínského hlediska se jedná o plán péče). S využitím techniky síťování se sociální pracovník v roli case managera snaží ve spolupráci s klientem a jeho rodinou sestavit optimální síť dostupných zdrojů týkajících se návaznosti na konkrétní sociálních služby, na zástupce státní správy, samosprávy a na další subjekty. Sociální pracovník, jako case manager, je hlavním koordinátorem, zprostředkovatelem, obhájcem prosazování zájmů klienta, poradcem. Provádí nebo zprostředkovává vysoce odborné poradenství pro pozůstalé (Sedlářová, 2020).

V domácí ošetrovatelské a paliativní péči by měl mít sociální pracovník snahu a osobní zájem porozumět souvislostem životní situace a systému fungování rodiny, aby byl schopen nabídnout nejvhodnější alternativy vedoucí ke smysluplné a žádoucí podpoře jednotlivců i všech členů rodinného systému. Podaří-li se mu s klientem a rodinou navázat vztah důvěry, bude to právě on (ona), kdo může významně ovlivnit fungování celého rodinného systému. Navázání vztahu důvěry je základem pro jakoukoliv úspěšnou sociální práci, přičemž pracovník při práci s klientem usiluje o vytvoření opravdového vztahu. Při práci nepoužívá jen určité techniky, ale nejdůležitější je jeho chování, angažovanost a přístup ke klientovi. To znamená, že jedná jako skutečná osoba, která sdílí vztah s klientem, dává mu najevo zájem, aby klient mohl pocítit, že pracovníkovi na něm skutečně záleží.

Jednou z teorií, jejímž základem je proces vztahu mezi klientem a pracovníkem, který je v domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péči nepostradatelný, je přístup zaměřený na člověka. Vznikl v 50. a 60. letech 20. století díky americkému psychologovi Carlu Ransom Rogersovi. Výrazně změnil sociální práci, která byla dříve postavena zejména na psychoanalytickém a behavioristickém přístupu. Jde o humanistický přístup zdůrazňující individualitu člověka, jeho osobní vnitřní potenciál a důležitost postojů ovlivňujících prožívání a sebepřijetí. Přístup zaměřený na člověka je originální svým vnímáním a pojetím osoby jako neustále se vyvíjejícího organismu, kdy pracovník (terapeut) využívá pozitivních přístupů k člověku, podporujících sebeúctu, důvěru, mezilidské vztahy, změny vnímání, postojů, a především růst osobnosti. Jednání a chování pracovníka (terapeuta) je založeno na nedirektivnosti (Nykl, 2012).

Základní technikou při práci s klientem, rodinnými pečujícími, dítětem/děťmi je rozhovor, který má sám o sobě terapeutický účinek. Při vedení rozhovoru je důležité, aby pracovník využíval ve vztahu ke klientovi těchto přístupů:

- a) kongruence – pracovník je autentický, opravdový, schopen reflexe postojů a prožitků, které v něm klient vyvolává. Pracovník si „na nic nehraje“, tím dává stejný prostor i klientovi ke kongruentnímu přirozenému chování;
- b) empatie-empatické porozumění – znamená porozumění vcítěním. Porozumění musí být podpůrné, zaměřené na vnitřní svět a prožitky klienta. Pracovník se snaží osobně vcítit do druhého člověka, ale umí přitom rozlišovat a oddělovat

vlastní subjektivní pocity a přejít od vnitřního světa klienta zpátky k sobě.

Empatické porozumění znamená umět chápat a prožívat situaci, ve které se klient nachází a kterou prožívá „jeho očima“. Empatie je základem pro vytvoření vztahů důvěry mezi klientem

a pracovníkem;

- c) nedirektivní podpora – pracovník podporuje důvěru a růst klientovy osobnosti. Postoj vede k pozitivnímu postoji k sobě samému, k okolí, rodině, dětem. Může postupně odstranit psychické problémy a aktivitu klienta ve spolupráci;
- d) bezpodmínečná zpětná vazba – znamená úsilí pracovníka o přijetí osobnosti klienta, jeho postojů i chování bez jakéhokoliv hodnocení;
- e) akceptace neboli bezpodmínečné pozitivní přijetí – znamená zájem a důvěru mezi pracovníkem a klientem. Projevy vycházející z touhy po pozitivním přijetí se mohou projevat vědomě nebo i nevědomě a pracovník/terapeut se je má učit vnímat, rozhodně je nehodnotit, ale akceptovat je (Navrátil, 2001).

Významným aspektem pro vytvoření důvěryhodného vztahu s klientem je také příjemné a bezpečné prostředí, v kterém bude rozhovor probíhat. Dá se říci, že sociální práce prováděná v přirozeném prostředí klienta má v tomto ohledu výhody.

Pokud sociální pracovník využívá v intervenci s klientem techniky přístupu zaměřeného na člověka, je důležité, aby si neutvářel vlastní představy o tom, jaký má klient být, ale aby se zaměřoval na to, jaký člověk skutečně je. Přitom přihlíží k jeho schopnostem a reálným možnostem. V praxi to znamená, že sociální pracovník bere klienta jako jedinečnou osobnost, k níž je třeba hledat cestu porozumění, zohledňovat vyjadřování a způsoby jednání, které jsou klientovi vlastní. Podpora klienta směřuje především na rozvoj osobnosti a na řešení problémů takovým způsobem, aby se klient naučil rozhodovat sám, bez rady pracovníka.

Rogersův přístup zaměřený na člověka lze využít nejen v sociální práci, ale ve všech mezilidských vztazích, kde člověku záleží na zdravém růstu osobnosti, což znamená např. schopnost vnímat vlastní pocity, umět si uvědomovat své prožívání i sám sebe, umět vnímat určité situace, způsob komunikace a snažit se o dosahování bezpodmínečného sebepřijetí s využitím citlivosti a empatie. Přístup zaměřený na člověka může sociální pracovník v domácí paliativní péči využít při práci s jednotlivcem i s rodinou (Nykl, 2012).

K vytvoření důvěrného vztahu s klientem může sociální pracovník využít také techniky aktivního naslouchání. Tato profesionální komunikační dovednost umožňuje díky svým specifikům dosáhnout pozorného vnímání a kvalitní zpětné vazby od klienta.

Co se týká oblasti domácí ošetrovatelské a paliativní péče, z pohledu sociální práce zde můžeme uplatnit i další techniky zaměřené na práci s rodinou. Přičemž i zde platí

obzvlášť citlivý a empatický přístup, neboť členové rodiny, ale i sám pracovník se ocitají „tváří v tvář“ umírání a smrti, která nebývá obvykle vnímána a přijímána pozitivně.

Z pohledu sociální práce lze rodinu považovat za systém, neboť zde se problém jednotlivce týká všech členů, nikoliv pouze jedince. Naopak každá situace má vliv na fungování celé rodiny. Například onemocnění matky, otce nebo jiného člena ovlivňuje aktuální prožívání ostatních členů rodiny. Zapomínat bychom neměli určitě ani na děti. Je proto důležité, aby sociální pracovník poznal nejen jednotlivce (klienta), ale snažil se porozumět rodině jako celku (Sobotková, 2007).

Vhodným přístupem zaměřeným na práci s rodinou může být systemický přístup, který nabízí i možnost rodinné terapie. Má široké uplatnění v práci se skupinami i s jednotlivcem (nemocný, manžel/ka, partner/ka, dítě/děti). Je postaven na změnách ve způsobu myšlení (Dvořáčková, 2018).

Teorie systemického přístupu vychází z přístupu systémového. Podstatou je kladení důrazu na vztahy uvnitř rodiny a vyjasnění komunikace a rolí jednotlivých členů. Byl formován v 2. polovině 20. století, v dnešní době jej lze využívat zejména v sociální práci, psychologii, psychoterapii a dalších humanitních vědách.

Sociální pracovník, kterému je systemický přístup blízký, je charakteristický značnou mírou vlastní angažovanosti a skutečného zájmu o klienta. Bez osobní motivace a účasti pracovníka postrádá sociální práce smysl. Používanou technikou může být cirkulární dotazování, což znamená, že každý člen rodiny je vyzván k popisu vztahu jednotlivých členů rodiny. Od vztahů mezi jednotlivci se odvíjí komunikace v rodině, která je základem pro změnu a růst. Základem přístupu je rodinná terapie zaměřená na procesy, které v rodině probíhají v danou chvíli a v daném místě (Matoušek, 2012).

Přestože sociální pracovník nemůže provádět přímo terapii, může se nechat inspirovat terapeutickými technikami. Systemický přístup je postaven na rozhovoru, při kterém jsou využívány například tyto terapeutické otázky:

- f) škálovací (měření) – pracovník může posoudit co vše klient již udělal, jak daleko se v řešení problému nachází, v čem vnímá své naděje, jaké kroky může dál učinit a podle čeho lze poznat, že došlo k posunu a k dosažení cíle.
- g) zázračné (zázrak) – snadný způsob pro získání popisu cíle ze strany klienta. Podněcují fantazii, díky níž lze lépe naznačit budoucnost.
- h) orientované na řešení (orientace na zdroje) – pracovník hledá klientovy zdroje, soustředí se na to, co funguje, nikoliv na problém. Používají se při situacích klienta, které vnímá jako bezvýchodné, strašné. Pracovník zjišťuje, kdo nebo co může klientovi ještě pomoci (Dvořáčková, 2018).

Také v sociální práci probíhající v domácí ošetrovatelské a paliativní péči může sociální pracovník hledat a následně využít samotného potenciálu, který uvnitř rodinného systému bývá ukrytý. Zejména skupinová dynamika může být dobrým nástrojem k upevnění

rodinných vazeb ve vztahu k celku, kdy díky vzájemným interakcím jednotlivých členů je podporováno sociální fungování jednotlivce. Hlavním úkolem sociálního pracovníka je pomoci posílit vztahy a role jednotlivých členů, na které se bude možné spolehnout zejména v nejtěžších chvílích a ve fázi umírání. Pokud je skupinová práce prováděna dobře, nabízí i další vnitřní zdroje, jako jsou například vzájemná podpora, tolerance, naslouchání, respekt, schopnost vymezit se, obhájit se a porozumět sobě i ostatním (Dvořáčková, 2018).

Vhodnou metodou zaměřenou na práci se zdroji uvnitř rodinného systému, kterou může sociální pracovník předložit pro řešení zátěžových situací, jsou například rodinné konference.

V rodině, kde žije terminálně nemocný rodič dítěte/děti, může dojít k situacím, kdy druhý rodič (rodinný pečující) nebude situaci zvládat. Vzhledem k náročnosti paliativní péče, která obnáší nejen fyzickou zdatnost, ale i odolnost psychickou, může dojít zejména u rodinných pečujících k přetížení, vyhoření, psychickým problémům. Což může způsobit, že pečující osoba nebude schopná všechny povinnosti i své role v rodině zvládat. Může dojít k ohrožení bezpečí a zdravého vývoje dítěte/děti. Například-matka věnuje veškerý čas a síly nemocnému manželovi, péči o dítě nezajistí v dostatečné míře. Důsledkem může být například neplnění školních povinností, špatná životospráva, zanedbávání péče o dítě nebo nezáměr o dítě (nízká pozornost vůči dítěti, nevnímavost prožívání). Nedostatečná síť sociálních a dalších podpůrných služeb zvyšuje rizika vzniku nefunkčních vztahů v rodině, ať už se jedná o vztahy partnerské, příbuzenské nebo rodičovské (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2016).

Životní situace rodiny, v které žije těžce nemocný nebo umírající člen, se týká dětí stejně jako dospělých. Rodině, v níž vyrůstá dítě a rodiče neplní nebo zanedbávají rodičovské povinnosti, je důležité poskytnout včasnou podporu. Ta musí být vždy primárně zaměřena na zájem dítěte. Ve vztahu k sociální práci zde hovoříme o sanaci rodiny, což jsou postupy, které podporují fungování rodiny jako celku (Matoušek, 2008). V České republice se tématem sanace rodiny intenzivně zabývají například Bechyňová a Konvičková (2008), které ve své publikaci popisují sanaci rodiny jako soubor opatření sociálních služeb v součinnosti s opatřeními sociálně právní ochrany. Tyto služby mohou využívat rodiče dítěte/děti nebo samotné dítě/děti, u kterých může dojít k ohrožení biologického, psychologického nebo sociálního vývoje. V případě, že by situace nebyla řešena, hrozí dítěti jeho odebrání z rodiny. Sanace rodiny hájí především zájem dítěte/děti, kterého je dosahování prostřednictvím podpory a pomoci poskytované jeho (jejich) rodičům (rodině).

Při sanaci rodiny je naprosto zásadní spolupráce členů multidisciplinárního týmu, jehož snahou je vytvoření „záchytné“ sítě pro rodinu i dítě. V týmu je nezbytná spolupráce, návaznost, síťování s cílem propojit všechny procesy práce s rodinným

systemem. Za efektivní řešení a funkční nástroj pro práci s dítětem/děťmi v ohrožení může být svolání případové konference (Bechyňová, Konvičková, 2008).

Případovou konferencí je společná diskuse vedená na odborné úrovni, obvykle facilitátorem. Jsou na ni pozváni zainteresované subjekty, které mohou s řešením situace v rodině, kde žije ohrožené dítě, pomoci. Cílem konference je najít na základě rychlého a úplného vyhodnocení dané situace dítěte nejvhodnější řešení. Tato metoda klade důraz na hodnotu všech zapojených aktérů, kteří mají možnost ovlivnit rodinnou situaci a na sdílení stanovisek sdělených jednotlivými subjekty. Konference mohou být svolávány jednorázově nebo opakovaně. Setkat se mohou určení odborníci, za účasti (nebo bez účasti) dítěte a jeho rodiny, případně osob, které za výchovu dětí zodpovídají. Případová konference může být také formou setkání pracovníků orgánu sociálně právní ochrany a dítěte s rodiči, případně jinými osobami zodpovídajícími za výchovu dítěte (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010).

4 Etické hledisko

Domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče zlepšuje život klientů a jejich rodin, kteří čelí bolesti a utrpení spojených s život ohrožující nemocí, umíráním, se smrtí nebo se ztrátou blízkého člověka.

Základním etickým východiskem pro práci s nevyлéčitelně nemocnými a umírajícími je jedinečná hodnota a ochrana lidského života.

Etika se zabývá takovými otázkami, kdy se jedinec dostává do situace, v nichž se musí rozhodnout a za své rozhodnutí nést odpovědnost. Co se týká oblasti paliativní péče, základem v oblasti etiky je důstojnost každého člověka, neboť zdravotní stav klienta se může natolik výrazně zhoršit, kdy již není schopen sám rozhodovat ani jednat (Sýkorová, 2008). K nejzákladnějším hodnotám lidského bytí patří důstojnost každého člověka, která je považována za nejvyšší hodnotu ovlivňující kvalitu života. O to více je nutné ji v souvislosti s poskytováním sociálních a zdravotních služeb ctít (Kalvach, 2019).

Na pojem lidské důstojnosti je nahlíženo z mnoha úhlů, pro potřeby sociální práce je důležité vyzdvihnout především důstojnost samotné lidské bytosti. Jedná o hodnotu člověka z hlediska nesmrtelnosti, náboženského pojetí či základního lidského práva. Právě tato hodnota má být jistotou zejména v posledních chvílích života osob, které se nacházejí v bezvědomí, nebo kdy je paliativní péče poskytována lidem s mentálním postižením, demencí a dalším, kteří již sami za sebe rozhodovat nemohou. Ochrana těchto nejzranitelnějších pomáhá jejich blízkým a je vodítkem i pro pečující personál. (Cesta domů, 2022). Z lidské důstojnosti vychází další hodnoty – rovnost, svoboda, spravedlnost, solidarita, což jsou zároveň základní lidská práva. Důstojností pro nemocného člověka je zejména sebeúcta, kterou je v terminálním stádiu nemoci snadné narušit. Stejně významná je autonomie, což znamená možnost řízení a ovlivňování vlastního života podle svých přání. Důležitá je také podpora participace, a to jak ve vztahu k životu v rodině, společenství a komunitě (Jungbauerová, 2020).

V domácí paliativní péči je důležité klást také důraz na respekt k vyjádřeným přáním nemocného, případně jeho zákonného zástupce. Tato přání by měla tvořit základ plánu péče, při jeho sestavování je přihlíženo i k názoru rodiny. Paliativní péči je nutné poskytovat v souladu s právním řádem České republiky. Zejména pokud nemocný člověk není již schopen se vyjádřit, respekt k dříve vysloveným přáním a hodnotám je základním etickým východiskem (Skála a kol., 2005).

4.1 Sociální práce a s ní spojené etické problémy a dilemata

Sociální práce obnáší kromě pomoci a podpory poskytované klientům rovněž mnoho etických problémů a dilemat, které sociální pracovníci musí řešit. Sociální pracovník při práci s klientem volí mezi přístupem pomoci a kontroly, pokud se však jeden či druhý přístup vyhraní, není prospěšný a může škodit (nespokojený klient, hrozící syndrom vyhoření pracovníka). Při volbě přístupu je nutné vždy zohledňovat individuální potřeby klienta, druh a charakter poskytovaných služeb. Při „kontrolě“ jsou uplatňovány jiné zájmy než klientovy, tyto jsou obvykle vlastní pracovníkovi. Může sem patřit přílišná péče, ochrana, dohled, rady, přesvědčení. V přístupu „pomoci“ jde o zakázku klienta, jedná se o terapeutické činnosti, doprovázení, edukaci nebo doprovázení. V různých úrovních pomoci může docházet k etickým rozporům, a to ve vztahu pracovník-klient, pracovník-spolupracovník/kolega, pracovník-zaměstnavatel, pracovník-další návazné organizace, pracovník-státní systém, politika. Z uvedených důvodů je pro všechny pracovníky v pomáhajících profesích důležité, aby našli dostatečnou oporu uvnitř organizace, v pracovním týmu, mohli využívat supervize, odborné konzultace a měli k dispozici i psané dokumenty (Špráchalová, 2021).

Ve vztahu k etice v sociální práci hovoříme o dvou základních pojmech – etický problém a etické dilema. Problémem může být situace, úkol nebo nedořešená otázka, na které je možné v budoucnu najít pro všechny zúčastněné strany vyhovující řešení. V domácí ošetrovatelské a paliativní péči se může jednat například o pravdivé sdělování zdravotního stavu nevyléčitelně nemocnému člověku a jeho rodině. Na přijetí pravdy je možné nemocného připravit, pravda může být sdělována pomalu, postupně a měla by být nabídnuta pomoc pravdu unést, aby s ní klient dokázal dál žít. Etické dilema oproti tomu znamená volbu mezi dvěma možnostmi, které se vzájemně vylučují. Nelze tedy zaměňovat pojmy „problém“ a „dilema“ (Bužgová, 2013).

Jedním z etických problémů týkajících se tématu oblasti zajištění domácí ošetrovatelské a paliativní péče v České republice je nedostupnost těchto služeb ve všech regionech. Což znamená pro nemocné, terminálně nemocné nebo umírající osoby, žijící v takovém území, nutnost institucionální péče.

Pokud pracovníci řeší etické dilema a nejsou si jistí rozhodnutím, mohou se v obecné rovině opřít o zpracované dokumenty jako jsou metodiky, pracovní postupy a jiné závazné dokumenty organizací či konkrétních služeb. Základními „vodítky“ pro hledání odpovědi, s kterou se bude moci sociální pracovník ztotožnit, dokáže ji obhájit a podložit věcnými argumenty, jsou etické kodexy (Špráchalová, 2023). Za nejdůležitější etické kodexy lze uvést například Mezinárodní etický kodex sociálních pracovníků vydaný Mezinárodní federací sociálních pracovníků (IFSW), Etický kodex sociálních pracovníků zpracovaný Společností sociálních pracovníků ČR, Kodex Charity Česká republika vztahující se k poskytovatelům z řad charitních organizací.

Při práci sociálního pracovníka může ve službě domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče dojít z pohledu Etického kodexu Společnosti sociálních pracovníků ČR (Společnost sociálních pracovníků ČR, 2022) k porušování například v těchto oblastech:

- i) ve vztahu ke klientovi - přebírání odpovědnosti za klienta, „nezmocňování“, klienta, tzv. „přepečovávání“, nedůstojné jednání vůči klientovi a osobám pečujícím, nezájem o celkovou životní situaci, upírání práva na soukromí klienta, zjišťování nepotřebných nebo neoprávněných informací či předávání třetím osobám bez předchozího souhlasu klienta nezapojování klienta do hledání možností řešení jeho situace, jednání bez přítomnosti (za zády) klienta, neempatický přístup, nezájem o potřeby a vyslovená přání klienta,
- j) ve vztahu k zaměstnavateli –neloajalita vůči zaměstnavateli/zřizovateli, nerespektování poslání organizace a služby, porušování dohod a závazků, pasivita při spoluvytváření zdravé firemní kultury (mezilidské vztahy), kontroverze vůči hodnotám služby (organizace),
- k) ve vztahu ke kolegům – nerespektování spolupracovníků, pasivita při hledání inspirace od zkušenějších pracovníků, nevyužívání odborných poradců, externích odborníků, stagnující postoj, konflikty při různosti názorů,
- l) ve vztahu ke svému povolání a odbornosti-pasivita ke vzdělávání a ke svému osobnímu růstu (plní pouze zákonné povinnosti), neznalost a neuplatňování etického kodexu služby či zaměstnavatele, nepřispívání ke zvyšování kvality služby, nevyužívání nových poznatků při provádění sociální práce, jednání v rozporu se závaznými dokumenty služby, organizace, kodexy,
- m) ve vztahu ke společnosti-pasivita ve vztahu k připomínkování návrhů nových zákonů, neúčast na platformách a veřejném dění, nezájem o politické dění, pasivita při řešení problematických systémových oblastí.

Dle výše uvedeného lze sice určitou oporu hledat v etických kodexech a dalších dokumentech, avšak při hledání odpovědi na otázky týkající se etických dilemat, je vždy rozhodující hodnotové ukotvení a osobnostní nastavení sociálního pracovníka. Ten se bude rozhodovat i podle toho, co je pro něj samotného důležité a čeho je schopen (v danou chvíli, s konkrétním klientem), tedy jaké je jeho morální ukotvení, vnímání vlastních hodnot a světa.

V souvislosti se službou domácí ošetrovatelská a paliativní péče se může sociální pracovník potýkat se situacemi, problémy či dilematy z hlediska několika dimenzí. Může se jednat například o tyto pohledy:

- a) mikro úroveň – z pohledu klienta

- klient v terminálním stádiu nemoci už nechce být tzv. na obtíž rodinným příslušníkům a chce odejít do nemocnice, kde by mohl zemřít. Rodina chce o člena pečovat doma až do konce a obětovat se;
 - klient se nechová vhodně k personálu – je agresivní. Pro tým je péče zátěžová. Poskytovat klientovi nadále péči doma, nebo dohodnout s rodinou a lékařem umístění klienta do nemocnice i s rizikem, že v nemocnici může být urychlena smrt;
- b) mezo úroveň – z pohledu pracovníka (služby)
- zájem klienta je v konfliktu s možnostmi služby – klient žádá od pracovníka více času, pracovníkovy možnosti jsou omezené;
 - kvalita péče ve vztahu k vytíženosti pracovníka – loajalita vůči zaměstnavateli vs. vůči klientovi;
- c) makro úroveň – pohled (otázky) na celkové fungování zdravotní péče v ČR
- dostupnost péče pro pacienty v různých částech země a pro různé sociální skupiny, nerovný přístup ke všem;
 - rozhodování o prioritách ve zdravotnictví, například mezi prevencí a léčbou nemocí;
 - kvalita péče v konfliktu s postoji zdravotních pojišťoven;
 - etické otázky související s výzkumem a vývojem v oblasti zdravotnictví.

Budeme-li nahlížet na sociální práci z hlediska etiky, ve vztahu k řešení etických dilemat a problémů, dostaneme se zároveň do oblasti sociální politiky, která se také zabývá řešením sociálních problémů na všech výše uvedených úrovních (mikro, mezo, makro).

5 Propojení tématu se sociální politikou

Pojem sociální politika se v naší společnosti ustálil na přelomu 19. a 20. století, tato oblast se mění v závislosti na vývoji společnosti. Lze ji vystihnout slovy: snaha, cílevědomý zájem, udržování či dosažení změn vztahujících se ke zlepšování podmínek ve společnosti i celospolečenských poměrů. Cílem je systematicky sledovaný zájem o co nejvyšší životní úroveň lidí, zaměřený na fungování, rozvoj, zdokonalení nebo přeměnu sociálního systému (Tomeš, 2010).

Sociální politika a sociální práce jsou úzce propojené neoddělitelné oblasti vzájemně se ovlivňující se snahou zlepšit kvalitu života lidí ve společnosti. Sociální práce reaguje na pojmy spojené s životní situací klienta, v sociální politice hovoříme o sociálním problému. Oba pojmy mají společná východiska, z nichž nejdůležitější je respekt k důstojnosti člověka. Každá z disciplín směřuje k hledání intervencí, které budou mít efektivní ekonomický dopad na klienta, ale i na celou společnost. Cílem sociální práce i sociální politiky je dosáhnout co nejvyšší míry sociálního fungování jedince i sociálního začlenění lidí do společnosti. Co se týká sociální politiky, jejím základním východiskem je společnost a celospolečenský systém. U sociální práce se jedná o jednotlivce, skupinu nebo komunitu – ve vztahu ke společnosti, tedy v „ekosystémovém pojetí“. Sociální politika vytváří různá opatření a programy jako reakci na sociální problém a na podporu schopností v kontextu životních situací. Sociální práce je zaměřena na intervenci s cílem podporovat rozvoj schopností a zplnomocňování klienta v dovednostech, které mu umožní ovlivňovat prostředí. Sociální politika je zaměřena na cílové skupiny: region, společnost (národ), nadnárodní úroveň. Sociální práce soustředí pozornost na jednotlivce, skupiny a komunity, s ohledem na lokalitu a region, který ovlivňuje sociální fungování klienta (Smutek, 2006).

Z pohledu saturace biologických potřeb klienta je stěžejní individuální podpora a péče zdravotní, která je závislá na profesionalitě lékařů a dalších zdravotnických pracovníků – zdravotních sester. Na individuální zdravotní péči v ČR má nárok každý nemocný či umírající, nebo člověk ohrožený chorobou (Tomeš, 2011).

Odpovědí na jednu z klíčových otázek dnešního zdravotnictví týkající se zajištění optimální péče o osoby trpícími chronickými nemocemi (počínajícími i probíhajícími), jejichž počet se stále zvyšuje, je systém takzvané „*integrované péče*“. Sleduje moderní trendy v léčbě a diagnostice prováděné lékaři primární péče (praktickými), ale i specialisty v dalších medicínských oborech. Tento systém zahrnuje také edukaci klienta ohroženého nemocí, zaměřenou na prevenci. Součástí je také péče v oblasti zajištění bezpečí a „*sledování lékových interakcí*“ (vlivy užívaných léků apod.). Podstatou systému je poskytování zdravotní péče praktickým lékařem a zároveň koordinování této péče (Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, 2023).

Sociální politika určuje také prioritní oblasti ve vztahu k vývoji společnosti, čímž přímo ovlivňuje i nastavení systému sociálních služeb a samotnou práci sociálních pracovníků. Tato oblast politiky je propojená i s dalšími obory, jako je například ekonomie, sociologie apod. Zahrnuje i oblasti dalších politik, z hlediska vzniku a následného poskytování služeb domácí ošetrovatelské a paliativní péče je důležité zaměřit se na oblasti politiky zdravotní, rodinné, politiky stárnutí a další.

Důležité je připomenout také základní principy, na kterých sociální politika staví. Jsou jimi solidarita, participace, subsidiarita, sociální spravedlnost. Především tato hodnota je ve vztahu k domácí zdravotní paliativní péči nepostradatelná. Nejedná se jen o oblast práv, která sociální pracovník ve vztahu ke klientovi hájí, ale tento princip vypovídá i o „*mravní a náboženské hodnotě*“, která může pro každého jedince znamenat jiný postoj ke světu i k mezilidským vztahům. Úkolem sociálního pracovníka je podněcovat budování pevných mezilidských vztahů v rodině klienta, ale i směrem k vnějšímu prostředí. Zároveň respektovat a podporovat klientovu autonomii a přání, a tato mu pomáhat uskutečňovat. Zejména pro lidi, kteří se nachází v konečné fázi života, kdy jsou nejvíce zranitelní, je potřeba jim dávat naději, být jim oporou, aby se cítili bezpečně. Zároveň aby měli všechno, na co mají ve své těžké životní situaci právní nárok. Přitom je důležité nezapomínat i na princip participace a podporovat klienta, aby to, co zvládne vlastními silami, nepožadoval od svého okolí. Stěžejní úlohu zastávají rodinní pečující.

Neméně důležitý je princip subsidiarity. Zvláště ve chvílích terminálního stádia nemoci se může zdát, že plán péče a celkové směřování posledních chvil života má v rukou zejména zdravotní personál. Sociální pracovník má v tomto směru těžkou úlohu, neboť uplatňování principu subsidiarity, která má posilovat také autonomii, může narážet na mantinely uvnitř rodinného systému, ale i ze strany vnějšího prostředí.

Uplatňování tohoto principu při práci s nemocnými či umírajícími i ve vztahu k jejich rodině znamená úzké propojení s principem solidarity. Neboť člověk, který je limitován například nemocí (blízkostí smrti) a už si nedokáže pomoci sám, stává se závislým na druhých. Pomáhat nemocným zranitelným lidem je morální povinností, ale i společenskou odpovědností každého člověka (Krebs, 2015). Sociální pracovník hledá zdroje, které může klient využít. Také díky uplatňování principu solidarity existují možnosti, které lze klientovi k řešení jeho situace nabídnout. Základní výhodou a zároveň i právem každého člověka je využívání zdravotní péče hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Při práci s klientem i jeho rodinou se sociální pracovník setkává se situacemi, které je nutné řešit a bez nástrojů sociální politiky by to nebylo možné. Například ve vztahu k zajištění péče o nevyлéčitelně nemocného člověka (klienta s onkologickým onemocněním), může dojít k poklesu finančních prostředků (z důvodu dlouhodobé pracovní neschopnosti, zvýšených nákladů na navazující péči). V některých případech

může dojít k rozpadu rodiny (rozvod). Vzniklé krizové situace či události negativně dopadají nejen na kvalitu života klienta a na jeho celkové sociální fungování, ale ohrožení mohou být i další členové rodiny, zejména rodinní pečující a děti.

Je důležité poskytnout včas odborné sociální poradenství a využít všech preventivních opatření, aby k takové situaci nedošlo (Sláma a kol.,2020).

V podmínkách České společnosti funguje systém sociální ochrany. Je nutné, aby se v něm sociální pracovník dobře orientoval, dokázal včas klientovi nabídnout a následně mu pomohl zajistit všechny dostupné formy pomoci a podpory. Systém sociální ochrany stojí na třech pilířích:

- a) sociální pojištění – nemocenské, zdravotní, důchodové;
- b) sociální podpora – například přídavky na dítě, příspěvek na bydlení;
- c) sociální pomoc – například dávky pro osoby se zdravotním postižením, příspěvek na péči, pomoc v hmotné nouzi, sociální služby (Tomeš, 2010).

Klientům domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče a jejich rodinným pečujícím je vhodné na základě jejich konkrétní situace a individuálních potřeb doporučit (nebo zajistit) například tyto druhy sociálních dávek (ošetřovné, dlouhodobé ošetřovné, důchod invalidní, důchod starobní, příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku apod.). Po úmrtí člena rodiny (manžel, manželka, matka, otec) lze požádat o vdovský, vdovecký důchod, sirotčí důchod, pohřebné. Z pohledu komplexnosti a dosažení co nejvyšší kvality péče může case manager doporučit návazné profesionální sociální služby (Umírání.cz, 2023).

Od roku 2007 jsou sociální služby zakotveny v zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách. Mezi služby, které mohou doplňovat péči o klienta a zároveň umožní pečujícím, aby si mohli i sami odpočinout, mohou patřit například služby: osobní asistence (§ 39), odlehčovací služby (§ 44), pečovatelská služba (§ 40), raná péče (§ 54). V případě, že je klient schopen a projevil by zájem o službu mimo domácí prostředí, nabízí se forma ambulantních služeb – například denní stacionáře (§ 46), týdenní stacionáře (§ 47). V případě, že péči nebude možné zajistit doma, nebo klient bude chtít využívat institucionální péči, může sociální pracovník nabídnout pobytovou službu (domov se zvláštním režimem, hospic, nemocnici následné péče). V rámci sociálního poradenství lze doporučit vhodné zdravotní a kompenzační pomůcky, včetně možností k jejich pořízení a úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění (Zákony pro lidi, 2023).

Po smrti člena rodiny je nezbytné pamatovat na podporu pozůstalých, především manželky/manžela, partnerky/partnera a dítěte/dětí. Pozůstalý rodič se bude muset vyrovnat s vlastní bolestí, přitom na něm zůstane zodpovědnost zajistit běžné náležitosti spojené s chodem domácnosti, finančním zajištěním, výchovou a péčí o dítě/děti. To znamená, že se změní i status členů rodiny-například z matky, která měla v manželovi oporu, se úmrtím manžela (partnera) stane matka samoživitelka (vdova).

V případě, že by došlo nebo hrozilo narušení bezpečného prostředí pro vývoj dítěte, nebo by nastala situace pro dítě (děti) jakkoliv ohrožující, je ideální „nasítovat“ rodiče na službu zaměřenou na práci s rodinou (sanace rodiny – uvedeno v kapitole 3). Jedná se o službu sociální prevence-sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi poskytovanou dle (§65) zákona 108/2006 Sb., O sociálních službách. (Zákony pro lidi, 2023).

Neméně důležitou oblastí je poradenství pro pozůstalé, které však v prostředí dnešní společnosti není dostatečně rozvinuté. Ministerstvo pro místní rozvoj ČR (2023) přímo uvádí, že péče o pozůstalé není součástí žádné oblasti státní sociální a zdravotní péče, přestože tito lidé citově strádají, trpí psychickými problémy a bývají sociálně izolovaní. Nejvíce péče potřebují zejména osamocení senioři, ovdovělé ženy, vdovci, ale i děti. Mezi základní podmínky vztahující se k poskytování odborného poradenství pro pozůstalé patří odborná způsobilost pracovníků. Poradce pro pozůstalé musí splňovat požadavky dle hodnotícího a kvalifikačního standardu, v souladu se zákonem č. 179/2006 Sb., o uznávání výsledků dalšího vzdělávání. Kvalifikace poradců pro pozůstalé byla v roce 2012 doplněna do Národní soustavy kvalifikací (Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 2023).

K nejdůležitějším nástrojům sociální politiky patří bezpochyby také národní strategické dokumenty, v nichž jsou stanoveny a definovány cíle, priority a opatření týkající se rozvoje v různých oblastech, například zdravotnictví, vzdělávání, sociální služby apod. Aktuálním koncepčním materiálem s mezirezortním přesahem, jehož cíle směřují k rozvoji péče o zdraví obyvatelstva v ČR je „*Strategický rámec Zdraví 2030*“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2023).

V oblasti zdravotnictví v ČR je v současné době nutno upozornit na téma týkající se zajištění dlouhodobé zdravotní a domácí paliativní péče. Jak je uvedeno v dokumentu „*Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019–2025* je systém péče o dlouhodobě nemocné, seniory i umírající značně roztržštěný. Péče týkající se zejména starších osob je zajišťována formálně (lůžková zařízení, terénní či ambulantní služby), nebo neformálně (rodinou či komunitou). Klienti s obdobným zdravotním stavem mohou využívat jak sociální služby, tak zdravotnická zařízení, přičemž financování je rozdílné. Z toho důvodu je různá i kvalita péče, při níž vznikají nerovnosti mezi klienty, kteří mají podobné potřeby (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2022). Problematika týkající se dlouhodobé péče, stejně jako péče paliativní, je zakotvena také v „*Národní strategii rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025*“. Statistické údaje zahrnuté do této strategie ukazují na problematickou oblast týkající se tzv. „*neformálních pečujících*“, kteří mají na zajištění domácí zdravotní péče významný podíl. Jedná se o oblast, která není na národní úrovni dostatečně řešena, neformálním pečujícím není poskytována dostatečná podpora a jejich postavení je nejasné a neukotvené. Počet neformálních pečujících v ČR činí kolem 300 tis. osob, přičemž zhruba polovina z nich jsou osoby

blízké, rodinní pečující. Péče zajišťována neformálními pečujícími má pro společnost ekonomický i společenský přínos, a to i v oblasti mezigenerační solidarity, rodinné soudržnosti“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2016).

Optimální paliativní péče v České republice (i v jednotlivých zemích světa) vyžaduje především příznivě nakloněné politické prostředí, posílené komunity, přístup k lékům pro tlumení bolesti, stabilní systémy a mezirezortní spolupráci, kvalitní vzdělávání a odbornou přípravu pracovníků oblasti paliativní péče. Význam mají i výzkumy v oblasti primární zdravotní péče, pozornost musí být věnována také kvalitě služeb (WHO, 2023).

5.1 Financování domácí ošetrovatelské a paliativní péče

Z pohledu financování domácí zdravotní péče, která stojí na pomezí služeb sociálních a zdravotních je nutné upozornit na nepropojenost obou systémů. Vzhledem k současnému nastavení je zřejmý rozdíl mezi financováním a poskytováním ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v zařízeních sociálních pobytových služeb. Zdravotnická zařízení poskytující současně sociální služby, mají mnohem vyšší příjmy získané z úhrad za ošetrovatelské a rehabilitační výkony než například domovy pro seniory. Zdravotní výkony jsou financovány dle výkonového hodnocení, které je mnohem nižší než skutečně vynaložené náklady na ošetrovatelskou péči. Samotná úhrada za zdravotní výkony, ať jsou prováděny v pobytových zařízeních anebo v přirozeném prostředí klienta, je závislá na rozhodnutích zdravotních pojišťoven, což s sebou nese značné administrativní a další nároky (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2016).

Úhrady za provedené zdravotní výkony jsou nepostradatelným zdrojem financování domácí ošetrovatelské a paliativní péče. Účastník zdravotního pojištění má nárok na zdravotní péči dle doporučení lékaře, tato bude hrazena z fondu veřejného zdravotního pojištění prostřednictvím zdravotní pojišťovny, u které je nemocný člověk (pojištěnec) registrován (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2023). Finanční prostředky získané od zdravotních pojišťoven zdaleka nepokryjí náklady spojené s celkovou péčí o klienta.

Sociální služby podléhají zákonu 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou financovány prostřednictvím dotací ze státního rozpočtu, přerozdělovaných příslušným krajem dle působnosti poskytovatele služby. Částečně se na úhradě za poskytnutou sociální službu podílí klient, maximální výše úhrady je stanovena prováděcí vyhláškou 505/2006 Sb. (§10). Na úhradu péče má klient možnost využít příspěvku na péči (Zákon pro lidi, 2023). Oproti tomu služby zdravotní jsou obsaženy

v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a jsou financovány především z veřejného zdravotního pojištění (Zákony pro lidi, 2023).

Vzhledem k nestabilnímu a roztržitému systému financování domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče jsou poskytovatelé těchto služeb, zejména nestátní neziskové organizace nebo agentury domácí péče, nuceni získávat finanční prostředky i z dalších zdrojů. Těmi mohou být například veřejné sbírky, příspěvky, dary od firemních či individuálních dárců, nadační příspěvky, dotační prostředky.

6 Legislativa

Domácí zdravotní péče, stejně jako péče paliativní, je lidským právem a dá se říci, že i morálním nárokem, který by se měl týkat všech zdravotnických systémů.

Legislativa týkající se provozování služby domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče není dostatečně ukotvena v zákonech České republiky tak, aby uceleně řešila problematiku dostupnosti, financování, kvality a rozvoje paliativní péče. Zákon, který by přímo upravoval zajištění a poskytování paliativní péče není součástí české legislativy. Neprovázanost sociálního a zdravotního systému se jeví jako celonárodní problém, který je třeba řešit.

Služby domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče mohou zřizovány a provozovat subjekty s různými formami, a to z veřejného (státní správa, samospráva) i soukromého sektoru. Dříve začínaly v naší společnosti domácí zdravotní péči zajišťovat registrované všeobecné zdravotní sestry (fyzické osoby, podnikatelky/podnikatelé). V dnešní době jsou zřizovateli služeb domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče agentury (zřizují je například společnosti s ručením omezením, lékaři apod.). Provozovateli jsou často také nestátní neziskové organizace. Mezi takové poskytovatele patří například Charity, Diakonie zřizované církví.

Zdravotní služby lze na území ČR poskytovat pouze za předpokladu, že poskytovatel získá oprávnění k poskytování zdravotních služeb na daném území. Oprávnění vydává krajský úřad příslušného správního obvodu, v kterém budou zdravotní služby poskytovány. Po získání oprávnění je poskytovatel evidován v Národním registru zdravotních služeb. Sociální služby může poskytovat subjekt, který získá od příslušného krajského úřadu rozhodnutí o registraci. Přehled poskytovatelů a registrovaných sociálních služeb je zveřejněn v Registru poskytovatelů sociálních služeb.

Zaměříme-li se konkrétně na poskytování domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče, bude se poskytovatel řídit legislativou týkající se jak oblasti zdravotní, tak sociální.

Ve vztahu k poskytování zdravotní péče patří k nejdůležitějším tyto zákony a vyhlášky:

- a) **zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách**
 - paliativní péče je v něm vymezena jako specifický druh zdravotní péče, která si klade za cíl zmírňování utrpení a zachovávání kvality života jedince trpícího nemocí, kterou nelze léčit.
- b) zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví
- c) zákon č. 371/2021 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- d) zákon č. 201/2017 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů

- e) zákon č. 541/2020 Sb., nakládání s odpady a způsobu jejich likvidace
- f) zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách
- g) zákon č. 106/1999 Sb., o nestátních zdravotnických zařízeních
- h) vyhláška č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
- i) vyhláška 440/2000 Sb., předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.
- j) vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.
- k) vyhláška č. 396/2021 Sb., kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami
- l) Vyhláška 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče

Ve vztahu k poskytování sociálních služeb jsou stěžejní:

- a) **zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách**
- b) vyhláška 505/2006 Sb. (upravuje některá ustanovení zákona 108/2006 Sb.)

Významnou oblastí, kterou nelze v souvislosti s poskytováním domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče opomenout, je oblast lidských práv, ochrany zdraví, informovaného souhlasu apod. V návaznosti na poskytovanou domácí paliativní péči je důležité zmínit i téma důstojného umírání, neboť ne všichni terminálně nemocní lidé mají možnost prožít poslední fáze života v prostředí, kde se budou cítit dobře, kde budou mít zázemí a oporu svých nejbližších. V souvislosti s paliativní péčí jsou hlavní otázky týkající se důstojného umírání řešeny i na poli Evropské unie. Rada Evropy vyzývá členské státy k zajištění a poskytování kvalitní koordinované a komplexní péče se zapojením multidisciplinárních týmů (Tomeš a kol., 2015). Hlavní oporu lze najít v evropských strategických dokumentech a prohlášeních, například v Listině základních práv a svobod Evropské unie (EU), v Chartě práv nevléčitelně nemocných a umírajících, v Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči apod.

Se zřízením a poskytováním služby domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče jsou spojeny další zákony a vyhlášky. Mezi nejdůležitější patří zákon č. 89/2021 Sb., občanský zákoník a zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce a další (Zákony pro lidi, 2023).

7 Analýza potřebnosti

Dostupnost služeb domácí zdravotní péče a s ní spojená kvalita života lidí žijících s život ohrožující nemocí, nebo umírajících, jsou témata, kterým je nutné věnovat patřičnou pozornost. A to i přestože bylo v této oblasti v posledních letech učiněno mnoho pozitivních změn.

Zaměříme-li se konkrétně na oblast paliativní péče, podle informací zveřejněných na webovém portálu Světové zdravotnické organizace je odhadováno, že celosvětově se dostává paliativní péče pouze k 14 % pacientů, kteří ji potřebují. Z uvedeného vyplývá, že dostupnost této péče je stále velmi nízká, Jedním z cílů WHO je začlenění paliativní péče, jako klíčové součásti, do zdravotnických systémů ve všech zemích. Důraz je kladen na rovný přístup založený na primární zdravotní péči (Světová zdravotnická organizace, 2023).

Výše uvedený problém, týkající se nedostupnosti paliativní péče, se týká i České republiky. Tato forma péče je poskytována pouze na některých územích, začíná intenzivněji začíná být zaváděna i do zařízení pobytových služeb. Forma institucionální péče je však finančně nákladnější než péče poskytovaná v přirozeném domácím prostředí klienta. Poskytování profesionální a komplexní domácí péče znamená pro klienta a jeho rodinu vyšší kvalitu života.

Marková a kol. uvádí (2021), že většina lidí terminálně nemocných či umírajících si přeje dožít doma se svou rodinou. Poptávku po domácí zdravotní péči je možné ověřit i z dostupných výzkumných šetření. To potvrzují například i data výzkumu agentury STEAM/MARK, který nechala v roce 2013 zpracovat organizace Cesta domů. Dle tohoto výzkumu si zhruba 80 % respondentů přeje zemřít doma, ale tuto možnost má přibližně 4 % nemocných osob (Cesta domů, 2013).

7.1 Výdaje na veřejné zdravotnictví v České republice

V souvislosti s řešením dostupnosti služeb domácí zdravotní péče je důležité zmínit také finanční nákladnost na veřejné zdravotnictví v České republice.

Na základě dostupných statistických údajů činily roční náklady na veřejné zdravotnictví v roce 2021 částku 406,8 mld. korun. Ekonomika meziročně vzrostla o 3,3 %, zatímco náklady na zdravotnictví vzrostly o 13 %. Svaz zdravotních pojišťoven varuje před pokračujícím nárůstem výdajů, což by mohlo způsobovat neudržitelnost celého systému. Náklady na zdravotnictví rostou rychleji než celková ekonomika. V České republice je to rychleji, než si může stát dovolit. K největšímu nárůstu nákladů došlo v segmentu zdravotní záchranné služby (28 %). Největší nákladovou položkou je lůžková péče (229,3 miliardy, z toho nemocnice činí 211 mld. - meziroční nárůst

15 %). Další největší položkou jsou náklady na ambulantní péči (109,5 miliardy Kč – růst o téměř 9 %). Téměř stejné byly meziroční výdaje na léky, mírně vyšší byly náklady na péči lázeňskou, v roce 2021 došlo k nárůstu nákladů vzniklých z důvodu covidových omezení (Svaz zdravotních pojišťoven, 2023).

Nejvyšší podíl výdajů na zdravotní péči z dlouhodobého hlediska hradí zdravotní pojišťovny. V roce 2020 činily výdaje 369, 4 mld. korun, což je 70 % celkových výdajů na zdravotní péči v ČR (Český statistický úřad, 2022).

Co se týká hospodaření zdravotních pojišťoven, byly z důvodu nižších příjmů z pojistného a plateb za státní pojištěnce v roce 2021 i 2022 v deficitu. Tyto náklady musely pojišťovny dorovnávat z rezervních fondů. V parlamentu probíhají jednání o systému pravidelného zvyšování státních příspěvků, jedná se o cenách (na rok 2023 a 2024). Pojišťovny si kladou za cíl mít poměr příjmů a nákladů vyrovnaný (Svaz zdravotních pojišťoven, 2023).

Zdravotnictví v ČR je dlouhodobě financováno převážně z veřejných zdrojů, z veřejného zdravotního pojištění. Výdaje na zdravotní péči v Česku, podle hlavních zdrojů financování, jsou graficky znázorněny v Příloze 5.

Pro zdravotní pojišťovny jsou v roce 2023 nejvyššími plánovanými náklady na zdravotní služby, stejně jako tomu bylo v letech předchozích, výdaje na lůžkovou péči, což ukazuje graf v Příloze 6 (NRHZZ ÚZIS ČR, 2023).

V příloze 7 je graficky znázorněna struktura nákladů na zdravotní služby podle jednotlivých segmentů (Zdroj: Zdravotnický deník, 2023).

7.2 Příčiny vzniku problému a jeho dopady na cílovou skupinu a společnost

Jak uvádí Národní zdravotnický informační portál (2023), délka života lidí se prodlužuje. V České republice se za posledních dvacet let, díky zlepšujícím se životním podmínkám, zvýšila délka života u mužů zhruba na 76 let, u žen přibližně na 82 let života. Avšak počet let, kdy člověk žije ve zdraví, se podle statistik pohybuje kolem 61 let. Zdravotní potíže člověka omezují a ohrožují. I když současná medicína přispívá k prodlužování věkové hranice života, jsou tyto roky často zatíženy nemocemi jako je například cukrovka, vysoký tlak, kardiovaskulární nebo nádorová onemocnění. Lidský život po 60. roce je nebo bude pravděpodobně provázen některou nemocí, kterou nebude možné vyléčit.

Na základě dostupných statistik ročně umírá v České republice více než 100 tisíc lidí, v nemocnicích zemře více než polovina, okolo 30 % umírá v přirozeném prostředí – doma nebo v pobytových sociálních službách (Zichová, In Huneš, 2020).

Po několika letech tabuizování tématu lidských potřeb spojených s nevléčitelným onemocněním a umíráním se začíná stávat trendem dnešní moderní medicíny rozvoj

služeb domácí zdravotní péče. Tuto pozitivní změnu můžeme zaznamenat i v národních strategiích, memorandu, krajských dokumentech. **Přesto není forma domácí zdravotní paliativní péče stále na všech územích v České republice dostupná.**

Zejména v menších územích musí lidé žijící s chronickým onemocněním, v terminálním stádiu nemoci, odcházet do institucionálních zařízení (nemocnice, léčebné ústavy, domovy pro seniory). V těchto zařízeních z důvodu nedostupnosti domácí péče často mnozí i umírají. Dle Zichové (In Huneš, 2020) je domácí hospicová paliativní péče zhruba na polovině území České republiky nedostupná, a to z důvodu „nešikovného“ ukotvení v legislativě a nízkému nastavení úhrad ze strany zdravotních pojišťoven a z důvodu nedostatku kvalifikovaného personálu.

7.3 Příklady řešení dané problematiky v České republice

V České republice existuje několik organizačních forem poskytovatelů specializované paliativní péče. Jedná se o ambulance paliativní medicíny, paliativní péče v domácím prostředí (mobilní hospice), lůžková zařízení hospicového typu, oddělení paliativní péče v rámci zdravotnických zařízení (nemocnice), konziliární týmy v lůžkovém zdravotnickém zařízení (Sláma a kol., 2020).

Dle dostupných informací z webového portálu Paliativní péče (2023) se na území České republiky nachází 25 hospiců, v každém kraji existuje alespoň jedno zařízení. Mezi významné profesionální poskytovatele specializované paliativní péče na území České republiky v oblasti paliativní péče patří například:

Cesta domů, z. s., která kromě samotného poskytování služeb paliativní péče vydává i odborné publikace a nabízí vzdělávací programy i poradenství komukoliv z ČR. Formou osvětových akcí se snaží zvyšovat povědomí o paliativní péči, spoluprací s výzkumnými agenturami získává statistické údaje (Cesta domů, 2023).

Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, který byl první sociálně zdravotní a charitní službou tohoto druhu v České republice. Hospic byl založen dne 1. 12. 1994 MUDr. Marií Svatošovou, zakladatelkou hospicového hnutí. Zřizovatelem je Královéhradecké biskupství (Oblastní charita Červený Kostelec, 2023).

Na území Svitavska působí Oblastní charita Polička, která provozuje Domácí hospic sv. Michaela. Tato služba nabízí specializovanou paliativní péči. Jedná se o krátkodobou péči zaměřenou na konečnou fázi života (Oblastní charita Polička, 2023).

Ve vztahu k fungování charitní struktury, kde je jasně vymezena územní působnost, dochází k úzké součinnosti a vzájemné spolupráci mezi jednotlivými charitními organizacemi. Pokud Charita působící v konkrétním území určitý druh služby neposkytuje, může službu provozovat „sousední“ Charita. Tato situace nastává

i v případě poskytování služeb domácí zdravotní péče, kdy je mezi Charitou Moravská Třebová a Oblastní charitou Polička dohodnuta úzká součinnost v zajištění péče o terminálně nemocné klienty na území regionu Moravskotřebovsko a Jevíčko. Propojení služeb v síti Charit je z hlediska zajištění komplexní péče o klienta v daném území považováno za výhodu. Zejména z hlediska znalosti charitní struktury a ve vztahu využití potenciálu spojeného s nabídkou a kapacitami charitních služeb, v neposlední řadě i co se týká sdílení dobré praxe, je možné z uvedených výhod významně čerpat. Což má pozitivní dopady (benefity) zejména pro klienty.

Ošetrovatelskou a obecnou paliativní péči zajistí nově od roku 2024 **Charita Moravská Třebová**. Pokud tato péče nebude dostačující, doplní ji Domácí hospic sv. Michaela pod Oblastní charitou Polička.

7.4 Metoda SWOT analýza

V návaznosti na plánovaný vznik nové služby Domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče byla v Charitě Moravská Třebová provedena SWOT analýza.

Díky SWOT analýze je možné provést zmapování a rekapitulaci silných a slabých stránek uvnitř organizace a příležitostí i možných hrozeb z vnějšího prostředí. Jedná se o jednoduché nenáročné zmapování hlavních oblastí. Důležité je dosáhnout co nejvyššího množství silných stránek, co nejvíce odstraňovat a eliminovat slabé stránky, znát a využívat zdroje k rozvoji a posilování organizace a snižovat ohrožující faktory (Srpová, 2011).

SWOT analýza v Charitě Moravská Třebová byla zpracována za aktivní účasti managementu organizace, sociální pracovnice a pečovatelek Charitní pečovatelské služby. Dle informací pracovnic se mezi klienty využívající terénní pečovatelskou službu objevují také zájemci o ošetrovatelskou a paliativní péči. Z pracovního setkání k tvorbě SWOT analýzy vzešel výstup – viz. Příloha 8.

Výsledky SWOT analýzy ukazují, že Charita Moravská Třebová, jako budoucí poskytovatel služby domácí zdravotní péče, má pro vznik a udržitelnost této služby potřebné předpoklady – disponuje silnými stránkami, které mají oporu zejména v dlouholetých zkušenostech s poskytováním profesionálních sociálních služeb. Organizace má dostatek zdrojů, včetně finančního zajištění a rezerv, které může uvolnit na krytí nákladů spojených s rozjezdem nové služby. Slabé stránky byly diskutovány a analyzovány, bylo zjištěno, že je možná jejich eliminace, míra rizika dopadající negativně na realizaci projektového záměru je nízká. Ve vztahu k hrozbám, týkajícím se vnějšího prostředí, se neukazuje žádná natolik významná, aby ohrozila vznik a udržitelnost služby domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče. Během 17letého poskytování registrovaných sociálních služeb má Charita Moravská Třebová navázanou

spolupráci s mnoha subjekty, institucemi a orgány státní správy. Je propojena s praktickými i odbornými lékaři v regionu, má navázanou spolupráci s Nemocnicí následné péče v Moravské Třebové i s Nemocnicí ve Svitavách.

Charita Moravská Třebová přichází v průběhu roku několikrát do kontaktu (zejména telefonického) také s dalšími zdravotnickými zařízeními, kde jsou léčeni lidé z území Moravskotřebovska a Jevíčka. Vedení organizace bylo několikrát osloveno sociálními pracovníky nebo lékaři těchto zařízení s žádostí o zajištění ošetrovatelské nebo paliativní péče v přirozeném prostředí pacienta, který opouští nemocnici nebo léčebnu.

Těmto žádostem není v současné době možné vyhovět, jsou předávány kontakty na jiné poskytovatele.

7.5 Zmapování konkurence v území regionu Moravskotřebovsko a Jevíčko

Na území Svitavska, kam spadá i region Moravskotřebovsko a Jevíčko, provozují domácí zdravotní péči dva poskytovatelé – agentura Sestřička.cz a Oblastní charita Polička. Agentura Sestřička.cz se na území Moravskotřebovska Jevíčka zaměřuje na péči ošetrovatelskou. Oblastní charita Polička poskytuje mobilní hospic, tedy specializovanou domácí zdravotní péči (Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, 2023). S oběma provozovateli služeb domácí zdravotní péče Charita Moravská Třebová spolupracuje, a to v rámci poskytovaných sociálních služeb. Například Charitní pečovatelská služba, fungující od roku 2018 terénní formou, dojíždí za klienty do jejich domácího prostředí po celém území (Charita Moravská Třebová, 2023).

7.6 Velikost a specifika cílové skupiny vzhledem k řešenému problému

Na základě statistických údajů za období 2007-2020 zveřejněných Národním informačním zdravotnickým systémem (2021) je služba domácí zdravotní péče každý rok poskytnuta v průměru 141 943 nemocným, z tohoto počtu se jedná o 61 % žen a 39 % mužů. Analytická studie, která je součástí dokumentu „Zdraví 2030“ tuto informaci graficky znázorňuje a uvádí srovnání také s jednotlivými kraji v České republice. Toto srovnání lze shlédnout v Příloze 9.

Podíl nemocných osob, které v České republice využily domácí zdravotní péči, činí 1,36 % z celkové populace roku 2017. Ve vztahu k dostupnosti tohoto typu služeb, s ohledem na počet osob, jsou zaznamenány značné rozdíly mezi jednotlivými kraji. V období od roku 2010 do roku 2017 došlo k nárůstu počtu osob využívajících domácí

péči ve všech krajích, avšak intenzita byla různá. K největšímu ročnímu nárůstu osob došlo v kraji Středočeském (6 %), nejnižší počet je v krajích Jihočeském (1,0 %) a Karlovarském (1,0 %). V Pardubickém kraji došlo k ročnímu nárůstu o 3,1 %, což je srovnatelný počet s krajem Ústeckým (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2019).

7.7 Použité metody získání uvedených dat, vyhodnocení výchozího stavu

Pro zpracování analýzy potřebnosti bylo využito údajů ze strategických dokumentů a informací zveřejněných na portálech Ministerstva zdravotnictví ČR, Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, Pardubického kraje, České společnosti paliativní medicíny (ČLSP JEP), Fóra mobilních hospiců, Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče. Některé údaje byly zjištěny z odborných webových portálů - Umírání.cz, Cesta domů, z. s., Zdravotnický deník, Všeobecná zdravotní pojišťovna, Národní zdravotnický ústav, Národního informačního zdravotnického portálu, výzkumů agentury STEM/MARK, Centra paliativní péče. Stěžejní informace pro zpracování analýzy byly čerpány ze Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 a jeho implementačních plánů „Zdraví 2030“, Koncepce domácí péče 2020 (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020).

Při vyhledávání statistických údajů a strategických dokumentů bylo zjištěno, že Pardubický kraj, pod který spadá území regionu Moravskotřebovsko a Jevíčsko, nemá v současné době zpracovanou aktuální strategii týkající se domácí zdravotní péče. Stejně tak je i ve městě Moravská Třebová, které v současné době nemá zpracovaný aktuální Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na období 2022–2024, plán týkající se zdravotní politiky jako samostatné oblasti, zpracováván není.

Jak uvádí Česká společnost paliativní medicíny ČLSP JEP a Fórum mobilních hospiců (2023), bylo v roce 2019 podepsáno Memorandum o spolupráci na systematickém rozvíjení paliativní péče v České republice. V něm jsou popsány i koncepční kroky, které povedou ke zvýšení dostupnosti paliativní péče. Toto memorandum bylo podepsáno ministrem zdravotnictví, zástupci zdravotních pojišťoven a odborné společnosti. Jeho hlavním smyslem je vytvoření podmínek udržitelného rozvoje, včetně financování paliativní péče, vytvoření podmínek spolupráce mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR a dalšími subjekty a poskytovateli zdravotních služeb. Mezi hlavní cíle patří dostupnost kvalitní paliativní péče každému nevyлéčitelně nemocnému člověku s reálnou možností volby prostředí pro závěr života, zajištění dostupnosti adekvátní psychologické podpory blízkým a rodinným příslušníkům nemocného člověka. Dostupnost paliativní péče v ČR není zdaleka vyřešena.

7.8 Stakeholderi zapojeni do řešení uvedené problematiky

Na řešení problematiky týkající se zajištění dostupnosti služby domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče se budou podílet stakeholderi, se kterými Charita Moravská Třebová již spolupracuje. Záměrem je získat další spolupracující subjekty, zejména dárce a dobrovolníky.

Z pohledu zajištění přímé péče a podpory nemocného či umírajícího člověka (klienta domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče) budou nejdůležitějšími stakeholdery především domácnosti – rodinní příslušníci, (neformální) pečující.

Na národní úrovni se jedná o ministerstva, oblast sociální je v kompetenci Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, oblast zdravotní má v gesci Ministerstvo zdravotnictví ČR. Na úrovni regionální a lokální se jedná o kraje, obce (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2016).

K důležitým subjektům ovlivňujícím financování, tedy i samotné poskytování a rozvoj služeb domácí ošetrovatelská a paliativní péče, patří zdravotní pojišťovny. V České republice jich je v současné době evidovaných sedm. Zdravotní pojišťovny vystupují jako samostatné právní subjekty, úkolem je provádění veřejného zdravotního pojištění a poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, přičemž služby musí být časově a místně dostupné (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020).

Významnými stakeholdery budou i zdravotnická zařízení, neboť bez doporučení lékařů není možné služby v přirozeném prostředí klienta poskytnout. Jedná se o lékaře praktické i specialisty. Dle konkrétních potřeb klienta se může jednat o spolupráci i s ambulantními službami – ambulance léčby bolesti, případně s nemocnicemi, léčebnami, rehabilitačními zařízeními. Péči o nemocného či umírajícího člověka mohou doplňovat zařízení profesionálních sociálních služeb (uvedeno v kapitole 5). V neposlední řadě je důležitá součinnost se subjekty jako jsou Úřad práce ČR, Česká správa sociálního zabezpečení, Okresní správa sociálního zabezpečení, pohřební služba, zaměstnavatelé, farnosti.

Pokud má být služba domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče poskytována komplexně, s cílem zlepšit kvalitu života klientů, je vhodné zapojit do péče a pomoci rodině i komunitu (například sousedy, přátele, kolegy, členy společenství).

Z hlediska makro úrovně je v souvislosti s rozvojem domácí zdravotní a paliativní péče vhodné, aby byl poskytovatel služby členem asociací či dalších společností, od nichž může čerpat cenné informace, nabídky edukačních programů a další. Za významné lze považovat například Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, Asociace mobilních hospiců, Asociace poradců pro pozůstalé, Fórum mobilních hospiců, Asociace poskytovatelů sociálních služeb, Společnost sociálních pracovníků ČR.

Konkrétní přehled stakeholderů, včetně vymezení oblasti spolupráce, je uveden v Příloze 10.

8 Projekt

Název projektu (služby):

Domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče

8.1 Cíle projektu

Cílem projektu je začít od 1. 1. 2024 poskytovat na území regionu Moravskotřebovsko Jevíčsko novou službu Domácí zdravotní ošetrovatelskou a paliativní péči zřízenou pod Charitou Moravská Třebová.

8.2 Základní údaje – realizátor projektu

Název realizátora projektu:	Charita Moravská Třebová
Sídlo:	Kostelní náměstí 24/3, 571 01 Moravská Třebová
Statutární zástupce/ředitel:	Ludmila Dostálová, MBA
Zřizovatel/ sídlo:	Arcibiskup olomoucký (Mons. Jan Graubner)

Charita Moravská Třebová je evidována jako církevní právnická osoba podle zákona 3/2002 Sb. O církvích a náboženských společnostech. Je organizací římskokatolické církve, registrovaná u Ministerstva kultury ČR podle ustanovení § 22 odst. 1 zákona č. 308/1991 Sb. O svobodě náboženské víry a postavení církví a náboženských společností. Charita byla zřízena diecézním biskupem jako veřejné sdružení. Statutárním orgánem je ředitel, jmenován Arcibiskupem olomouckým na základě Jmenovacího dekretu. Základními dokumenty jsou zřizovací Dekret a Stanovy.

Posláním Charity Moravská Třebová je pomáhat lidem v nouzi a nabízet jim vlídné přijetí. Poskytovat kvalitní sociální práci a naplňovat sociální, materiální a duchovní potřeby každého člověka, který se na ni obrátí. Usiluje o spravedlivější podmínky

ve společnosti a podílí se na humanitární pomoci. V rámci Charity Moravská Třebová jsou zásadními hodnotami úcta k člověku, moudrost, důstojnost, poctivost, spolupráce, odpovědnost. Poslání Charity, jako milosrdné lásky, pramení z poslání církve šířit dobro, spravedlnost a naději a vychází z Kodexu Charity Česká republika.

Charita Moravská Třebová má v regionu Moravskotřebovsko a Jevíčsko téměř sedmnáct let své pevné místo jako profesionální poskytovatel sociálních služeb. Mezi její hlavní činnosti patří poskytování sociálních služeb, věnuje se také doprovázení pěstounů, humanitární a dobrovolnické činnosti.

V současné době provozuje Charita Moravská Třebová tyto služby – poskytované dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách:

- a) Denní stacionář Domeček (§ 46)
- b) Sociálně terapeutické dílny Ulita (§ 67)
- c) Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi „Šance pro rodinu“ (§ 65)
- d) Občanská poradna (§ 37)
- e) Charitní pečovatelská služba (§ 40)
- f) Komunitní centrum O krok dál (§ 70) (Zákony pro lidi, 2023).

Činnost Charity Moravská Třebová doplňují další služby:

- a) Centrum pěstounské péče Cesta (služba náhradní rodinné péče)
- b) Centrum humanitární pomoci (humanitární šatník, přímá pomoc, pomoc při mimořádných událostech). Pořádání veřejných sbírek a dobročinných akcí.
- c) Dobrovolnické centrum (akreditované programy u Ministerstva vnitra ČR)
- d) Půjčovna zdravotních a kompenzačních pomůcek (vedlejší činnost)

Dle zřizovacího dekretu může realizátor projektu poskytovat také služby zdravotní.

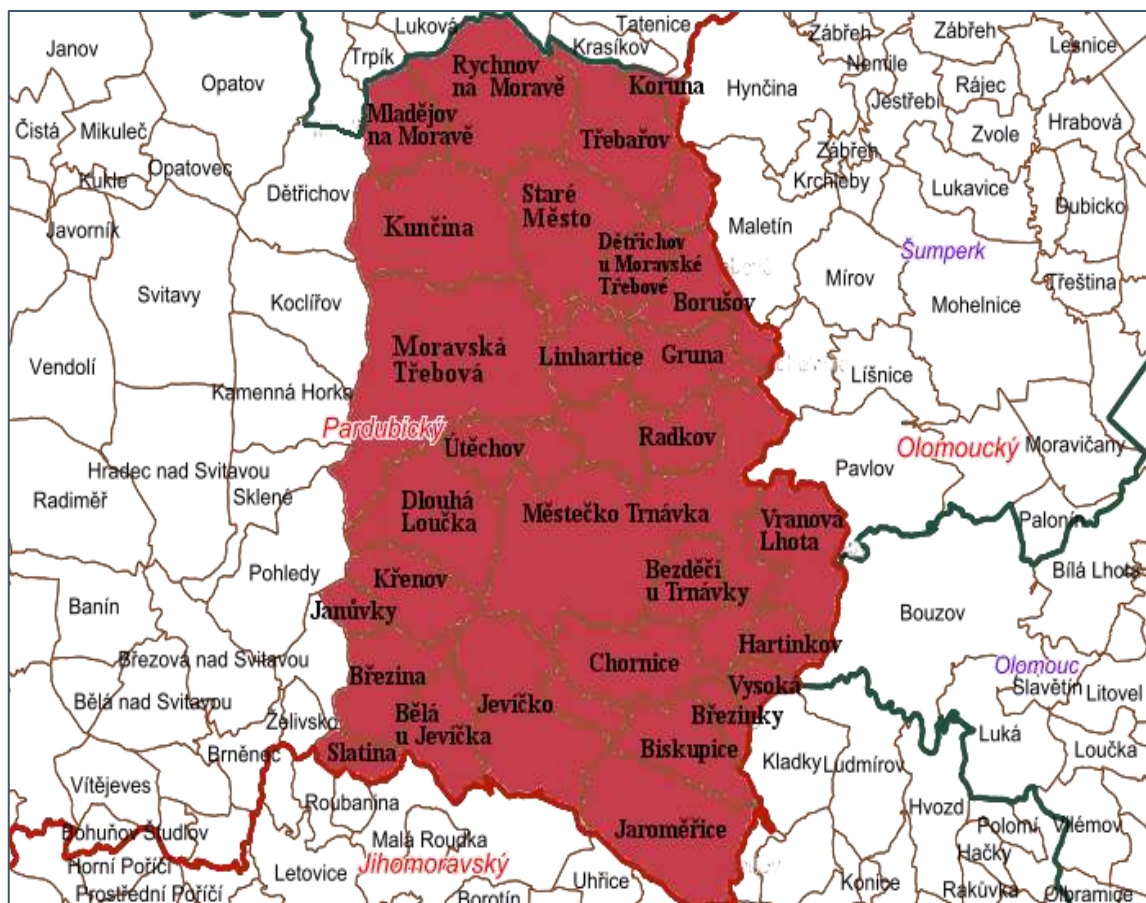
Oblast působnosti Charity Moravská Třebová jsou obce regionu Moravskotřebovsko a Jevíčko (Charita Moravská Třebová, 2023).

8.3 Základní informace o území, kde bude projekt realizován

Projekt bude realizován na území regionu Moravskotřebovsko a Jevíčko. Region je svou rozlohou poměrně rozsáhlý – 417 km² s 33 obcemi, které spadají pod obec s rozšířenou působností (dále jen ORP) Moravská Třebová. Správní obvod ORP Moravská Třebová se administrativně člení na dvě části, a to na Moravskotřebovsko (21 obcí) a Jevíčko (12 obcí). V regionu žije přes 26 tisíc obyvatel, z toho na území města Moravská Třebová je k 31. 3. 2023 evidováno 9 946 obyvatel (z toho 397 cizinců s povolením k pobytu v ČR).

Územní oblast, kde bude projekt realizován, je město Moravská Třebová, včetně těchto spádových obcí:

Bezděčí, Bělá u Jevíčka, Biskupice, Borušov, Březina, Březinky, Dětrichov, Dlouhá Loučka, Gruna, Hartinkov, Chornice, Janůvky, Jaroměřice, Jevíčko, Koruna, Křenov, Kunčina, Linhartice, Malíkov, Městečko Trnávka, Mladějov na Moravě, Moravská Třebová, Radkov, Rozstání, Rychnov na Moravě, Slatina, Staré Město, Třebařov, Útěchov, Víska u Jevíčka, Vranová Lhota, Vrážné a obec Vysoká.



Obrázek 1 Mapa území regionu Moravskotřebovsko-Jevíčko
(Charita Moravská Třebová, 2023)

Správní obvod Moravská Třebová se nachází v jihovýchodní části Pardubického kraje na území svitavského okresu a na pomezí Čech a Moravy. Moravská Třebová je od krajského města Pardubice vzdálena 80 kilometrů, další krajské město Olomouc je vzdáleno 60 km, dalším největším městem je Brno ve vzdálenosti 70 kilometrů. Moravskotřebovsko je druhým největším správním obvodem v Pardubickém kraji. Ve dvou městech – Moravské Třebové a Jevíčku – žije téměř polovina obyvatel správního obvodu (Město Moravská Třebová, 2022).

8.4 Druh služby, forma, provozní doba služby

Druh služby:	sociálně zdravotní (v rámci ošetrovatelské péče je nabízena i paliativní péče)
Forma služba:	terénní (probíhající v přirozeném prostředí klienta)
Dostupnost zdravotní služby:	24/7 (24 hodin denně, 7 dnů v týdnu, po celý rok)
Provozní doba služby:	6:00 – 18:00 hodin
Pohotovostní telefonická služba:	18:00 – 06:00 hodin
Dostupnost sociální služby:	8:00 – 16:30 hodin

8.5 Popis služby, průběh, nabízené činnosti

Domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče stojí na pomezí sociálně zdravotních služeb. Co se týká oblasti ošetrovatelské péče, dle legislativy se jedná o službu zdravotní, poskytovanou podle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Nedílnou součástí komplexní domácí péče je také provádění sociální práce, což znamená propojení se službami sociálními, dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Všichni pracovníci, kteří zajišťují péči o klienta, budou tvořit tzv. multidisciplinární tým – díky řízené koordinaci bude zajištěna celostní péče o klienta. Součástí tohoto týmu budou primárně pracovníci sociální a zdravotní služby, sociální pracovník, praktický a odborný lékař, odborný garant zdravotní péče, kněz (popřípadě jáhen, nemocniční kaplan), psycholog, psychoterapeut (případně může být i vedoucí Charitní pečovatelské služby a koordinátor charitního dobrovolnického centra).

Při plánování klíčových aktivit projektu a samotného průběhu služby je důležité vzít v potaz skutečnost, že služba je na pomezí sociálně zdravotním. V rámci metod sociální práce bude v průběhu poskytování služby primárně volena technika case managementu, která je uvedena také v teoretické části práce (v kapitole 3.2.1). Díky case managementu lze zajistit komplexní péči o klienta, jak po stránce zdravotní, tak sociální, což je podstatou služby. Komplexní pojetí péče se neomezuje jen na jednotlivé etapy a druhy péče a na to, zda ke klientovi dochází zdravotní nebo sociální služba, ale jedná se o přístup celostní, využívající síťování na další návazné služby.

Bez rozdílu odbornosti jednotlivých členů týmu a bez ohledu na konkrétní druh poskytované péče, dochází ke společnému posouzení životní situace a zdravotního stavu klienta. Sociální pracovník bude ke klientovi přistupovat z hlediska holistického, to znamená, že bude provádět posouzení životní situace klienta z hlediska biologických, psychologických, sociálních i spirituálních potřeb (uvedeno v teoretické části práce,

kapitola 2. 1. a 3. 1.). Paliativní péče, zajišťovaná v přirozeném domácím prostředí klienta, bude reflektovat a reagovat také na pomoc a podporu členů rodiny klienta, osob pečujících, případně dalších blízkých.

Koordinované pojetí sociální práce, s využitím case managementu, zaručí kontinuitu péče a může výrazně přispět i k vytvoření spolupracující atmosféry uvnitř týmu. Sociální pracovník i odborný garant zdravotní péče budou společně sestavovat „plán péče klienta“, který bude závazný pro všechny členy multidisciplinárního týmu. Plán bude následně jednotně, ve shodě členů týmu a ve spolupráci s rodinou, realizován. Nutným předpokladem pro kvalitní koordinaci a zajištění komplexnosti péče je efektivní a pravidelná komunikace, sociální pracovník bude svolávat pravidelné porady multidisciplinárního týmu.

Průběh služby se liší a odvíjí od rozhodnutí, jakou formu služby primárně klient v danou chvíli bude využívat, s ohledem na aktuální individuální potřeby a požadovaný charakter péče. Může do služby vstoupit klient, který zatím nemá větší potřebu zdravotní péče a převažující charakter podpory bude směřován skrze sociální službu (například pečovatelskou), případně tomu může být naopak. Podle toho je určena klíčová osoba péče, která je zároveň nositelem informací a intenzivně spolupracuje s odborným garantem zdravotní péče. Projekt vychází z předpokladu, že klíčovou osobou bude sociální pracovník, který má nezastupitelnou roli. Po celou dobu péče je odborníkem, poradcem, koordinátorem a prostředníkem pro klienta, jeho rodinu, případně jiné osoby pečující. Právě sociální pracovník bude tím, kdo zůstává i po úmrtí klienta rodině nablízku a nadále poskytuje nutnou podporu pozůstalým.

Služba bude sloužit lidem těžce i nevléčitelně nemocným, bude poskytovat pomoc a podporu také lidem umírajícím, rovněž osobám pečujícím, rodinným příslušníkům.

Současně pro obě formy služby (sociální i zdravotní) bude další využívanou metodou – sociální práce s rodinou, o které blíže pojednává teoretická část (kapitola 3. 2. 1). Rodině bude nabízena zejména psychosociální pomoc, v případě potřeby sociální pracovník zprostředkuje terapeuta nebo další odborníky. Aby rodinní příslušníci zvládli péči o svého nejbližšího co nejlépe a sami přitom byli chráněni před vlastním onemocněním (například z důvodu přetížení), bude jim sociální pracovník zprostředkovávat vzdělávací programy a poskytovat individuální podporu po celou dobu péče o jejich blízkého. Zvláštní pozornost bude věnována i dětem, které se budou muset vyrovnávat s nemocí či smrtí svého rodiče.

Sociální pracovník bude zastávat také roli poradce, přičemž nabídne rodině pomoc, kterou mohou využívat v rámci systému sociální ochrany. Jedná se například o sociální dávky, návazné služby apod. (viz. kapitola 5). Během doby umírání, i po smrti osoby blízké, bude sociální pracovník rodinu doprovázet a nabídne poradenství pro pečující, následně i pro pozůstalé. Sociální pracovník v roli case managera bude

pomáhat rodině s péčí o nemocného či umírajícího také „nasíťováním na dobrovolníky z komunity, které je klient a rodina součástí.

Z pohledu kvality poskytovaných služeb bude kladen důraz na odbornost a průběžné vzdělávání sociálního pracovníka, zdravotních pracovníků a dalších členů multidisciplinárního týmu.

V případě potřeby klienta a jeho rodiny zprostředkuje sociální pracovník návazné sociální služby. V oblasti přímé péče o klienta se bude jednat zejména o **službu pečovatelskou**, poskytovanou dle Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách.

K jejím základním činnostem v průběhu péče patří:

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

Co se týká oblasti zdravotní péče, tu budou zajišťovat zdravotní sestry (s kvalifikací všeobecná zdravotní sestra), a to vždy na základě indikace léčby, kterou předepisuje praktický lékař nebo specialista.

K základní zdravotní ošetrovatelské péči patří zejména tyto činnosti:

- a) kontrola zdravotního stavu – měření krevního tlaku, hladiny cukru aj.
- b) ošetřování chronických ran, bércových vředů, pooperačních a jiných ran,
- c) odběry biologického materiálu k vyšetření, měření hladiny krevního cukru (glykemie) glukometrem,
- d) podávání injekčních a neinjekčních léků (například inzulínu, infuzí, Fraxiparinu, léků na bolest, ředění krve apod.),
- e) péče o hydrataci (zavodnění), sledování příjmu a výdeje tekutin
- f) při podávání infuzní terapie nebo injekčních léčiv možnost podávání lineárním dávkovačem nebo infuzní pumpou,
- g) péče o permanentní katetry, výměna permanentního katetru u žen,
- h) ošetření různých druhů stomií (vývody – kolostomie, ileostomie, urostomie, tracheostomie, aj.), včetně péče o PEG, edukace pacienta nebo rodiny v péči,
- i) ošetrovatelská rehabilitace – po operacích, úrazech, CMP (cévních mozkových příhodách), u pacientů s roztroušenou sklerózou, aj.,
- j) sledování fyziologických funkcí – měření krevního tlaku, pulsu, tělesné teploty, saturace,

- k) ošetrovatelská péče o pacienty s venózním portem,
- l) oxygenoterapie, zapůjčení oxygenátoru, i přenosné kyslíkové lahve

Zdravotní personál může provádět i další úkony, situaci nemocného a potřebnost konkrétní léčby zhodnotí a rozhodne lékař.

Paliativní péče bude zaměřena na tišení bolesti a zmírňování duševního utrpení klienta i členů jeho rodiny (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

8.6 Popis a analýza potřeb cílových skupin

Obecně lze shrnout, že paliativní péče má být k dispozici všem lidem s nevléčitelným onemocněním bez ohledu na lékařskou diagnózu. Nejčastěji je paliativní péče poskytována nemocným lidem v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných chorob. Onemocnění a stavy, které v pokročilých stádiích obvykle vyžadují specializovanou paliativní péči, jsou například:

- a) nádorová onemocnění,
- b) neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené sklerózy, Parkinsonovy nemoci, demence, amyotrofické laterální sklerózy,
- c) konečná stádia chronických orgánových onemocnění: srdečních, plicních, jaterních a ledvinných,
- d) aids,
- e) polymorbidita geriatrických pacientů,
- f) pacienti v perzistentním vegetativním stavu,
- g) některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění,
- h) kriticky nemocní pacienti s nevratným multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní péče.

Terminálně nemocný a umírající člověk i jeho rodina potřebuje v těžkých životních fázích v první řadě zažívat respekt a důstojnost, laskavost, ohleduplnost, bezpodmínečné přijetí, lásku, odpuštění a smíření. Současně potřebuje, aby byly zajištěny základní životní potřeby, minimalizována a tišena bolest, zajištěn bezpečný a klidný prostor pro pokojné zakončení životní cesty. Jak dokazují výzkumy uvedené v analýze potřebnosti této bakalářské práce (viz. kapitola 7), mnozí terminálně nemocní si přejí, aby nemuseli do nemocnice, ale měli možnost dožít doma. Tito lidé jsou velmi citově zranitelní, většinou se nejvíce bojí samoty. Výrazné obavy z opuštěnosti a ztráty nejbližšího člověka pociťují členové rodiny.

Pokud zůstane opuštěný senior, který se nemá možnost opřít o další blízké členy rodiny, může být pro něho ztráta a osamělost nepřekonatelnou a trvalou psychickou

zátěží. Rovněž i matky s dětmi, z kterých se stanou vdovy, samoživitelky, nesou velké břemeno zodpovědnosti a obavy z dalšího fungování bez manžela (partnera). Zároveň mohou cítit duševní utrpení, musí se vyrovnat se ztrátou, a přitom zajistit i materiální podmínky a obživu pro sebe a své dítě (děti). Stejně jako dospělí, mají i děti své potřeby spojené s přijetím vážného onemocnění nebo smrti rodiče. Děti potřebují, aby se s nimi především mluvilo – otevřeně, pravdivě, srozumitelně, citlivě a s láskou, aby v nich nevznikly pocity viny, smutku a mohlo se předejít trvalému traumatu.

Vzhledem k uvedeným potřebám, které se týkají terminálně nemocných, umírajících a jejich rodin, je zajištění dostupnosti domácí ošetrovatelské a zejména paliativní péče velmi důležité. Z uvedeného důvodu bude realizován projekt na vznik této služby v regionu Moravskotřebovsko a Jevíčko.

8.6.1 Primární cílová skupina

Vzhledem k vymezené oblasti působnosti realizátora bude služba poskytována dospělým lidem žijícím na území regionu Moravskotřebovsko Jevíčko.

Primární cílovou skupinou projektu (služby) Domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče budou osoby v nepříznivé životní situaci, jejichž zdravotní stav vyžaduje odbornou zdravotní péči. Služba bude zajišťovat ošetrovatelskou i paliativní péči. Rozdíl v uvedených formách péče je uveden v kapitole 2 této bakalářské práce.

Ošetrovatelská péče bude poskytována osobám nemocným, kterým péči předepíše praktický lékař. Paliativní péče se bude týkat osob v preterminálním a terminálním stádiu nemoci.

Do primární cílové skupiny bude patřit také rodina – rodinní příslušníci, osoby pečující, kterým bude poskytována zejména psychosociální podpora, odborné sociální poradenství a pomoc ze strany dobrovolníků a členů komunity. Podpora bude poskytována také dětem, kterým onemocněl nebo zemřel rodič (nebo oba rodiče).

Podmínkou přijetí klienta do služby je vlastní zájem a svobodná vůle – přání nemocného (klienta) trávit období terminálního stádia nemoci a umírání v přirozeném prostředí (vlastní domov, domácnost člena rodiny, pečujícího).

Přímá podpora (poskytování služby) se bude týkat všech výše uvedených osob, neboť služba domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče se zaměřuje na podporu všech členů rodiny. Rodinní příslušníci bývají často i osobami pečujícími. Někdy však může být pečujícím jiná osoba, která je nemocnému člověku citově nejbližší (přátelé, sousedi, známí), ke které má klient vztah a důvěru.

Z důvodu vyšší náročnosti péče, odborných znalostí a specifických kvalifikačních požadavků na zdravotnický personál nebude zpočátku služba paliativní péče poskytována dětem. Rozvoj služby se zaměřením na děti je předpokládán s výhledem

nejdříve po 3-5 letech fungování a praktických zkušeností s cílovou skupinou dospělých.

8.6.2 Sekundární cílová skupina

Služba bude mít dopad také na další osoby a subjekty (stakeholdery). Sekundární cílovou skupinou budou dobrovolníci, kteří se budou na zajištění péče podílet. Mohou to být i sousedi, kamarádi, kolegové a další členové komunity, ve které klient a jeho rodina žijí. Služba bude úzce spolupracovat s praktickými i odbornými lékaři, návaznými organizacemi, kněžními (jáhny, kaplany), odborníky (psychologové, terapeuti, krizoví intervenenti).

Do sekundární cílové skupiny budou patřit také zdravotní pojišťovny, s kterými bude mít Charita Moravská Třebová uzavřený smluvní vztah, budou výrazně ovlivňovat financování. Dále Krajský úřad Pardubického kraje, Město Moravská Třebová a Jevíčko, obce regionu Moravskotřebovsko Jevíčsko, úřady a další instituce státní správy.

Plánovaný odhad počtu podpořených osob:

Služba bude zajišťována členy multidisciplinárního týmu. Zdravotní oblast péče o klienta bude zajišťovat 5 všeobecných zdravotních sester (5,0 úvazků). Vzhledem k tomuto počtu personálních kapacit bude moci služba zajistit domácí zdravotní péči přibližně 60 klientům za rok. Další potřeby v oblasti biologické, sociální, psychologické a spirituální bude řešit sociální pracovník ve spolupráci s dalšími odborníky.

Předpokládaný počet klientů (podpořených osob) z primární cílové skupiny je v prvním roce fungování služby stanoven na 40 klientů/rok, s ohledem na skutečnost, že služba bude v regionu nová. S touto skutečností bylo nutné při stanovení kapacit počítat. Přesný počet klientů služby nelze v současné době určit, bude se odvíjet od konkrétní poptávky, rozsahu poskytované péče, která bude vycházet z aktuálních potřeb klienta a dalších členů rodiny.

Ve vztahu k sekundární cílové skupině je předpokládáno získat v prvním roce fungování služby kolem 20 dobrovolníků, kteří pomohou zajistit péči o nemocného či umírajícího člověka a pomohou také rodině, aby si rodinní pečující mohli odpočinout. Počet dobrovolníků se bude zvyšovat s ohledem na potřeby klientů i členů rodiny. Realizátor předpokládá, že v dalších letech fungování projektu se služba dostane do většího povědomí veřejnosti a cílových skupin, což pomůže k jejímu rozvoji.

8.7 Provedení terénního průzkumu na potvrzení analýzy potřebnosti

Na základě realizovaných rozhovorů s pracovníky v sociálních službách (pečovatelkami) Charitní pečovatelské služby a se zástupci odboru sociálních věcí a zdravotnictví pod Městským úřadem Moravská Třebová a obecním úřadem Města Jevíčko byla potvrzena poptávka po službě domácí zdravotní péče. Ze stávajících 96 klientů pečovatelské služby má 28 klientů potřebu poskytování zdravotní ošetrovatelské služby. Z tohoto počtu se tři klienti nachází v terminálním stádiu nemoci a v případě, že se jejich stav ještě zhorší, budou nuceni přejít z domácího prostředí do nemocnice. Od začátku roku 2023 museli dva klienti přejít do nemocnice, kde zemřeli. Další 2 klienti byli nuceni se odstěhovat do pobytové služby.

Výhodou, kterou Charita Moravská Třebová v současné době oproti jiným potencionálním poskytovatelům disponuje, je získání kladného stanoviska pro poskytování domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče při výběrovém řízení vyhlášeným Pardubickým krajem, které bylo vstupním předpokladem pro realizaci dalších kroků směřujících ke zřízení služby. Další výhodou je také propojenost organizace v rámci sítě Charit v České republice, z které lze čerpat příklady dobré praxe od zkušených poskytovatelů. Od charitních poskytovatelů byly získány cenné informace týkající se poskytování domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče, které byly následně využity pro nastavení služby, jejich procesů, klíčových aktivit apod.

8.8 Logframe a management rizik

Předkládaný logický rámec byl zpracován s účelem strukturovaně popsat plán kroků v postupu realizace projektu. Důležité bylo sjednotit pohled týmu na projekt s uvědoměním si širších souvislostí. Sestavený logický rámec byl komunikován se službami, které jsou již pod Charitou Moravská Třebová provozovány a budou doplňovat komplexní péči o klienty. Je důležité, aby již v předprojektové fázi byly jasné plánované kroky v postupu projektu.

Při sestavování logického rámce byl nejprve stanoven účel projektu, který definuje, proč je přistoupeno k vzniku služby, včetně následného ujasnění cíle projektu.

Na základě stanoveného cíle projektu byly ujasněny hlavní výstupy/výsledky projektu, kterých má být implementací dosaženo. S ohledem na výstupy projektu byly identifikovány a naplánovány jednotlivé dílčí kroky (aktivity), potřebné k realizaci projektu v souladu se splněním definovaných klíčových aktivit.

V rámci sestavování logického rámce bylo využito pravidlo vertikální vazby mezi úrovněmi logického rámce, aby mohlo být jednoznačně dodrženo, když bude

realizováno – bude dosaženo výsledků a cíle projektu. Jestliže budou realizovány všechny nezbytné činnosti a procesy pro zahájení služby, pak bude možné a reálné zahájit provoz služby a zajistit její další fungování a udržitelnost. Což je znázorněno ilustrací – viz. Příloha 10.

V logickém rámci je uveden účel projektu – vznik a fungování služby pomůže vyřešit nedostupnost domácí zdravotní péče pro cílovou skupinu. Při dalším zpracování logického rámce byly identifikovány výstupy a na ně vázané ověřitelné ukazatele, kterých bude projektem dosaženo. Jako příklad výstupu projektu je uvedena „založená a fungující služba“, byl stanoven ukazatel „počet klientů“ nebo „vykázaná péče.“ Jako zdroje pro zhodnocení, zda bylo splněno nebo ne, byly stanoveny způsoby ověření – „dokumentace k zahájení provozu,“ nebo „žádanky předepsané péče od lékaře.“

Během formulování cíle a výstupů byly stanoveny předpoklady pro management rizik, neboť je nutné zohlednit faktory nejistot, které s každým projektem souvisí.

Na základě výše zmíněných kroků bylo nutné naplánovat jednotlivé aktivity, které povedou k výstupům a naplnění cíle projektu, včetně harmonogramu. Tyto části jsou v projektu rozpracovány.

Realizátor provedl analýzu možných rizik, kdy některá z nich byla identifikována v průběhu sestavování logického rámce, aby bylo možné vyhodnotit jejich dopad na realizaci projektu. Byla stanovena a vyhodnocena rizika, která mohou v průběhu realizace nastat. Z důvodu eliminace či odstranění zjištěných rizik byla nastavena preventivní opatření.

Budou-li rizika průběžně mapována, zpracovávána evaluace a případně včas zavedena preventivní (nebo nápravná) opatření, nebude realizace projektu ohrožena.

Specifikace rizik, dopady na realizaci projektu a preventivní opatření jsou uvedeny v Tabulce 1.

Tabulka 1 Identifikace rizik, dopady na realizaci projektu, preventivní opatření
(vlastní zpracování dle Charita Moravská Třebová)

Identifikace rizika	Dopady na realizaci projektu	Preventivní opatření
<p>Nedostatek kvalifikovaného odborného personálu</p>	<p>Projekt lze přechodně realizovat v omezené míře</p> <p>Z dlouhodobého hlediska nebude v nedostatečném personálním zajištění udržitelný</p> <p>Dostatek kvalifikovaného personálu je pro realizaci projektu zásadní prioritou</p>	<p>Zveřejnění nabídky pracovních pozic, uzavření pracovně-právních vztahů:</p> <p>1,0 úvazek – odborný garant – kvalifikace všeobecná zdravotní sestra + specializační vzdělávání – ARIP</p> <p>4,0 úvazku – kvalifikace všeobecné zdravotní sestry</p> <p>1,0 úvazku-sociální pracovník</p> <p>Na základě výběrového řízení výběr členů týmu, uzavření smlouvy o smlouvě budoucí</p> <p>Nutno zajistit adekvátní mzdové ohodnocení, benefity, pracovní podmínky a zdravou firemní kulturu</p>
<p>Fluktuace personálu/ časté střídání zaměstnanců na pozicích všeobecných zdravotních sester a sociálního pracovníka</p>	<p>Projekt lze realizovat za předpokladu fungující pružné zastupitelnosti na jednotlivých pozicích.</p> <p>Z dlouhodobého hlediska střídání zaměstnanců ohrožuje kvalitu a rozsah poskytovaných služeb</p>	<p>V organizaci bude více proškolených zaměstnanců</p> <p>Zajistit zastupitelnost na všech pozicích</p> <p>Péče o zaměstnance – vytvořit stabilní pracovní prostředí a podmínky pro zaměstnance.</p> <p>Zajistit kvalitní vybavení a moderní technologie</p> <p>Podpora pracovníků ze strany vedení organizace</p> <p>Důstojné finanční ohodnocení</p> <p>Benefity pro zaměstnance, odměny</p>
<p>Nedostatek finančních prostředků na úhradu mzdových nákladů</p>		<p>Oslovení potencionálních dárců – firemní i individuální dárcovství</p>

	Projekt lze realizovat v omezené míře	<p>Sledování grantového kalendáře – vyhledávání aktuálních grantových výzev, příprava projektových žádostí – jejich následné podání.</p> <p>Podání žádosti o dotaci na krajský úřad, města, obce</p> <p>Podání žádosti na krajský úřad o povolení veřejné sbírky. Vyhlášení veřejné sbírky.</p> <p>V případě krizové situace bude využito zápůjčky vybavení a materiálu od jiného poskytovatele</p>
Nezajištění prostor pro poskytování služby-zázemí	Projekt lze realizovat v omezené míře s využitím stávajících prostor realizátora	Oslovení lokálních subjektů, zmapování volných objektů v regionu. Uzavření nájemní smlouvy s majitelem objektu – na dobu neurčitou, s výpovědní lhůtou nejméně 6 měsíců
Nedostatek finančních prostředků na pořízení materiálně technického vybavení, zdravotnického vybavení a materiálu	Projekt lze realizovat v omezené míře	<p>Oslovení potencionálních dárců – firemní i individuální dárcovství.</p> <p>Sledování grantového kalendáře – vyhledávání aktuálních grantových výzev, příprava projektových žádostí – jejich následné podání.</p> <p>Podání žádosti o dotaci na krajský úřad, města, obce</p> <p>Podání žádosti na krajský úřad o povolení veřejné sbírky. Vyhlášení veřejné sbírky.</p> <p>V případě krizové situace bude využito zápůjčky vybavení a materiálu od jiného poskytovatele</p>
Nesplnění podmínek krajské hygienické stanice – provozní řád	Projekt nelze realizovat	Příprava provozního řádu, konzultace obsahu s krajskou hygienickou stanicí
Nesplnění zákonných povinností	Projekt nelze realizovat	Prostudování platné legislativy, znalost legislativy, příprava podkladů

Identifikace rizika	Dopady na realizaci projektu	Preventivní opatření
Neúspěch při krajském výběrovém řízení	Projekt nelze realizovat, nutno aktivitu opakovat	Kvalitní příprava projektového záměru, zajištění personálního obsazení a krytí rozpočtu. Splnění všech podmínek výběrového řízení.
Nesplnění podmínek registrujícího orgánu	Projekt nelze realizovat, nutno aktivitu opakovat	Příprava podkladů, konzultace s krajským úřadem
Nesplnění požadavků zdravotních pojišťoven, následné neuzavření smluv s pojišťovnami	Projekt může být realizován z jiných zdrojů – bez úhrad zdravotních pojišťoven	Znalost postupů, předběžné jednání se zástupci pojišťoven, příprava podkladů. Vyjednávání se zástupci zdravotních pojišťoven, směřování k uzavření smluv
Nepodpora služby ze strany lékařů	Projekt nelze realizovat, spolupráce s lékaři nezbytná. Nutno aktivity opakovat.	Oslovení všech praktických i odborných lékařů v regionu s žádostí o podporu služby – před vznikem služby. Motivovat lékaře k podpoře služby.
Nedostatečný zájem o službu ze strany klientů	Bez zájmu klientů realizace projektu není možná.	Informovanost veřejnosti o připravovaném projektu, o službě, kapacitách a nabízených činnostech. Osvěta – média, soc. síť
Nezajištění navazujících služeb	Realizace projektu ohrožena, bez navazujících služeb nebude zajištěna komplexní péče a podpora	Síťování s dalšími subjekty v regionu, vyjednání spolupráce.

8.9 Klíčové aktivity, indikátory, výstupy a výsledky

Z důvodu naplnění cíle projektu a z důvodu úspěšné realizace byly stanoveny klíčové aktivity⁶, které jsou rozděleny do jednotlivých fází. Tyto dílčí fáze jsou předem naplánovány a v průběhu realizace projektu budou sledovány. Z důvodu minimalizace rizik a problémů v průběhu realizace projektu je důležité, aby klíčové aktivity byly definovány a plánovány včas, před zahájením realizace projektu. Sledování a správa klíčových aktivit, včetně časového harmonogramu projektu, jsou zásadní pro úspěšnou realizaci, včasné dokončení projektu. Klíčové aktivity mají přímou vazbu také na rozpočet.

Projekt bude realizován prostřednictvím těchto nastavených klíčových aktivit:

KA1 Zajištění souhlasných stanovisek, povolení a registrace

V rámci KA1 jsou stanoveny výsledky, výstupy a indikátory – viz. Tabulka 2.

Tabulka 2 Klíčová aktivita 1 – Výsledky, výstupy, indikátory

	Výsledky	Výstupy	Indikátory
KA 1 Zajištění souhlasných stanovisek, povolení a registrace	Založená a fungující služba	Zpracovaný návrh záměru	1 záměr
		Kladné stanovisko zřizovatele a Rady Charity	1 stanovisko
		Zrealizované výběrové řízení krajské úřadu	1 pověření k činnosti
		Udělení registrace zdravotní služby	1 platné rozhodnutí o registraci
		Uzavřené smlouvy se zdravotními pojišťovnami	7 smluv

⁶ Pozn: Klíčové aktivity budou v textu dále označovány zkrácenou formou: KA. Ke každé aktivitě bude doplněno číslo (například: KA1).

V rámci zahájení služby bude při realizaci výstupů KA1 možné zahájit provoz služby a zajistit fungování, zejména financování, s vazbou na zdravotní pojišťovny. Výsledkem bude tedy založení jedné služby, se všemi platnými povoleními, která v této oblasti zajistí dostupnost chybějící služby v regionu Moravskotřebovsko a Jevíčko.

KA2 Materiálně technické vybavení a zázemí služby

V rámci KA2 jsou stanoveny tyto výsledky, výstupy a indikátory:

Tabulka 3 Klíčová aktivita 2 – Výsledky, výstupy, indikátory

	Výsledky	Výstupy	Indikátory
KA 2 Materiálně technické vybavení a zázemí služby	Realizovaný nákup materiálně technického vybavení a zázemí služby	Nákup vozového parku	5 osobních vozů
		Zajištění zázemí služby	1 vybavené zázemí
		Vybavení prostor nábytkem	1 set nábytku
		Zajištění provozního materiálu a pomůcek	1 set

Realizací výsledků KA2 bude dosaženo zajištěním vozového parku, který je pro službu klíčový. Bude nakoupeno 5 osobních vozidel pro 5 zdravotních sester. Sociální pracovník bude sdílet vozidla dle potřeby, případně využije jiných vozidel, kterými realizátor disponuje. Dalším výsledkem je zajištění vybaveného zázemí pro novou službu, provozního materiálu a zdravotnických pomůcek.

KA3 – Personální zajištění služby

V rámci KA3 jsou stanoveny tyto výsledky, výstupy a indikátory dle uvedené Tabulky 4

Tabulka 4 Klíčová aktivita 3 – Výsledky, výstupy, indikátory

	Výsledky	Výstupy	Indikátory
KA 3 Personální zajištění služby	Fungující tým služby	Nastavená funkční organizační struktura	1 organizační schéma
		Uzavření pracovních smluv	6 pracovních smluv
		Fungující spolupráce s externími členy týmu	1 seznam s kontakty
		Spolupráce s dobrovolníky	5 smluv s dobrovolníky

Výsledkem KA3 je fungující tým, který zajišťuje chod služby a provádí přímou péči u klienta. Jedná se o zajištění vrchní sestry a dalších čtyř zdravotních sester (obor všeobecná sestra) a 1 sociálního pracovníka a dalších členů multidisciplinárního týmu.

KA4 – Metodické zajištění služby

V rámci KA4 jsou stanoveny výsledky, výstupy a indikátory dle Tabulky 5.

Tabulka 5 – Klíčová aktivita 4 – Výsledky, výstupy, indikátory

KA 4	Výsledky	Výstupy	Indikátory
Metodické zajištění služby	Kompletní metodika služby a provozní řád	Vypracované metodiky a standardy služby	1 kompletní metodika
		Vypracovaný provozní řád	1 schválený provozní řád

Výsledkem KA4 je kompletní metodické zajištění služby, podle kterého je dosahováno poskytování služby v odpovídající kvalitě a s naplňováním zákonných povinností.

KA5 – Zahájení služby

V rámci KA5 jsou stanoveny tyto výsledky, výstupy a indikátory dle Tabulky 6.

Tabulka 6 Klíčová aktivita 5 – Výsledky, výstupy, indikátory

KA 5	Výsledky	Výstupy	Indikátory
Zahájení služby	Fungující a provozuschopná služba	Zahájená služba ke dni platnosti registrace	1 nová služba

Výsledkem K5 je konkrétní zahájení služby, která může poskytovat domácí ošetrovatelskou a paliativní péči a je dostupná potřebným lidem v daném regionu.

KA6 – PR služby (public relation – propagace)

V rámci KA6 jsou stanoveny tyto výstupy a indikátory dle Tabulky 7

Tabulka 7 Klíčová aktivita 6 – Výsledky, výstupy, indikátory

	Výsledky	Výstupy	Indikátory
KA 6 PR služby	Funkční propagace služby	Zpracovaná marketingová strategie	1 marketingová strategie
		Distribuované letáky služby	1000 ks letáků
		Zveřejnění tiskových zpráv	5 tiskových zpráv

Výsledkem KA6 bude funkční propagace služby, která využívá všechny dostupné možnosti prezentace služeb nejen pro zájemce, ale také veřejnost, rodiny a donátory, včetně obcí a krajského úřadu.

KA7 – Zajištění finančních zdrojů

V rámci KA7 jsou stanoveny tyto výsledky, výstupy a indikátory dle Tabulky 8.

Tabulka 8 Klíčová aktivita 7– Výsledky, výstupy, indikátory

	Výsledky	Výstupy	Indikátory
KA 7 Zajištění finančních zdrojů	Nastavení vícezdrojového financování	Uspořádání veřejné sbírky	1 veřejná sbírka
		Uspořádání internetové sbírky (Donio.cz, Daruj.cz)	1 internetová sbírka

Výsledkem KA7 je doplnit zdroje financování, aby bylo možné zajistit plně funkční službu. Předpoklad úhrad od pojišťoven a jejich reálná výše je z praxe velmi proměnlivá, služba musí hledat další podporu svého projektu.

KA8 – Vyhodnocení a evaluace projektu

V rámci KA 8 jsou stanoveny tyto výstupy a indikátory:

Tabulka 9 Klíčová aktivita 8– Výsledky, výstupy, indikátory

	Výsledek KA	Výstupy	Indikátory
KA 8 Vyhodnocení a evaluace projektu	Zhodnocení projektu a jeho evaluace	Evaluace projektu	1 evaluační zpráva
		Finanční audit služby	1 auditní zpráva
		Vyhodnocení funkčnosti týmu	1 personální audit

Výsledkem KA8 je zhodnocení celého projektu, jeho přínosy a definování úkolů a aktivit pro další období. V rámci vyhodnocení bude identifikována dobrá praxe a případná rizika pro další období.

8.10 Harmonogram projektu

Projekt Domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče, s uvedením data zahájení provozu, je nastaven na 3 roky trvání. Uvedené období zahrnuje oblasti, které jsou již realizovány, probíhají, nebo je plánována jejich realizace.

KA1 Zajištění souhlasných stanovisek, povolení a registrace byla zahájena v 6/2022

V rámci této aktivity bylo již realizováno:

- a) bylo zajištěno kladné stanovisko zřizovatele a členů Charitní rady,
- b) kladné stanovisko k proběhlému výběrovému řízení Krajského úřadu Pardubického kraje. Získání kladného stanoviska z výběrového řízení je nezbytné pro další kroky směřující k cíli i k samotné realizaci projektu.

V rámci aktivity v současné době probíhá:

- a) zpracování návrhu na registraci služby u Krajského úřadu Pardubického kraje,
- b) příprava podkladů pro uzavření smluv se zdravotními pojišťovnami.

V dalším období od 6/2023 je plánováno podat žádost o registraci služby a zajistit smlouvy se zdravotními pojišťovnami.

KA 2 Materiálně technické vybavení a zázemí služby byla započata v 3/2023.

V rámci této aktivity bylo již realizováno:

- a) zajištění vhodných prostor pro službu a uzavření nájemní smlouvy,
- b) zpracování podkladů pro poptávkové řízení na vybavení služby – nábytek,
- c) vypracována zadávací dokumentace na výběrové řízení na zajištění vozového parku a zveřejnění na profilu zadavatele.

V rámci aktivity nyní probíhá:

- d) příprava komise pro otevírání nabídek v rámci výběrového řízení na vozový park,
- e) průzkum trhu v rámci vybavení služby materiálem a pomůckami.

V dalším období od 5/2023 je plánována realizace výběru dodavatele na nákup vozového parku, realizace poptávkového řízení na nákup nábytku a zpracování podkladů na nákup materiálu a pomůcek.

KA3 Personální zajištění služby bude zahájena 5/2023.

Bude zahrnovat návrh a zpracování organizačního schéma, vyhlášení výběrového řízení na obsazení klíčových pozic služby a oslovení externích spolupracovníků služby,

včetně vypracování seznamu. Současně bude zpracována strategie v rámci práce s dobrovolníky a uzavření smluv.

KA4 Metodické zajištění služby bude zahájeno 5/2023.

Bude zahrnovat vypracování kompletní metodiky ke službě a provozní řád, který bude zohledňovat všechny zákonné povinnosti. Provozní řád schválený krajskou hygienickou stanicí bude přílohou k žádosti o udělení registrace.

KA 5 Zahájení služby bude realizována v 1/2024.

Po splnění všech povinností, získání nutných povolení, oprávnění poskytovat službu a po uzavření smluv se zdravotními pojišťovnami.

KA 6 PR služby bylo započato 6/2022.

Realizace je plánována po celou dobu trvání projektu, neboť realizace této aktivity je důležitá již před samotným rozjezdem služby, stejně jako v následujících letech. Je nutné odpovídajícím způsobem informovat kompetentní úřady, laickou i odbornou veřejnost, což je důležitým předpokladem pro úspěšné fungování služby.

V rámci aktivity bylo již realizováno:

- a) oslovení lékařů, kněží a starostů obcí – zjišťování možností spolupráce a podpory vzniku nové služby
- b) byly odvysílány 2 rozhovory v Pardubickém rozhlasu, v kterých zazněla informace o připravovaném záměru vzniku služby
- c) záměr byl prezentován na veřejné akci „Burza filantropie“, pořádané Pardubickým krajem, k podpoře vzniku služby byli osloveni donátoři z řad podnikatelů.

V rámci aktivity nyní probíhá:

- a) zpracování propagačních materiálů, první návrh letáku.

V dalším období od 5/2023 je plánováno vypracovat marketingovou strategii, finalizovat návrh letáků služby, jejich tisk a zveřejnit tiskové zprávy.

KA7 Zajištění finančních zdrojů bude zahájena 6/2023.

Bude zahrnovat zřízení sbírky na webu Donio.cz a Daruj.cz.

V rámci aktivity bylo již realizováno:

- a) podání žádosti o povolení k veřejné sbírce. Žádost byla schválena. Sbírka bude vyhlášena v 06/2023.

8.11 Rozpočet

Rozpočet projektu je sestaven na 3 roky a zahrnuje kalendářní roky 2022-2024. Rozpočet neobsahuje kalendářní rok 2022, neboť s touto etapou realizace projektu nejsou spojeny finanční náklady. Jednalo se zejména o KA1 – kdy probíhala jednání s členy Rady Charity Moravská Třebová, realizátor se zúčastnil povinného výběrového řízení pořádaného Pardubickým krajem, byla získávána souhlasná stanoviska. Další aktivita v tomto roce byla KA6 – PR služby, kdy organizace informovala veřejnost a relevantní subjekty o záměru zřídit službu.

V roce 2023 pokračuje získávání souhlasných stanovisek k registraci služby, Krajské hygienické stanice (schválení provozního řádu). Od 03/2023 byly náklady směřovány na KA2 Materiálně technické vybavení služby skrze aktivity – zajištění nájemních prostor, jejich úprava, nákup vybavení služby, zdravotnického materiálu a pomůcek. Nájem je stanoven na jeden rok. Dále v roce 2023 probíhala KA6 PR služby. Zároveň byly zahájeny KA3 Personální zajištění služby a KA4 Metodické zajištění služby, u kterých v tomto období není přímá návaznost na rozpočet.

Od počátku roku 2024 pokračuje KA2 Materiálně technické vybavení služby, od 1/2024 jsou nadále uplatňovány mzdové náklady pracovníků. V rámci rozpočtu obsahuje KA3 Personální zajištění služby i mzdové náklady na vrchní sestru jako garanta projektu, zdravotní sestry a sociálního pracovníka. Součástí rozpočtu nejsou uvedeny náklady na ředitele jako člena projektového týmu, a ostatních pracovníků multidisciplinárního týmu, jelikož jsou hrazeny z jiných zdrojů a nemají přímou návaznost na rozpočet projektu. Jejich aktivity spojené s realizací projektu budou zahrnuty do stávající náplně práce.

V ostatních nákladech služby jsou uvedeny mzdové náklady na účetní, personalistu, finančního manažera, správce budov a uklízečku. Toto členění mimo hlavní část rozpočtu souvisí s možností, že tyto náklady budou hrazeny z jiných zdrojů. Ostatní náklady obsahují položku spotřeba energie, tato položka je v předkládaném rozpočtu nulová, neboť je zahrnuta do nájemného.

V roce 2023 činí přepokládané náklady 907 397,90 Kč.

Rok 2024 je pro projekt a další plánovací období zásadní, neboť v rozpočtu jsou již obsaženy také osobní mzdové náklady a náklady spojené s provozem služby. V rámci vyhodnocení a evaluace budou náklady tohoto roku sloužit jako podklad pro další strategické rozhodnutí týkající se budoucího fungování a finančního zajištění služby pro rok 2025. Náklady na rok 2024 jsou plánovány v souhrnné výši 7 786 912,10 Kč. Celkové náklady na realizaci projektu v letech 2023-2024 činí 8 694 310,00 Kč.

Grafické znázornění jednotlivých nákladů spojených s realizací projektu, které jsou vázané na klíčové aktivity, je rozpracováno v **Příloze 11**.

Zdroje na krytí provozních nákladů uvedených v rozpočtu budou získány z příjmů od zdravotních pojišťoven – z fondu veřejného zdravotního pojištění. Případně mohou být náklady dofinancovány z prostředků získaných z fundraisingových aktivit (veřejná sbírka, dary). Mohou být využity grantové a dotační výzvy (například dotace z prostředků Pardubického kraje, obcí regionu Moravskotřebovsko a Jevíčko). Rovněž mohou být využity dotace poskytnuté prostřednictvím ministerstev – Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, na zapojení dobrovolníků mohou být využity dotační prostředky z Ministerstva vnitra ČR. Lze využít také fondy EU.

8.12 Popis přidané hodnoty projektu

Realizací projektu bude v regionu Moravskotřebovsko a Jevíčko zajištěna dostupnost služby pro osoby v terminálním stádiu nemoci a ve fázi umírání. V uvedeném rozsahu není v regionu jiná služba v současné době nabízena. **Služba bude zajišťovat pomoc a podporu také osobám pečujícím, rodinným příslušníkům i pozůstalým.**

Díky široké nabídce charitních služeb a pružné možnosti síťování na ně, se klient nemusí obávat, že by některá oblast jeho potřeb nebyla saturována. Rovněž díky dlouholeté spolupráci s dalšími subjekty, poskytovateli sociálních služeb, institucemi a úřady, dokáže služba zajistit komplexní péči z hlediska potřeb biologických, sociálních, psychologických a spirituálních. Prostřednictvím multidisciplinárního týmu bude služba schopná reagovat na individuální potřeby a přání klienta.

Vzhledem k dlouholeté praxi a praktickým zkušenostem v oblasti poskytování sociálních služeb dokáže Charita Moravská Třebová zaměstnat a následně vyškolit pracovníky, kteří budou odborníci na podporu osob pečujících i v oblasti doprovázení umírajících. Realizátor projektu je v tomto směru jediným poskytovatelem v regionu Moravskotřebovsko a Jevíčko s nabídkou takto široké oblasti pomoci.

Přidanou hodnotou projektu je také propojení realizátora s dalšími církevními subjekty. Díky rozsáhlé charitní síti, fungující napříč celou ČR, je možné získat kvalitní informace, rady, pomoc a příklady dobré praxe od zkušených poskytovatelů. Zaměstnancům jsou umožněny stáže, odborná kolegia, vzdělávání, zaškolování. Prostřednictvím fungujícího dobrovolnického centra dokáže služba zajistit dobrovolníky, kteří budou pomáhat rodině v péči, případně nabídnou pomoci přímo samotným pečujícím, aby si i oni mohli odpočinout a mít čas i pro sebe.

Vzhledem k charakteru organizace, která je součástí Římskokatolické církve, může být pro mnohé klienty a jejich rodiny benefitem i kladení důrazu na hodnoty vycházející z křesťanského základu, s nimiž jde ruku v ruce posláním Charity i dané

služby domácí péče. Díky uvedeným přidaným hodnotám bude služba v regionu Moravskotřebovsko a Jevíčsko ojedinělá.

Závěr

Bakalářská práce se věnovala zpracování projektu týkajícího se vzniku služby Domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče na území regionu Moravskotřebovsko a Jevíčko. Realizátorem projektu bude Charita Moravská Třebová, která má v uvedeném území stabilní pozici jakožto dlouholetý poskytovatel sociálních služeb.

Ke zvýšení povědomí o péči poskytované v přirozeném sociálním prostředí klienta pomáhají již mnoho desítek let terénní sociální služby. Reálná možnost zůstat doma, i když se vyskytne nevléčitelná nemoc nebo zdravotní obtíž, je na vzestupu daleko kratší dobu. Přispívá k tomu i změna postojů ve společnosti, kdy se na člověka začínáme dívat v rámci pomoci nejen skrze zdravotní aspekt, ale i z pohledu celostního přístupu a komplexní péče.

V dnešní době moderní medicíny může být nemocnému či umírajícímu člověku poskytnuta léčba, která dokáže utlumit a dlouhodobě tišit bolest. Paliativní medicína a s ní spojená integrovaná a domácí péče, je tou nejvhodnější formou, která dokáže zlepšit kvalitu života nemocných či umírajících lidí a zároveň se soustředí i na členy jejich rodiny. Tam kde fungují sdílené sociálně zdravotní služby je prokázáno, že klienti jsou více spokojeni, prožívají větší vnitřní klid, jsou lépe smířeni se smrtí, což se týká i rodinných příslušníků. Ti jsou často osobami pečujícími a nemocí či smrti svého blízkého bývají hluboce zasaženi.

K výběru tématu práce a zpracování projektu přispěla potřeba pomoci řešit dostupnost domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče v území regionu Moravskotřebovsko a Jevíčko, kde tento druh služby chybí. Existují zde služby zajišťující ošetrovatelskou péči nebo pečovatelskou činnost, avšak chybí služba, která dokáže řešit nepříznivou životní situaci klienta způsobenou vážnou nebo nevléčitelnou nemocí z pohledu komplexnosti a holistického přístupu a která se stará nejen o samotného klienta, ale zároveň doprovází a poskytuje pomoc celé rodině.

V současné době si nejen lidé, ale i ministerstva a samosprávy krajů a obcí uvědomují nutnost dostupnosti domácí zdravotní péče, zejména péče paliativní. Zároveň i Charita Moravská Třebová dlouhodobě zvažovala rozšířit stávající nabídku sociálních služeb o služby zdravotní, neboť se přímo z terénu, od svých zaměstnanců – pečovatelek, dozvídá o poptávce po zdravotní péči, kterou nemůže klientům nabídnout. Po zdravotní službě volají také sociální pracovníci nemocnic, kteří pro své pacienty hledají návaznou péči před jejich propuštěním domů.

Vzhledem k tomu, že uvedená organizace je součástí sítě dalších Charit v České republice, může se opřít o sdílení dobré praxe a poradenství. V této struktuře nachází významnou oporu ať už při samotném zřizování nové služby, tak při jejím uvedení do provozu i během dalšího fungování. Díky sdíleným zkušenostem z jiných Charit se již podařilo realizovat první kroky vedoucí k možnosti tuto službu zřídit.

Jedině s podporou klíčových institucí a samospráv je možné vstoupit do stávajícího systému zdravotní péče v ČR a tento typ služby zřídit. Charita Moravská Třebová získala pro poskytování zdravotních služeb kladné stanovisko při výběrovém řízení Pardubického kraje, což je vstupní branou pro další aktivity spojené se vznikem nové služby.

Bakalářská práce je rozdělena do osmi hlavních kapitol. Prvních šest kapitol je soustředěno na objasnění teoretických poznatků, teorií, technik a metod, oblasti sociální politiky, etiky a legislativy spojených s tématem domácí zdravotní ošetrovatelské a paliativní péče v České republice. V sedmé kapitole byla zpracována analýza potřebnosti, na jejímž základě byla identifikována potřeba směřující ke zřízení uvedené služby v regionu Moravskotřebovsko a Jevíčsko. Z výsledků analýzy vyplynulo, že Charita Moravská Třebová má pro založení a provoz uvedeného typu služby předpoklady.

Osmá kapitola byla věnována zpracování konkrétního projektu s názvem Domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče. V této kapitole jsou uvedeny základní údaje o realizátorovi, popis cílových skupin a jejich potřeb, průběh a nabídka činností služby. Byly stanoveny hlavní klíčové aktivity, které byly rozděleny do dílčích aktivit s nastavením časového harmonogramu. Byly stanoveny výstupy, indikátory a výsledky, jejich ověřitelnost byla specifikována prostřednictvím logframe. Rovněž byla definována rizika, jejich dopad na realizaci projektu a preventivní opatření. Součástí projektu je také rozpočet, který je popsán a v němž jsou graficky znázorněny jednotlivé náklady spojené s realizací klíčových aktivit.

Cíl této práce, kterým bylo zpracování projektu na vznik služby Domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče, se podařil naplnit.

Projekt plně zohledňuje časovou i rozpočtovou stránku a je plně způsobilý k realizaci. Vzhledem k přidaným hodnotám, kterými jsou především komplexnost péče, holistický přístup, odborné poradenství, individuální přístup s ohledem na potřeby a přání klienta, hodnotové ukotvení realizátora a podpora všech členů rodiny. Díky těmto benefitům se služba stane v regionu Moravskotřebovsko a Jevíčsko ojedinělou.

Zpracovaný projekt může být oporou pro Charitu Moravská Třebová při získání finančních prostředků na krytí provozních nákladů spojených s realizací. Může být podkladem pro podání žádostí o dotace, nebo při realizaci fundraisingových aktivit směřujících k získání finančních zdrojů od individuálních či firemních dárců. Projekt může být zároveň podpůrným materiálem pro jiné organizace, které plánují zřídit službu poskytující ošetrovatelskou a paliativní péči v přirozeném sociálním prostředí klienta.

Bibliografie

- ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5148-1.
- BECHYŇOVÁ, Věra a Marta KONVIČKOVÁ. *Sanace rodiny*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-392-5.
- BOWLBY, John. *Ztráta: smutek a deprese*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0355-1.
- BUŽGOVÁ, Radka a kol. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0584-7.
- CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE. *Paliativní péče*. [online]. 2019 [cit. 2023-03-14] Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>
- CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE. *Multidisciplinární paliativní tým*. [online]. 2019 [cit. 2023-03-14] Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>
- ČESKÁ PRŮMYSLOVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Systém integrované péče pro praktické lékaře – SIP*. [online]. 2023 [cit. 2023-04-18] Dostupné z: <https://www.cpzp.cz/clanek/3040-0-System-integrované-pece-pro-prakticke-lekare-SIP.html>
- CESTA DOMŮ. *Principy paliativní péče*. [online]. 2016 [cit. 2023-03-14] Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/paliativni-pece>
- ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY. ČLS JEP. *Společné stanovisko České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP a Fóra mobilních hospiců k poslanceckému návrhu zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii*. [online]. 2020 [cit.2023-03-11]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/files/stanovisko-cspm-fmh-k-poslaneckemu-navrhu-zakona-8-2020.pdf>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Statistika & My. Celkové výdaje na zdravotní péči v Česku v roce 2020 poprvé přesáhly hranici 500 mld. Kč*. [online]. 2020 [cit.2023-03-11]. Dostupné z: <https://www.statistikaamy.cz/2022/11/24/covid-urychlil-rust-nakladu-na-zdravi>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Pohyb obyvatelstva – rol 2022. Zemřelí, čtvrtletní data*. [online]. 2020 [cit.2023-04-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/stav-a-pohyb-obyvatelstva-v-cr-rok-2022>
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Systemický přístup a jeho uplatnění v sociální práci se skupinou*. [online]. Sociální novinky. 2018 [cit. 2023-04-2]. Dostupné z: <https://socialninovinky.cz>
- CHARITA MORAVSKÁ TŘEBOVÁ. *Výroční zpráva* [online]. 2021 [cit. 2023-03-15]. Dostupné z: <https://www.mtrebova.charita.cz/o-charite/vyrocní-zpravy>
- CHVÍLOVÁ WEBEROVÁ, Magdalena a kol. *Nejste sami. Dětská a perinatální paliativní péče. Možnosti systémové podpory v kraji Vysočina* [online]. 2019 [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://www.paliatr-vysocina.cz/wp-content/uploads/2020/02/NEJSTE-SAMI-detska-PPVyso%C4%8Dina.pdf>

- INTERNATIONAL OF FEDERATION OF SOCIAL WORKERS. *Global definition of social work*. [online]. 2019 [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
- JUNGBAUEROVÁ, Yvona a kol. *Edukační modul pro neformální pečující: Paliativní péče v domácím prostředí*. Česká asociace pečovatelské služby. [online]. 2020 [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://www.caps-os.cz/download/brozura-paliativni.pdf>
- KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4225-3.
- KALVACH, Zdeněk a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. 2. vyd. Praha: Cesta domů, 2019. ISBN 978-80-88126-54-6
- KAST, Verena. *Truchlení, fáze a šance psychologického procesu*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0789-4.
- MORRISON, Sean. *Paliativní péče přináší kvalitu života i úspory. Přesto ji využíváme málo*. [online]. Zdravotnický deník, 2016 [cit. 2023-04-07]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2016/06/paliativni-pece-prinasi-kvalitu-zivota-i-uspory-presto-ji-vyuzivame-malo/>
- KUBALČÍKOVÁ, Kateřina a kol. *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*. Praha: Masarykova univerzita Brno, 2015. ISBN 978-80-210-7865-9.
- KREBS, Vojtěch a kol., *Sociální politika*. 6. vyd. Praha: Wolters Kluwer. 2015. ISBN 978-80-7478-921-2.
- MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro paliativní týmy*. 3. vyd. Praha: Cesta domů, 2021. ISBN 978-80-88126-77-5.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Politiky a paradigmaty sociální práce. Co jsme zdědili a co s tím uděláme? Sborník z konference*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. ISBN: 978-80-7318-994-5. [online]. 2011 [cit. 2023-03-25]. Dostupné z: https://prohuman.sk/files/Politiky_a_paradigmata_soci%C3%A1lni_prace_2010.pdf#page=22
- MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MĚSTO MORAVSKÁ TŘEBOVÁ, *Základní informace o městě*. [online]. 2023 [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://www.moravskatrebova.cz/cs/o-meste/zakladni-informace-o-meste/>

- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. ISBN 978-80-7421-126-3. [online]. 2016 [cit. 2023-04-3]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf/>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021-2025*. [online]. 2023 [cit. 2023-04-3]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/strategicky-ramec-pripravy-na-starnuti-spolecnosti-2021-2025>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Metodické doporučení MPSV č. 2/2010 pro postup orgánů sociálně-právní ochrany dětí při případové konferenci*. [online]. 2010 [cit. 2023-04-3]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/Methodika_pripadove_konference.pdf/810cb55b-7ce9-1964-d793-51c5a97bce7c
- MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ ČR. *Péče o pozůstalé v ČR*. [online]. 2023 [cit. 2023-04-3]. Dostupné z: <https://www.mmr.cz/cs/ministerstvo/pohrebnictvi/koncepce-strategie/pece-o-pozustale-v-cr>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *„Zdraví 2030“ - analytická studie*. [online]. 2019 [cit. 2023-04-3]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-analyticka-studie.pdf>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Memorandum ministerstva zdravotnictví, zdravotních pojišťoven a České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP o spolupráci na systematickém rozvoji paliativní péče v ČR* [online]. 2019 [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministr-zdravotnictvi-odborna-spolecnost-a-zastupci-pojistoven-podepsali-memorandum-o-paliativni-peci/>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Koncepce domácí péče – Metodické Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004. ISSN 1211-0868.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Koncepce domácí péče* [online]. 2021 [cit. 2023-03-09]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/koncepce-domaci-pece/>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Zdraví 2030. Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030*. [online]. 2023 [cit. 2023-03-09]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030. Zdraví 2030 – analytická studie*. [online]. 2023 [cit. 2023-03-09]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-analyticka-studie.pdf>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Zdravotní pojišťovny*. [online]. 2020 [cit. 2023-03-09]. Dostupné z: [Zdravotní pojišťovny – Ministerstvo zdravotnictví \(mzcr.cz\)](https://www.mzcr.cz/)
- MISCONIOVÁ, Blanka. *Domácí péče. Otázky a odpovědi*. [online]. 2006 [cit. 2023-03-13]. Dostupné z: https://aa.ecn.cz/img_upload/07bc9d1453b4bc61934a7ebb36075df2/domacipece.pdf

- MISCONIOVÁ, Blanka a kol. *Integrovaná domácí sociálně zdravotní péče: studie zpracovaná v rámci projektu Vybrané sociálně ekonomické otázky poskytování sociálních a zdravotních služeb*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2003. ISBN 80-239-0959-2.
- NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ SYSTÉM – AMBULANTNÍ PÉČE. *Zdravotnictví ČR: Stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007-2020* [online]. ÚZIS, 2021 [cit. 2023-03-17]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008403/nzis-rep-2021-k31-a089-domaci-zdravotni-pece-2020.pdf>
- NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. *Ošetrovatelská péče-rejstřík pojmu*. [online]. 2023 [cit. 2023-03-17]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/462-paliativni-medicina-neni-jen-o-smrti-ale-i-o-kvalite-zivota-s-pokrocilym-onemocnenim>
- NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. *Péče v posledním stádiu života*. [online]. 2023 [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/211-kdyz-nelze-onemocneni-vylecit>
- NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. *Když nelze onemocnění vyléčit*. [online]. 2023 [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/211-kdyz-nelze-onemocneni-vylecit>
- NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0.
- NYKL, Ladislav. *Carl Ransom Rogers a jeho teorie, Přístup zaměřený na člověka*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4055-3.
- OBLASTNÍ CHARITA ČERVENÝ KOSTELEČ. *Mobilní hospic Anežky České*. [online]. 2023 [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://domaci.hospic.cz/>
- OBLASTNÍ CHARITA POLIČKA. *Domácí hospic svatého Michaela*. [online]. 2023 [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://policka.charita.cz/jak-pomahame/domaci-hospic-sv-michaela/>
- Paliativní péče* [online]. Umírání.cz, 2016 [cit. 2023-03-14]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/paliativni-pece>
- PALLIUM. *Dětská paliativní péče. Koncepce péče o děti a dospívající se závaznou život limitující a ohrožující diagnózou a jejich rodiny*. [online]. 2022 [cit. 2023-03-26]. Dostupné z: https://pallium.cz/wp-content/uploads/2022/01/Koncepce-p%C3%A9%C4%8De-o-d%C4%9Bti-se-z%C3%A1va%C5%BEnou-diagn%C3%B3zou_A5_online.pdf
- PAYNE, Malcolm. *Modern Social Work Theory*. 4th edition. Palgrave: Macmillan, 2014. ISBN 978-0-230-24960-8.
- PLEVOVÁ a kol. *Ošetrovatelství II*. 2. vyd. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0888-6. *Poskytovatelé služeb a pomůcky*. [online]. Umírání.cz, 2023 [cit. 2023-04-07]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/poskytovatele-sluzeb-a-pomucky>

- Poskytovatelé služeb a pomůcky*. [online]. Umírání.cz, 2023 [cit. 2023-04-07]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/co-zaridit-pri-peci-a-po-umrti-blizkeho>
- ROGERS, Carl Ransom. *Způsob bytí. Klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0597-5.
- Seznam hospiců v České republice*. [online]. Paliativní péče, 2023 [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://paliativni-pece.cz/seznam-hospicu-v-ceske-republice/>
- SKÁLA, Bohumil a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. [online]. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2005 [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2003-2007/Paliativni-pece.pdf>
- SLÁMA, Ondřej a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
- SLÁMA, Ondřej a Tereza VAFKOVÁ. *Sociální aspekty paliativní péče*. [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2020. [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/09_02_socialni_aspekty.html
- Služby svitavské domácí zdravotní péče* [online]. Sestřička.cz, 2023. [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: <https://svitavsko.sestricka.cz/>
- SMUTEK, Martin. *Model řešení problému v sociální práci – systémový pohled*. Univerzita Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. ISBN 8070415967.
- SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-367-250-8.
- SPOLEČNOST SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR. *Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR*. 2022. [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://www.socialnipracovnici.cz/>
- STUDENT a kol. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Praha: H & H, 2006. ISBN 8073190591.
- SVAZ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN. *Náklady českého zdravotnictví loni činily 407 miliard korun*. [online]. 2023 [cit. 2023-03-21]. Dostupné z: <https://www.rbp213.cz/cs/naklady-ceskeho-zdravotnictvi-vloni-cinily-407-miliard-korun/a-1826/>
- SÝKOROVÁ, K. *Základy sociologie, filosofie a etiky pro pomáhající profese*. Liberec: Technická univerzita, 2008. ISBN 978-80-7372-323-1.
- ŠAFROVÁ DRÁŠILOVÁ, Alena. *Základy úspěšného podnikání: průvodce začínajícího podnikatele*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2182-3.
- ŠPRÁCHALOVÁ, Lucie. *Základy filozofie a etiky v pomáhajících profesích. Průvodce předmětem pro studijní program Sociální patologie a prevence* [online]. Univerzita Hradec Králové, 2021 [cit. 2023-03-25]. Dostupné z: <https://www.uhk.cz/file/edee/pedagogicka-fakulta/pdf/pracoviste-fakulty/ustav-socialnich->

studii/dokumenty/studijni_opory/socialni_patologie_a_prevence_2021/zaklady-filosofie-a-etiky-v-pomahajicich-profesich.pdf

TOMEŠ, Igor. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-7367-680-3

TOMEŠ, Igor a kol. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Národní zdravotnický informační systém-ambulantní péče. Zdravotnictví ČR: Stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007-2020 [online]. 2023 [cit. 2023-04-1]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8403>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. *V jakých případech hradí pojišťovna ošetřování pacienta doma a případně návštěvy lékaře doma?* [online]. 2023 [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/domaci-pece-a-uhrada-pojistovnou>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. *Vyhledávač smluvních poskytovatelů zdravotních služeb* [online]. 2023 [cit. 2023-03-19]. Dostupné z <https://www.vzp.cz/poskytovatele/vyhledavac>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Palliative care*. [online]. 2023 [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

ZÁKONY PRO LIDI. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. [online]. 2023 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/>

ZÁKONY PRO LIDI. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*. [online]. 2023 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/>

ZDRAVÍ. EURO.CZ. *Terminální stádium nemoci*. [online]. 2007 [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/terminalni-stadium-nemoci/>

ZDRAVOTNICKÝ DENÍK. *Rozpočet zdravotních pojišťoven bude i letos zatížen schodkem* [online]. 2023 [cit. 2023-03-23]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2023/02/rozpocet-zdravotnich-pojistoven-bude-i-letos-zatizen-schodkem/>

ZICHOVÁ, Kateřina. *Dostupnost péče o vážně nemocné se v Česku zlepšuje, i díky dotacím z EU*. EURACTIV.cz. [online]. 2020 [cit. 2023-04-4]. Dostupné z: <https://euractiv.cz/section/evropske-finance/news/dostupnost-pece-o-vazne-nemocne-se-v-cesku-zlepsuje-i-diky-dotacim-z-eu/>

Seznam obrázků

Obrázek 1 Mapa území regionu Moravskotřebovsko-Jevíčko (Charita Moravská Třebová, 2023).....	53
Obrázek 2 Ganttův diagram – realizace klíčových aktivit projektu	73

Seznam tabulek

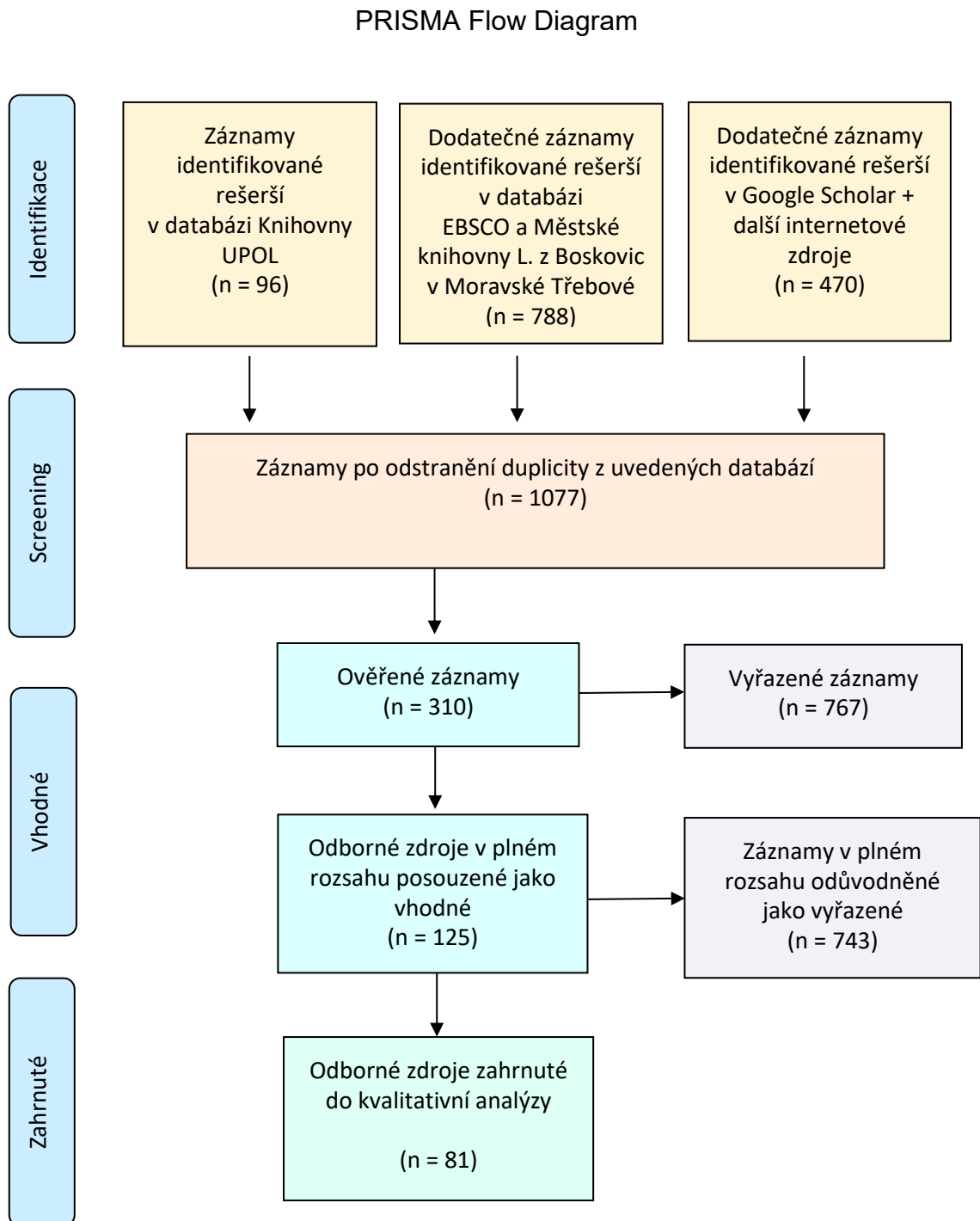
Tabulka 1 Identifikace rizik, dopady na realizaci projektu, preventivní opatření (vlastní zpracování dle Charita Moravská Třebová).....	62
Tabulka 2 Klíčová aktivita 1 – Výsledky, výstupy, indikátory	65
Tabulka 3 Klíčová aktivita 2 – Výsledky, výstupy, indikátory	66
Tabulka 4 Klíčová aktivita 3 – Výsledky, výstupy, indikátory	67
Tabulka 5 – Klíčová aktivita 4 – Výsledky, výstupy, indikátory	68
Tabulka 6 Klíčová aktivita 5 – Výsledky, výstupy, indikátory	68
Tabulka 7 Klíčová aktivita 6 – Výsledky, výstupy, indikátory	69
Tabulka 8 Klíčová aktivita 7– Výsledky, výstupy, indikátory	70
Tabulka 9 Klíčová aktivita 8– Výsledky, výstupy, indikátory	70

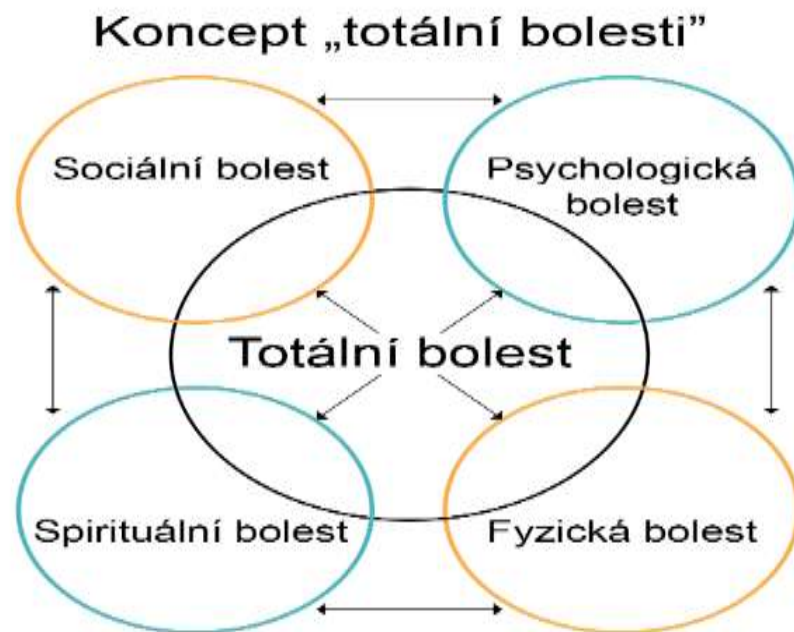
Seznam příloh

Příloha 1 PRISMA Flow Diagram.....	88
Příloha 2 Koncept totální bolesti (Zdroj: Sláma a kol.).....	89
Příloha 3 Struktura paliativní péče ČR (Zdroj: vlastní zpracování dle NZIS, 2023).....	90
Příloha 4 Výdaje na zdravotní péči v Česku podle hlavních zdrojů financování (NRHVS ÚZIS ČR, dopočty ČSÚ, 2022)	91
Příloha 5 Průměrné výdaje zdravotních pojišťoven v Česku na 1 obyvatele (tis. Kč) (NRHVS ÚZIS ČR, dopočty ČSÚ, 2022).....	92
Příloha 6 Struktura nákladů na zdravotní služby podle jednotlivých segmentů (Zdroj: Zdravotnický deník, 2023).....	93
Příloha 7 SWOT analýza Charity Moravská Třebová – podklad pro vznik služby Domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče (Zdroj: vlastní zpracování dle Charita Moravská Třebová, 2023).....	94
Příloha 8 Osoby v domácí péči v České republice v letech 2010–2017 (Ministerstvo zdravotnictví 2019).....	97
Příloha 9 Specifikace stakeholderů, spolupráce (Zdroj: Vlastní zpracování, Charita Moravská Třebová).....	98
Příloha 10 Logframe	101
Příloha 11 Rozpočet projektu Domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče.....	104

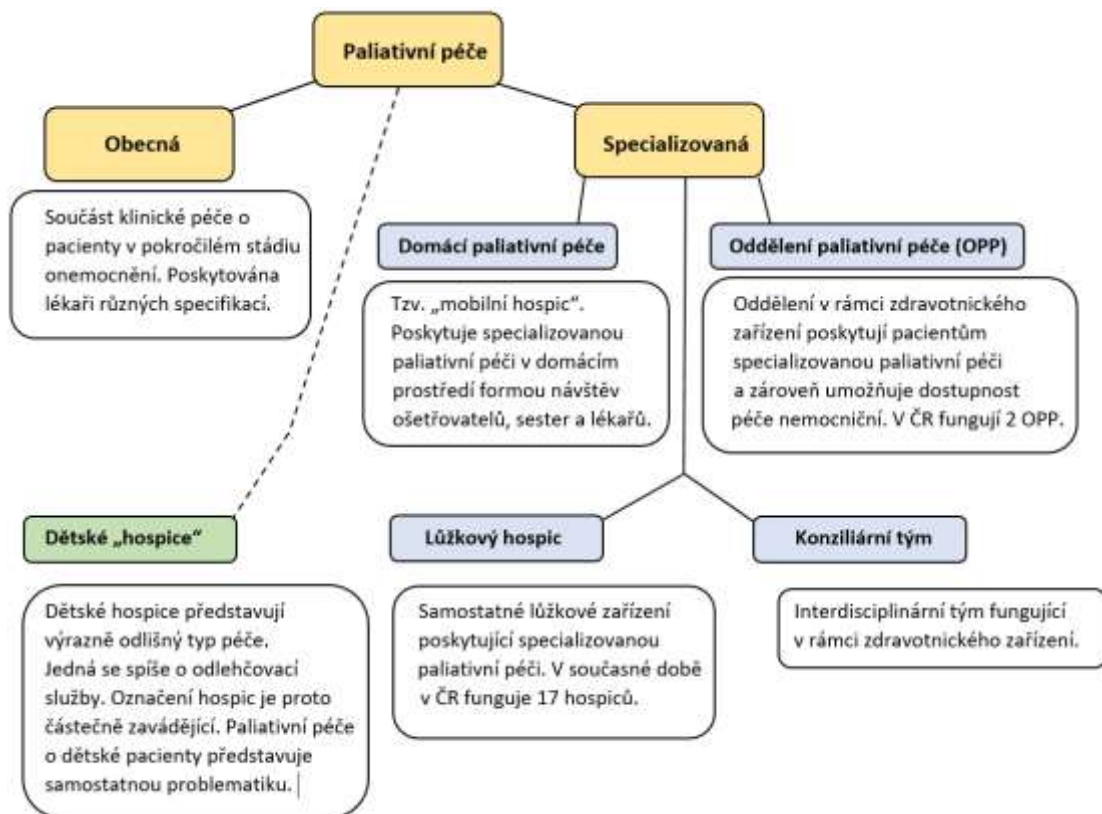
Přílohy

Příloha 1 PRISMA Flow Diagram

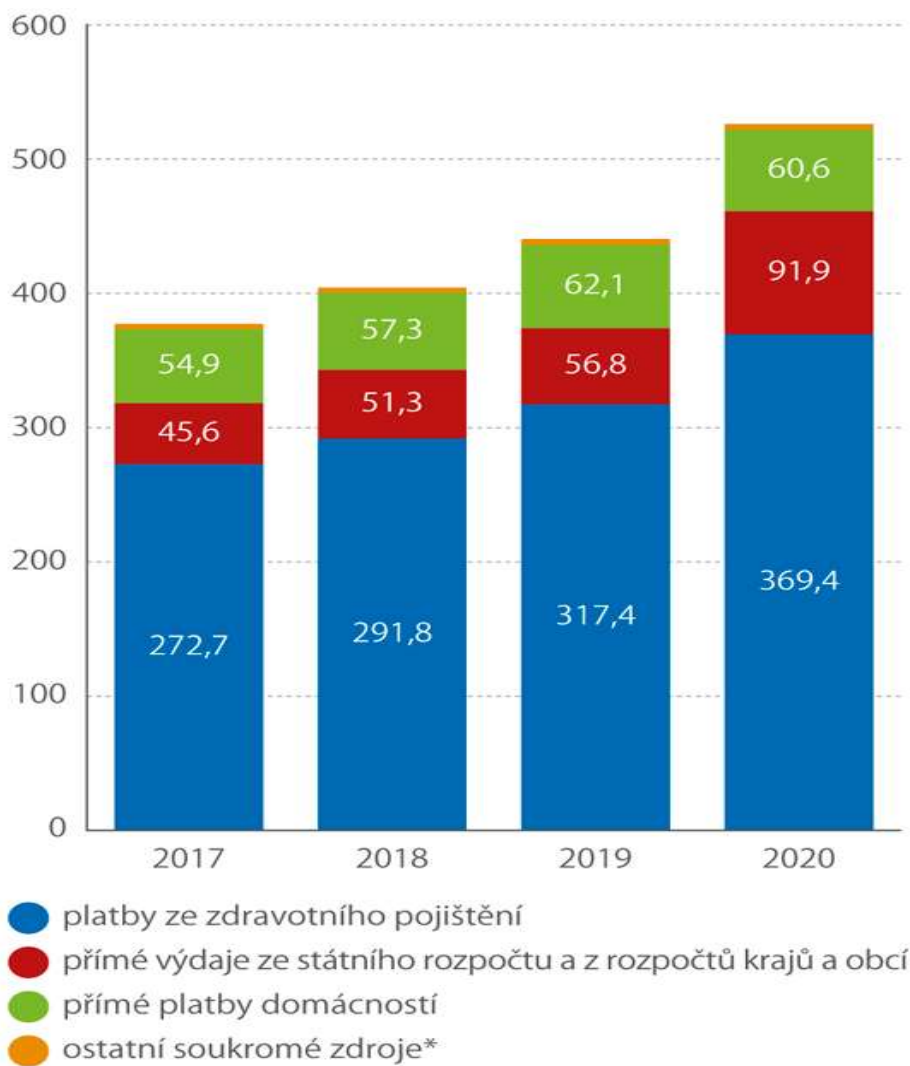




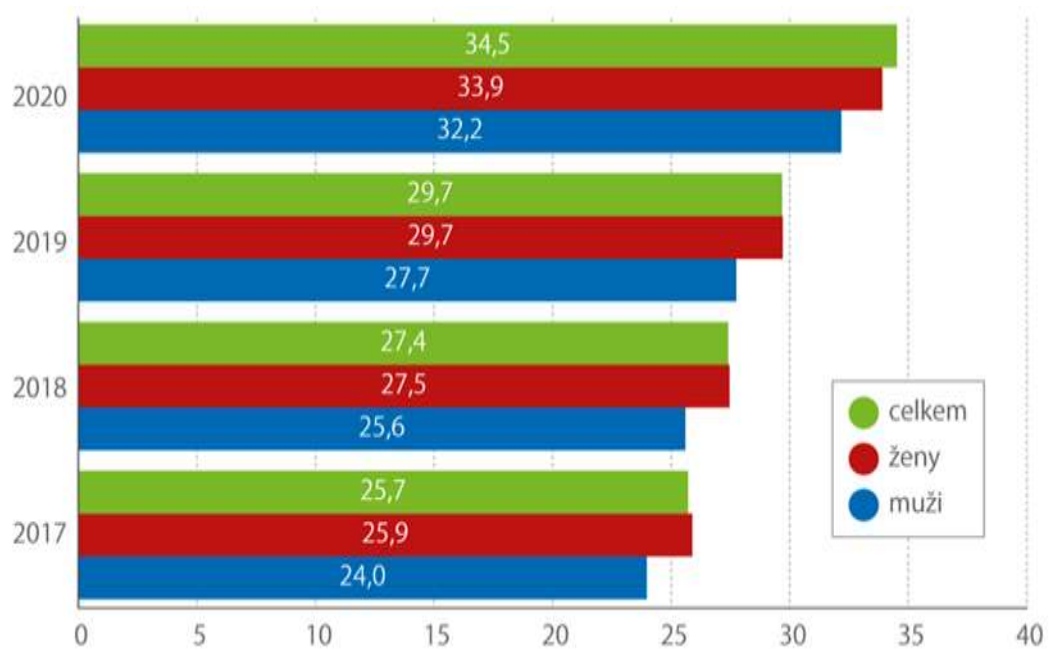
Příloha 3 Struktura paliativní péče ČR (Zdroj: vlastní zpracování dle NZIS, 2023)



Příloha 4 Výdaje na zdravotní péči v Česku podle hlavních zdrojů financování
(NRHVS ÚZIS ČR, dopočty ČSÚ, 2022)



Příloha 5 Průměrné výdaje zdravotních pojišťoven v Česku na 1 obyvatele (tis. Kč) (NRHZZS ÚZIS ČR, dopočty ČSÚ, 2022).



Příloha 6 Struktura nákladů na zdravotní služby podle jednotlivých segmentů
(Zdroj: Zdravotnický deník, 2023)

Ukazatel (v mil. Kč)	2017	2018	2019	2020	2021	2022 oč. skut.	2023 ZPP
Náklady na ambulantní péči	72 172	75 094	83 028	100 602	109 472	116 110	123 280
Náklady na lůžkovou péči	142 610	155 361	170 226	197 758	229 253	237 070	260 347
Ostatní náklady	52 469	54 847	57 715	60 663	65 818	69 716	74 219
Celkové náklady	267 250	285 302	310 969	359 023	404 543	422 897	457 846

Příloha 7 SWOT analýza Charity Moravská Třebová – podklad pro vznik služby
 Domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče (Zdroj: vlastní zpracování dle Charita
 Moravská Třebová, 2023)

Silné stránky	Slabé stránky
Charita je ověřený spolehlivý poskytovatel služeb, který má v regionu dobré jméno. Dlouholetá historie, síť charitních služeb (sdílení zkušeností, dobré praxe, poradenství, metodická podpora)	Chybí spolupráce obcí regionu v oblasti zdravotních služeb, nízká informovanost o druhých služeb a systému fungování
Poskytovatel má širokou nabídku soc. služeb, včetně nabídky terapií (pečovatelská služba, soc. aktivizační služby pro rodiny s dětmi, odborné sociální poradenství aj.)	Hrozící nedostatek pracovníků se zkušenostmi-mladý tým sociálních pracovníků – odchody na mateřskou a rodičovskou dovolenou
Zkušenost se soc. prací, profesionální sociální pracovníci	Financování převážně závislé na státních dotacích, nenárokovost
I přes nenárokovost dotačních finančních prostředků má Charita dlouholetou podporu ze strany kraje, měst a obcí.	Omezené vlastní nedotační finanční zdroje- na vybavení a investice
Finanční situace je dlouhodobě stabilní	Nízký zájem o nově vzniklou službu z důvodu nízkého povědomí o fungování služby
Fungující Dobrovolnické centrum (akreditované dobrovolnické programy) a Centrum humanitární pomoci	Nedostatek kvalifikovaného personálu, financí na úhradu mezd při rozjezdu služby
Úspěšnost při krajském výběrovém řízení – materiálně technické vybavení, zázemí pro službu zdravotní péče a tím zvýšení kvality života obyvatel	Marketing, propagace – nízké povědomí a zájem o setkávání v prvním roce fungování nové služby
Podpora ze strany vedení organizace a členů Rady Charity – podpora rozvoje, vznik skupin neformálních pečujících	Omezené zdroje rozpočtu obcí – omezená finanční podpora

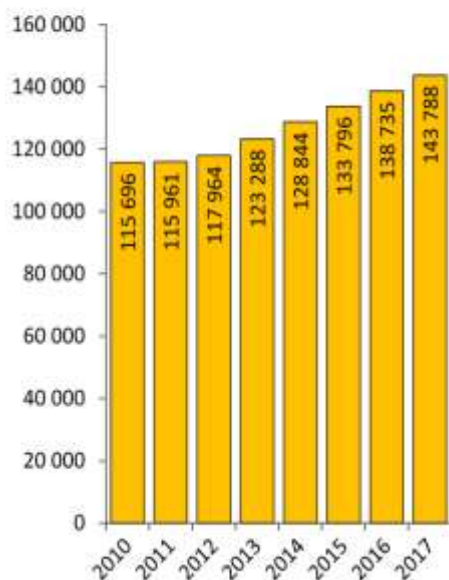
Silné stránky	Slabé stránky
Dlouholetá spolupráce a podpora ze strany měst a obcí. Zájem o vznik služby – podpora ze strany skupiny pro komunitní plánování	Dosavadní nezkušenost s poskytováním zdravotních služeb, postupná profesionalizace, získávání zkušeností z terénu a od jiných poskytovatelů. Nutno analyzovat a eliminovat možná rizika, supervize, metodické vedení nezbytné
Dlouholetá spolupráce s lékaři a Nemocnicemi Moravská Třebová, Svitavy	
Možnosti metodického vedení a sdílení dobré praxe s dalšími charitními i necharitními poskytovateli zdravotně sociálních služeb. Podpora ze strany zřizovatele a Arcidiecézní charity Olomouc	
Individuální a holistický přístup ke klientovi. Komplexní péče. Vysoká kvalita služeb. Široká nabídka služeb. Spokojenost klientů	
Příležitosti	Hrozby
Marketing, propagace, fundraising, dárcovství	Kvalita, nedostatečná propagace a osvěta
Zpracovaný Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Pardubického kraje, z něhož je zřejmé nedostatečné pokrytí službami ve městě	Ve městě MT chybí zpracovaný střednědobý plán rozvoje soc. služeb
Nově vznikající služba – soulad s národními i krajskou strategií	na období 2022–2024. Nепrovázanost systémů
Nové sociálně-zdravotní služby = pracovní příležitosti.	Nedostatek finančních prostředků, úhrada zdravotních pojišťoven až po prvním čtvrtletí
Zvýšení dostupnosti zdravotních služeb – doplnění stávající nabídky, síťování, zlepšení kvality života nemocných a umírajících	Personální zajištění služby – vyšší finanční ohodnocení ve státních nemocničních zařízeních

Příležitosti	Hrozby
Rozšiřování nabídky služeb v oblasti domácí zdravotní péče	Při zahájení služby nízká aktivita (omezené zapojení) a nenaplněná kapacita
Zapojení dobrovolníků, rozvoj Dobrovolnického centra. Dotace z MV ČR, kraje, mikroregionu – na provoz	Problémy v komunikaci s lékaři. Neuzavření smluv se zdravotními pojišťovnami
Vzdělávání neformálních pečujících. Poskytování poradenství pro pozůstalé apod.	Omezený počet aktivních dobrovolníků, rozsáhlé území regionu. Koordinace pomoci
Získání vyškoleného profesionála v oblasti poradenství pro pozůstalé.	Nedostatek lektorů a poradců – profesionálů na danou problematiku
Síťování návazných služeb a externích odborníků	Vzhledem k rozsáhlému regionu hrozí v případě poruch na vozovém parku omezení služby
Rozsáhlost území – 33 obcí v regionu Moravskotřebovsko a Jevíčko	Nedostatek finančních darů na krytí provozních nákladů a nákladů spojených s rozjezdem služby
Veřejná sbírka povolena Pardubickým krajem + další sbírky Charity: Tříkrálová sbírka, Postní almužna, příspěvky dárců	Neschválení dotací, omezené možnosti rozvoje
Využívání investičních dotací (EU, kraj) – pořízení vybavení, vozidel	Nízké příjmy pro osoby pečující, hrozí nezaměstnanost, pokles životního standardu. Vyčerpání, syndrom vyhoření pečujících, nedostatečné návazné služby a nedostatečná podpora pečujících
Využití dalších dotačních programů: Ministerstvo zdravotnictví, granty, nadace	
Přímé zapojení rodinných příslušníků a osob pečujících do péče a pomoci rodině	

Příloha 8 Osoby v domácí péči v České republice v letech 2010–2017
(Ministerstvo zdravotnictví 2019).

Definice: Osoby s vykázaným výkonem 06311, 06313, 06315, 06317, 06318 nebo 06319 u odbornosti 925 = domácí péče.

**Celkový počet osob v domácí péči
v ČR v letech 2010–2017:**



Počet osob v domácí péči (2017)

– počet případů na 1 000 obyvatel v kraji



Příloha 9 Specifikace stakeholderů, spolupráce

(Zdroj: Vlastní zpracování, Charita Moravská Třebová)

Specifikace stakeholdera	Forma/průběh spolupráce
Arcibiskup olomoucký	Legislativní povinnosti, odpovědnost, schvalovací procesy
Arcidiecézní charita Olomouc (ACHO)	Konzultace a kontrolní činnost, metodické vedení, konzultace, školení
Osoby pečující (rodinní příslušníci)	Zajištění životních potřeb, aktivní zapojení do péče o nemocného/umírajícího
Charity na území ČR	Sdílení dobré praxe, stáže, poradenství, výměna informací a know-how
Charitní pečovatelská služba Charity M. Třebová, Města M. Třebová a Jevíčko	Poskytování soc. služeb dle Zák. 108/ 2006 Sb., O soc. službách
Občanská poradna Charity M. Třebová	
Osobní asistence – Salvia Svitavy	
Odlehčovací služba – Sociální služby města Moravská Třebová	
Respitní péče Jindra – Charita Litomyšl	
Domov pro seniory Moravská Třebová	
Půjčovna zdravotních a kompenzačních pomůcek Charity M. Třebová	
Centrum humanitární pomoci – humanitární šatník, potravinová banka	Poskytování přímé a materiální pomoci pacientům, osobám pečujícím
Duchovní – kněží	Řešení spirituálních potřeb pacienta a podpora jeho rodinných příslušníků či osob pečujících
Členové farností	Vytvoření modlitební skupinky, návštěvy nemocných a rodinných příslušníků – modlitba, četba, povídání

Specifikace stakeholdera	Forma/průběh spolupráce
Střední školy v Mor. Třebové, Jevíčku	Pomoc osobám pečujícím při zajištění péče nebo nákupů, úklidu
Obyvatelé regionu Moravskotřebovsko-Jevíčsko	Pomoc se zajištěním životních potřeb (nákupy apod.), návštěvy nemocného, získávání finančních prostředků
Dárci – firemní, individuální	Získávání prostředků, materiálu a vybavení
Zdravotní pojišťovny	Úhrada provedených zdravot. úkonů
Ambulance praktických a odborných lékařů Zdravotnická zařízení – nemocnice	Předepisování zdrav. péče, konzultace zdrav. stavu a průběhu léčby, předepisování léků, doporučení pacientů do domácí péče Doporučení pobytu v nemocnici – přání klienta, nemožnost domácí péče
Město Moravská Třebová a Jevíčko, obce regionu MTJ – starostové, soc. odbory	Pronájem prostor, finanční podpora, propagace služby, bytová politika, komunitní plánování, komise soc. zdravotní, strategické dokumenty, veřejné opatrovnictví, sociální práce
Kraj, Krajský úřad PK	Výběrové řízení, registrace služby, finanční podpora, kontrolní a metodická činnost, strategické dokumenty, povolení k veřejné sbírce
Ministerstva: Zdravotnictví ČR (MZ) Ministerstvo práce a soc. věcí ČR (MPSV)	Finanční podpora – rozvoj služby, materiálně technické vybavení, vzdělávání Legislativa, síť služeb Strategické dokumenty – cíle, kapacity
Úřad práce, ČSSZ, OSSZ	Vyřizování příspěvků na péči, mobilitu a další soc. dávky, důchody
Vzdělávací organizace, agentury, OSVČ – supervizoři, odborní konzultanti	Zajištění vzdělávání a odborného růstu zaměstnanců a osob pečujících, podpora zaměstnanců formou supervizí a odborných konzultací
Dodavatelé zdravotních a kompenzačních pomůcek	Zajištění vybavení, materiálu a léků

Specifikace stakeholdera	Forma/průběh spolupráce
Web, FB	Publicita/ propagace projektu
Moravskotřebovský zpravodaj	
Jevíčský zpravodaj	
Svitavský deník	
Časopis Trnaváček	
Pardubický rozhlas, regionální TV	

Příloha 10 Logframe

<p>Název projektu:</p> <p>Domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče</p>	<p>Celkový rozpočet projektu:</p> <p>8 694 310,00 Kč</p>		
<p>Cíl projektu</p>	<p>Objektivně ověřitelné ukazatele:</p>	<p>Zdroje pro ověření:</p>	
<p>Cílem projektu je začít od 1. 1. 2024 provozovat na území regionu Moravskotřebovsko Jevíčsko službu Domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče zřízenou pod Charitou Moravská Třebová, zajistit její dostupnost a fungování.</p>	<p>Nově přijatí klienti do péče</p> <p>Navýšení kontaktů služby a zájemců o službu</p> <p>Spolupráce se specialisty – onkolog. aj.</p>	<p>Platná registrace služby</p> <p>Evidence zájemců a kontaktu</p> <p>Evidence klientů</p> <p>Existence smluv se zdravotními pojišťovny</p>	
<p>Účel projektu</p>	<p>Objektivně ověřitelné ukazatele</p>	<p>Zdroje pro ověření</p>	<p>Předpoklady</p>
<p>Účelem projektu je vyřešit nedostupnost domácí ošetrovatelské a paliativní péče v regionu a reagovat tak na poptávku po službě</p>	<p>Počet pacientů</p> <p>Počet spolupracujících specialistů</p> <p>Počet spolupracujících praktických lékařů</p> <p>Počet uzavřených smluv se zdravotními pojišťovny</p>	<p>Evidence zájemců</p> <p>Evidence klientů</p> <p>Evidence smluv</p>	<p>Zajištěná provozní, finanční a institucionální udržitelnost</p> <p>Bude poptávka po službě ze strany klientů</p> <p>Bude podpora zdravotními pojišťovny</p> <p>Bude funkční spolupráce s praktickým i lékaři</p>

Výsledky (výstupy)	Objektivně ověřitelné ukazatele	Zdroje pro ověření	Předpoklady
Založená a fungující služba	Počet klientů Vykázaná péče	Dokumentace k zahájení provozu	Kvalitní příprava dokumentace ke schválení služby – registrace, výběrové řízení
Realizovaný nákup materiálně-technického vybavení a zázemí služby	Počet vytvořených pracovních míst v rámci služby	Žadanky předepsané péče	Kvalitně připravené výběrové řízení na vozy
Fungující tým služby	Smlouvy a zaškolení pracovníků	Evidence majetku	
Kompletní metodika služby a provozní řád	Nájemní smlouva	Zápis jednání s pronajímateli	
Fungující služba splňující zákonné požadavky a povinnosti	Vypracovaný provozní řád	Dokumentace služby – tištěná a elektronická verze metodiky služby	Podpora zájmu o službu ze strany praktických lékařů
Fungující propagace služby	Počet letáků Počet článků web		
Nastavení vícezdrojového financování služby	Počet tištěných článků	Schválený a zveřejněný provozní řád	Spolupráce s obcemi na propagaci služby
Evaluace služby	Počet realizovaných sbírek	Prezentační Materiály	Kvalitní příprava provozního řádu s ohledem na legislativní požadavky
	Služba není ve ztrátě	Vyhlášená sbírka	Zajištění povolení pro sbírku
		Finanční audit služby	Úspěšný nábor nových pracovníků

Aktivity	Prostředky (vstupy)	(Harmonogram)	Předpoklady
<p>Zajištění souhlasných stanovisek, povolení a registrace</p> <p>Materiálně technické vybavení a zázemí služby</p> <p>Personální zajištění služby</p> <p>Metodické zajištění služby</p> <p>Zahájení služby</p> <p>PR služby</p> <p>Zajištění finančních zdrojů</p> <p>Vyhodnocení služby</p>	<p>Zajištění podpory obcí a odborné veřejnosti</p> <p>Viz. Rozpočet projektu</p>	<p>Viz. Ganntův diagram</p>	<p>Příprava organizace pro přípravu podkladů</p> <p>Úspěšné zajištění prostor služby</p> <p>Efektivní skladba týmu pracovníků, včetně externistů</p> <p>Kvalitní dokumentace ke službě</p> <p>Fungující marketingová strategie</p> <p>Úspěšná fundraisingová strategie</p>
Předběžné podmínky			
<ul style="list-style-type: none"> • bude zajištěn odborný garant zdravotní péče, zdravot. personál, sociální pracovník • bude schválen provozní řád služby • bude schválena registrace služby • budou uzavřeny smlouvy se zdravotními pojišťovnami 			

Příloha 11 Rozpočet projektu Domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče

Název projektu: Domácí zdravotní ošetrovatelská a paliativní péče								
Klíčové aktivity	Položka	Jednotka	Počet jednotek	Cena v Kč			2. -3. rok realizace projektu	
				Jednotková cena	Počet za jednotky	Počet za jednotky	2 023	2 024
				bez DPH	bez DPH	s DPH		
KA 1	Poplatek registrace	1	1	0,00	0,00	500,00	500,00	0,00
Zajištění souhlasných stanovisek, povolení a registrace								
KA 2	počáteční úprava pronajatých prostor	1	1	20 000,00	20 000,00	24 200,00	24 200,00	0,00
	Nájemné (zázemí pracovníků)	1 rok	2	51 360,00	102 720,00	124 291,20	62 145,60	62 145,60
	Set nábytku (vybavení kanceláře - stoly, židle, skříně, kartotéka)	1	1	261 600,00	261 600,00	316 536,00	316 536,00	0,00
	Materiálně technické vybavení a zázemí služby							
	Osobní vozidla	1	5	520 000,00	2 600 000,00	3 146 000,00	0,00	3 146 000,00
	IT technika (Notebooky, software)	1	6	17 000,00	102 000,00	123 420,00	123 420,00	0,00
	Tiskárna, scanner	1	1	11 500,00	11 500,00	13 915,00	13 915,00	0,00
	Pořízení telefonů	1	6	6 600,00	39 600,00	47 916,00	47 916,00	0,00
Set zdravotnického materiálu a zdravot.	1	1	26 580,00	26 580,00	32 161,80	32 161,80	0,00	

	pomůcek (pro 5 zdrav. sester)							
KA 3 Personální zajištění služby	Osobní náklady, včetně odvodů a povinného čtvrtletního pojištění (zákonné pojištění)	1	6			3 513 000,00	0,00	3 513 000,00
	Sociální pracovník	1 prac./ 1 rok	1			564 000,00	0,00	564 000,00
	Vrchní sestra, odborný garant	1 prac./ 1 rok	1			629 000,00	0,00	629 000,00
	Zdravotní sestra	1 prac./ 1 rok	4 prac./ 1 rok			2 320 000,00	0,00	2 320 000,00
KA 4 Metodické zajištění služeb	Metodik externí, odborný konzultant	1 prac/ 1 rok	2 prac / 2 roky			30 000,00	25 000,00	5 000,00
KA5 Zahájení služby	Pronájem místnosti	1	1	4 132,23	4 132,23	5 000,00	0,00	5 000,00
KA 6 PR služby	Osobní náklady, včetně odvodů - Tvorba marketingové strategie	1	1			131 040,00	116 480,00	14 560,00
	Tiskové zprávy	1	5	12 080,00	60 400,00	73 084,00	73 084,00	0,00
	Letáky	1	1000	9,00	9 000,00	10 890,00	10 890,00	0,00
KA 7 Zajištění finančních zdrojů	Propagace sbírky	1 rok	2	950,00	1 900,00	2 299,00	1 149,50	1 149,50
KA 8 Vyhodnocení a evaluace	Evaluační zpráva	1	1	0,00	0,00	25 000,00	0,00	25 000,00

Ostatní výdaje	Zadavatelské činnosti nákup vozidel	1 rok	1			87 500,00	60 000,00	27 500,00
	Osobní náklady, včetně odvodů - metodik interní	1 rok	1			201 307,00	0,00	201 307,00
	Osobní náklady, včetně odvodů - pracovníci nepřímé péče (THP, administrativní pracovník)	1 prac./ 1 rok	5 prac./ 1 rok			201 500,00	0,00	201 500,00
	Vzdělávání zaměstnanců + supervize	1	22	2500,00	55 000,00	66 550,00	0,00	66 550,00
	Spotřeba materiálu (kancelářské potřeby, drobný hmotný majetek, čisticí a desinfekční prostředky, aj.)	1 rok	1	50 000,00	50 000,00	60 500,00	0,00	60 500,00
	PHM	1 rok	1	150 000,00	300 000,00	363 000,00	0,00	363 000,00
	Ostatní služby (BOZP, PO, revize, opravy a udržování)	1 rok	1	20 000,00	20 000,00	24 200,00	0,00	24 200,00
	Spotřeba energie (voda, elektřina, plyn)	1	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Ostatní služby (poplatky za telefony, internet, správa webu, informační systém, právní a ekonomické služby)	1 rok	1	50 000,00	50 000,00	60 500,00	0,00	60 500,00
	Odpisy	1	1	0,00	0,00	10 000,00	0,00	10 000,00
Součet				1 204 311,23	3 714 432,23	8 694 310,00	907 397,90	7 786 912,10